

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie (FMPOS)

Année académique 2005 - 2006

Thèse n° .....

**SUJET:**

  
  
QUALITÉ DE LA SURVEILLANCE PRÉNATALE  
AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE  
LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.

  
Thèse  
Présentée et soutenue publiquement le ..... 2006  
Devant la faculté de Médecine de pharmacie et d'Odonto - Stomatologie

Par *Mlle Sitouck Wonguem Sandra*  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
( Diplôme d'Etat )

*Membres du jury:*

*Président du jury: Professeur Abdou TOURE*

*Membre : Docteur Samba TOURE*

*Membre : Docteur Youssouf TRAORE*

*Directeur de thèse : Professeur Amadou DIALLO*

# DEDICACES

*Je dédie ce travail :*

---

♥♥ *A DIEU le Tout Puissant :*

*« L'Éternel est mon berger, je ne manquerai de rien.*

*Il me met au repos dans les prés d'herbes fraîches,*

*Il me conduit au calme près de l'eau.*

*Il ranime mes forces,*

*Il me guide sur la bonne voie,*

*Parce qu'il est le Berger d'Israël.*

*Même si je passe par la vallée obscure,*

*Je ne redoute aucun mal,*

*Seigneur car tu m'accompagnes.*

*Tu m'as conduits, tu me défends,*

*Voilà ce qui me rassure. »*

*Seigneur tu as toujours été présent à mes cotés. Merci de m'avoir guidé et soutenu dans la réalisation de ce travail. Ta grâce, ta bonté et ta miséricorde m'y ont accompagnée.*

*Merci surtout Seigneur pour ce souffle de vie et la santé que tu as accordé à toute ma famille alors que j'étais si loin. Oh Seigneur !!! Tu es si merveilleux, si bon pour moi...*

*Que toute la gloire te revienne.*

---

---

♥♥ *A mon père Mr Wonguem Jean :*

*Je ne te remercierai jamais assez pour tous les sacrifices consentis à mon égard. Tu as toujours été là pour me soutenir. Merci pour ce que tu as fait et tout ce que tu feras encore pour moi.*

*Si autrefois je n'ai pas toujours su te dire, aujourd'hui j'ai envie de te dire... je t'aime papa.*

♥♥ *A ma maman chérie Mme Wonguem née Cheno Françoise :*

*Douce mère,*

*Tendre mère,*

*Courageuse mère*

*Ce travail est le fruit de tes efforts, de ton amour, de tes prières et de tes encouragements. Tu as consacré le meilleur de toi même à notre éducation et à notre réussite. Puisse le Seigneur me permettre de te le rendre au centuple.*

*Tes peines, tes privations, tes sacrifices n'ont pas de mesure à mes yeux. C'est immense comme si je m'arrêtais devant la mer, le regard cherchant une limite invisible... Bon DIEU, les mots me manquent. Je t'admire car tu as eu maintes fois des occasions de t'effondrer mais avec ta force de caractère, tu as toujours su te relever.*

*Ni le Larousse, ni le Robert ne me suffisent pour exprimer à sa juste valeur ce que je ressens pour toi. Aujourd'hui j'aimerais t'offrir la récompense de tes efforts en te disant toute la fierté et le bonheur que j'ai de t'avoir comme maman chérie... Sois rassurée chère maman de mon indéfectible attachement.*

*Que DIEU t'accorde longue vie auprès de nous,  
Je t'aime.*

♥♥ *A ma grande sœur chérie Megne Wonguem Line Ariane :*

*C'est toujours en pensant à toi qu'ici j'ai été courageuse. Je t'admire beaucoup car tu as su démontrer à toute la famille qu'il faut toujours croire en soi, et tout faire pour réaliser nos rêves quels que soient les obstacles rencontrés.*

*J'ai toujours rêvé d'un grand feu de bois, chaleureux et rassurant, autour duquel nous sommes tous réunis, joyeux, chantant et dansant...*

---

*Pour que ce rêve se réalise, tu représentes la pièce la plus importante tu puzzle. Tu es notre Aînée et j'aimerais que tu sois cette personne pleine de discernement et de sagesse afin que la famille WONGUEM reste à jamais unie.  
Je t'aime tant...*

♥♥ *À ma petite sœur chérie Camgno Wonguem Valérie :*

*Mon ange gardien, mon soldat ; depuis le temps où nous étions petites, tu réglais le compte de tous ceux qui m'offensais... Aujourd'hui encore rien n'a changé d'ailleurs, tu demeures le maillon fort à la maison. C'est toujours avec beaucoup d'attention et d'admiration que je t'écoute m'informer sur les articles du code pénal, me rappelant mes droits et devoirs face à n'importe quelle situation insolite. Je te souhaite beaucoup de succès dans tes études de droit, car tu le mérites bien.*

*Je t'aime.*

♥♥ *À ma petite sœur chérie Kuidja Wonguem Sonia :*

*J'ai toujours été éblouie par ton grand cœur. Toujours prête pour nous faire plaisir, tu n'as jamais ménagé d'efforts pour nous arracher un sourire. Ta joie de vivre, ton sens de l'humour et surtout ton esprit du partage sont des qualités qui font de toi une petite sœur modèle. J'espère que ce modeste travail sera une source d'inspiration pour toi dans tes études.*

*Je t'aime.*

♥♥ *À mes petits frères que je ne changerai pour rien au monde : Junior, et Franck Yann : malgré la très longue distance qui nous sépare, vous avez toujours été très proches de moi dans mon cœur ; vous m'avez toujours encouragée et soutenue à travers vos lettres. Recevez ici toute ma gratitude ; Je souhaite que ce travail soit pour vous une source d'encouragement afin que vous perséveriez dans les études.*

*Je vous aime tant.*

♥♥ *À mon aïeul et homonyme Mami Sitouck : Je suis persuadée que tu continues à veiller sur nous comme tu as toujours su le faire.*

*Je t'aime*

---

---

♥♥ *À mes grands parents : feu grand père Nzulo Gérémy :*

*Feu Kuidja Jeanne*

*Feu Konga*

« La qualité des fruits se reconnaissent par celle de l'arbre qui l'a produit ». Même si je n'ai pas eu le bonheur de vous connaître, c'est à travers l'éducation que vous avez donné à vos enfants que j'ai pu profiter de votre bonté.

*J'espère qu'en ce moment de moi vous êtes fier,  
Puisse vous du haut des cieux toujours me protéger.*

♥♥ *À ma grand-mère Megne Rébecca : merci pour tout.*

♥♥ *À Mr Jules Valery Fokui :*

« Alors que la princesse dans un profond sommeil était plongée, de tout son amour le beau chevalier dans son armure dorée est venu lui redonner la vie à l'aide d'un doux baiser ».

*Alors que j'avais perdu espoir, comme au printemps, le soleil est revenu dans ma vie et m'a redonné toutes mes couleurs. Grâce à ton amour, j'ai retrouvé toute la confiance qu'en moi je croyais perdue. Aujourd'hui j'aimerai profiter de ce moment solennel pour te dire tout l'amour que j'éprouve pour toi.*

*Avec toi, il n'y a pas besoin d'être croyant pour être au paradis, moi je t'aime et chaque jour j'y suis.*

*Puisse le Seigneur tout puissant nous accorder,  
de chaque jour toujours plus nous aimer.*

*Je t'aime.*

♥♥ *À la famille Fokui :*

*Vous qui m'avez spontanément adopté, trouvez ici l'expression de tout l'amour que je vous porte.*

# REMERCIEMENTS

*Je ne pourrai terminer ce travail sans  
témoigner ma reconnaissance :*

---

♥ *Au Mali*

*Ma deuxième patrie, terre d'accueil, d'hospitalité et de paix,  
Merci.*

♥ *A tout le peuple Malien :*

*Pour ton DJATIGUIYA ; merci de m'avoir rendu le séjour agréable dans votre  
si beau pays.*

*Vous resterez à jamais gravé dans ma mémoire.*

♥ *A tout le corps professoral de la F.M.P.O.S :*

*Pour la qualité des cours dispensés. Que Dieu vous en récompense.*

♥ *A tout le personnel du C.S. Réf.V :*

*Merci pour votre hospitalité.*

♥ *Aux familles TAMOKWE à Bonapriso/ Douala ;*

*TUECHE à Ndong- Bong/ Douala ;*

*TABOUE à Biyem- Assi/ Yaoundé ;*

*MOUDZE à New – Bell / Douala ;*

*TEMOLE à Obili/ Yaoundé ;*

*KOUEKAM à Bastos/ Yaoundé ;*

♥ *A Mr Tueche Amos et Mr Tamokwé Denis : merci pour vos sages conseils, et  
pour avoir toujours cru en moi depuis ma tendre enfance; ce travail est le résultat  
de vos encouragements. Trouvez y l'expression de mon indéfectible attachement.*

♥ *A mlle Christelle Flora Tejona :*

*Plus qu'une amie, tu es une sœur pour moi. Tu es un être particulier, dotée  
d'énormes qualités qui n'ont d'égal à mes yeux que mon admiration.*

*Merci de m'avoir toujours ouvert les bras,  
puisse le Seigneur notre Dieu nous aider à épanouir d'avantage ce magnifique  
lien qui nous unit.*

---



---

♥ *A ces charmantes demoiselles : Michèle Koudjou, et Sa'a Stella*

*Je remercie le Seigneur car des amies comme vous, ce n'est pas tous les jours qu'on les trouve. Plus que des amies vous êtes des sœurs, car aujourd'hui vous faites partie de la grande famille WONGUEM. Vos constants coups de fil, lettres, mails m'ont toujours rappelé combien vous tenez à moi. Merci pour tous ces moments de joie que vous m'avez offert jusqu'à présent. Que l'Éternel notre DIEU entretienne toujours ce magnifique lien qui nous unit car, j'en suis persuadée, entre nous le meilleur reste à venir.*

♥ *Aux familles LAFORTUNE à l'hyppodrome/ Bamako ;  
FOFANA à Magnambougou – projet/ Bamako ;  
SOUMARE au Point G / Bamako ;*

♥ *A mes oncles et tantes :*

*En témoignage de ma reconnaissance pour votre soutien moral et matériel. Puisse le Seigneur vous permettre de profiter pendant très longtemps de mon engagement pour la santé.*

♥ *A mes cousins et cousines :*

*Malgré la distance, je vous porte dans mon cœur. Les bons moments que nous avons passés ensemble me manquent et j'ai hâte qu'on se retrouve le plus tôt que possible. Courage à vous.*

♥ *Au docteur Woubegoum née Keumen Carine*

*Tu m'as admirablement reçue à mon arrivée à Bamako et couvée de manière particulière. Toujours disposée et attentive, tu as initié mes premiers pas dans cette ville. Je profite de cet instant solennel pour te dire merci pour ces multiples attentions à mon égard.*

♥ *A mes enfants : Djoumbi Milie, Stéphanie Makam, Ivy, Marcelle Bilo'o, Edi'i Corine, Yannick Pidjeu, Fadimatou Adama.*

*Merci pour votre soutien dans l'édifice de ce travail. Bossez dur, vous y arriverez comme votre « mère ».*

---

♥ *A Mlle Nguimdo Yvette : merci Yvette pour cette amitié sans faille et pour cette fidélité dont tu m'as toujours témoigné. Tu as toujours été là pour m'écouter sans te lasser et m'encourager dans les jours de déprime. Je te souhaite une brillante carrière et un heureux ménage. Que DIEU te bénisse.*  
*Bisous à Florian et Natou.*

♥ *A mlle Aminata Fofana :*  
*Dès mon arrivée ici à Bamako, tu as su égayer mes journées. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.*

♥ *A mr Fokui Collins : merci pour tous les efforts que tu as ménagé pour l'aboutissement de ce travail.*

♥ *Aux aînés les docteurs Woubegoum Carine, Ntolo Justine, Djeumen Michèle, Tikangoua Nadège, Tala Stéphane, Sa'a Sandrine, Alain Azebazé, Sandrace Kalawé, Boyong Christelle, Stéphane Chokoteu, Mosteubo Sylvain, Doumbé Alain, Foko Justin ... merci pour l'accueil auprès de vous.*

♥ *A mes ami (e) s: Mlle Guimdoh Yvette, Mlle sylviane Djoko, Mr Essoussé Florian, Mme Adeline Wambo, Dr Aurèle Djapouop, Dr Bibiane Dorine Ambadiang, Mlle Denise Tamga.*

♥ *A mes cadets : Lawrence, Judith, Anne, Daniel N, Guy T, Yannick M, Odile, Francis G, Arthur W, Armand, Blaise, Alexis B, Scott T, Slive, Estelle M, Christelle T, Alain Bertrand, Carole M, Don Carléone S, Ange C, Pierre.*

♥ *A mon équipe de garde : Docteur Oumar Zoumana Traoré, messieurs Ibrima, Becaye, Goita, le grand, Delay, Kamoussissoko, et mesdemoiselles Rose, Diaz, Awa ; pour ces gardes bien assurées, pleines de rires, d'entraides et d'efficacité.*

---

♥ *A mes voisins de la cité WOURI : Docteur Benoît, messieurs Bibang, Afou, Isaac, Steve, Junior et mesdemoiselles Corine, Fadi, Assitan.*

♥ *A la promotion PREMIUM : Docteurs Bibiane Dorine Ambadiang, Aurele Djapouop, Bertrand Choupé, Arlette Ndogmo, Isabelle Bekono, Caroline Ngongang, et Brice chendjou ; Mesdames Adéline Data Wambo, Sandrine Yonga Yassi, et Daniéla Feuyou Mougue ; Mesdemoiselles Yvette Nguimdoh, Sylviane Ndjoko, Sonia Foaleng, Priscille, Carine Moyo et Rachel Edimo ; Messieurs Simo André, Florian Essoussé, Freddy Ebelle, Jules Kengne, Christian Naoussi, Manfred Avebé, et Dominique Bayiha Da Silveira.  
Merci pour les bons moments passés ensemble. Puisse le SEIGNEUR nous accorder une brillante carrière.*

♥ *Aux promotions cadettes  
Beaucoup de courage pour la suite.*

♥ *A l' AEESCM ( Association des Elèves et Etudiants Camerounais au Mali)  
Merci.*

♥ *A Mme Valentine Maiga :  
Merci pour votre aide dans la réalisation de ce travail.*

♥ *Aux anonymes :  
Tous ceux, qui à travers un parent, un ami ou une relation quelconque, m'ont aidé à l'aboutissement de ce travail. A vous tous, recevez ici, le témoignage de ma profonde gratitude.*

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

---

*A notre honorable Maître et président du jury*

*Professeur Abdou Alassane TOURE*

*Professeur de chirurgie orthopédique et traumatologie*

*Chef du service de traumatologie à l'hôpital Gabriel Touré*

*Directeur du Centre de Spécialisation des Techniciens  
Supérieurs (C.S.T.S)*

*Chef du DER de chirurgie à la FMPOS*

*Président de la société malienne des Chirurgiens Orthopédistes et  
Traumatologues (SOMACOT)*

*Chevalier de l'ordre national du Mali*

*Cher Maître,*

*Vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations. Nous avons été séduit par votre simplicité et votre attachement au travail bien fait.*

*Soyez assuré cher Maître, de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.*

---

*A notre Maître et juge*

*Docteur Samba TOURE*

*Gynécologue obstétricien à l'hôpital du point G*

*Cher Maître,*

*Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.*

*Vos qualités sont immenses et n'ont d'égal que notre admiration. Vous êtes un modèle de simplicité, de courtoisie, en un mot d'humanisme.*

*Veillez trouver ici cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.*

---

*A notre Maître et juge*

*Docteur Youssouf TRAORE*

*Gynécologue obstétricien à l'hôpital Gabriel Touré*

*Cher Maître,*

*Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.*

*Après de vous, nous avons su vous apprécier à votre juste valeur. En acceptant d'apprécier ce modeste travail, vous contribuez cher maître, à son indispensable amélioration.*

*Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.*

---

*A notre Maître et directeur de thèse*

*Professeur Amadou Diallo*

*Professeur agrégé de biologie*

*Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Pharmacie  
et d'Odonto - Stomatologie*

*Chef du département de sciences à la faculté de médecine de  
Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie*

*Vice recteur de l'université du Mali*

*Cher Maître,*

*Nous sommes honorés de vous avoir pour directeur de thèse. Cette faveur que vous avez bien voulu nous accorder, nous a permis de mieux apprécier vos qualités humaines et professionnelles, votre amour du travail bien fait et de votre disponibilité connue de tous.*

*Soyez assuré cher Maître de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.*



# ***LISTE DES ABREVIATIONS***

**BDCF** : Bruits du cœur fœtal.

**CAT** : Conduite à tenir.

**CPN** : Consultation prénatale.

**CSCOM** : Centre de santé communautaire.

**C.S.Réf.V** : Centre de santé de référence de la commune V.

**DCI** : Dénomination commune internationale.

**DDR** : Date des dernières règles.

**DPA** : Date probable de l'accouchement.

**FFI** : Faisant fonction d'internes.

**F.N.U.A.P** : Fond des nations unies pour l'aide aux populations.

**HTA** : Hypertension artérielle.

**INSP** : Institut national de prévoyance sociale.

**IEC** : Information Education Communication.

**MST** : Maladie sexuellement transmissible.

**NFS** : Numération formule sanguine.

**O.M.S** : Organisation Mondiale de la Santé.

**S.A** : Semaines d'aménorrhées.

**U.N.I.C.E.F** : Fond des nations unies pour l'enfance.

**VIH / SIDA** : virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise.

# ***LISTE DES TABLEAUX***

- Tableau I : Répartition du personnel selon le statut ;*
- Tableau II : niveau de qualité de la structure du C.S.Réf.V ;*
- Tableau III : Répartition des consultantes par tranches d'âge ;*
- Tableau IV : Répartition des consultantes en fonction du statut matrimonial ;*
- Tableau V : Répartition des consultantes en fonction de la profession ;*
- Tableau VI : Répartition des consultantes en fonction du niveau d'instruction ;*
- Tableau VII : Répartition des consultantes en fonction de la gestité ;*
- Tableau VIII : Répartition des consultantes en fonction de la parité ;*
- Tableau IX : Répartition des consultantes en fonction du nombre de CPN effectuées antérieurement ;*
- Tableau X : Répartition des consultantes en fonction de l'âge de la grossesse ;*
- Tableau XI : Répartition des consultantes en fonction de la durée de la CPN ;*
- Tableau XII : Répartition des consultantes en fonction de la langue de communication utilisée ;*
- Tableau XIII : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés au respect physique et psychique des consultantes ;*
- Tableau XIV : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés au respect de l'intimité et de la confidentialité de l'examen ;*
- Tableau XV : Répartition des consultantes selon la qualification du praticien ayant effectué la CPN ;*
- Tableau XVI : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à l'identification de la situation personnelle des consultantes ;*
- Tableau XVII : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à la demande des antécédents obstétricaux ;*
- Tableau XVIII : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à la demande des antécédents médicaux ;*
- Tableau XIX : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à la détermination de la date probable de l'accouchement ;*
- Tableau XX : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés au déroulement de la grossesse ;*
- Tableau XXI : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à l'hygiène de vie des gestantes pendant la grossesse ;*
- Tableau XXII : Répartition des consultantes selon la réalisation des gestes technique de l'examen général ;*

*Tableau XXIII : Répartition des consultantes selon la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical ;*

*Tableau XXIV : Répartition des consultantes selon la prescription des examens complémentaires ;*

*Tableau XXV : Répartition des consultantes en fonction de la prescription des soins préventifs ;*

*Tableau XXVI : Répartition des consultantes en fonction de la fréquence d'application des règles d'hygiène ;*

*Tableau XXVII : Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à l'autonomisation des consultantes ;*

*Tableau XXVIII : Fréquence de réalisation des variables relatives aux conseils donnés à la consultante ;*

*Tableau XXIX : Fréquence de réalisation des variables relatives à la continuité des soins chez les consultantes ;*

*Tableau XXX : Fréquence de réalisation d'une conclusion chez les consultantes au C.S. Réf. V ;*

*Tableau XXXI : Répartition des consultantes en fonction du moyen de transport utilisé ;*

*Tableau XXXII : Répartition des consultantes en fonction du critère de choix du centre ;*

*Tableau XXXIII : Répartition des consultantes en fonction de la fréquentation antérieure ;*

*Tableau XXXIV : Répartition des consultantes en fonction de leur opinion sur l'organisation pratique et commodité de la CPN ;*

*Tableau XXXV : Répartition des consultantes en fonction de leur satisfaction par rapport aux locaux et aux prestations reçues.*

# ***SOMMAIRE***

<b>1- INTRODUCTION.....</b>	<b>21</b>
<b>2- OBJECTIFS.....</b>	<b>24</b>
<b>3- GENERALITES .....</b>	<b>26</b>
3.1- Définitions opératoires .....	9
3.2- Qualité des soins.....	10
3.3- Aspects techniques de la CPN.....	12
<b>4- METHODOLOGIE.....</b>	<b>47</b>
4.1- Cadre d'étude.....	27
4.2- Type d'étude .....	29
4.3- Période d'étude .....	30
4.4- Population d'étude.....	30
4.5- Taille de l'échantillon.....	30
4.6- Collecte des données.....	30
4.7- Variables étudiées .....	31
4.8- Plan d'analyse des données.....	32
4.9- Traitement et analyse des données.....	34
<b>5- RESULTATS.....</b>	<b>59</b>
<b>6- COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>81</b>
<b>7- CONCLUSION.....</b>	<b>92</b>
<b>8- RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>95</b>
<b>9- REFERENCES.....</b>	<b>98</b>
<b>10- ANNEXES.....</b>	<b>103</b>
<b>11- FICHE SIGNALÉTIQUE.....</b>	<b>122</b>

# INTRODUCTION

---

Dans notre société, la naissance constitue l'un des facteurs qui conditionnent le statut d'une femme. La survenue d'un enfant est toujours source de multiples réjouissances ; attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi, sont les vœux de toute femme.

La grossesse si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante, et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas toujours la cause d'allégresse qu'elle devrait être, mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale.

A l'aube du nouveau millénaire, dans un monde qui connaît une croissance économique et des progrès technologiques sans précédent, il y a toujours un nombre alarmant de femmes qui meurent au cours de la grossesse et de l'accouchement [1].

En 1996, il a été rapporté que chaque minute, chaque jour, quelque part dans le monde, une femme meurt de complications de la grossesse et de l'accouchement [2].

Chaque année, plus de 150 millions de femmes sont enceintes dans les pays en développement. Près de 500.000 d'entre elles meurent de causes liées à la grossesse et 50 millions souffrent d'une complication grave de la grossesse qui, faute de soins obstétricaux qualifiés, risquent d'entraîner un décès ou une pathologie grave [2].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15- 49 ans) représentent 21,28% de la population [3]. Dans ce groupe, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [4].

La consultation prénatale (CPN) est une activité préventive dont le but essentiel est d'assurer l'amélioration de la mortalité périnatale et maternelle, de même que l'éducation sanitaire des mères. Maillon essentiel dans la lutte contre la mortalité maternelle, la consultation prénatale doit s'efforcer de prendre en charge l'ensemble des femmes enceintes.

L'importance de la Consultation prénatale est démontrée dans de nombreuses études. Dans la région de Zaria (Nigeria), le taux de mortalité maternelle est de 130 pour les femmes suivies en CPN. Il passe à 2860 pour les femmes non suivies [5].

En 1958, la célèbre enquête anglaise du *British Perinatal Mortality Survey* avait montré que l'absence de consultation prénatale multipliait par cinq le risque de mortalité périnatale.

---

---

La qualité des soins est un aspect primordial de la santé maternelle. Toutes les femmes, qu'il ait ou non complications de la grossesse, ont besoin de services de santé maternelle de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum pour protéger leur santé et celle de leur enfant [6].

L'amélioration de la qualité des soins est critique pour assurer aux femmes une meilleure santé, accroître l'accès aux services de santé maternelle, et employer efficacement les ressources limitées. Elle exige d'une manière fondamentale que le personnel qui dispense les soins possède les connaissances, les compétences, les ressources et les attitudes qui correspondent aux besoins individuels, sociaux, culturels et médicaux des clientes.

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté il y a plus d'un siècle aux Etats Unis, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux de Donabedian en 1996. Elle a été ensuite mise en place dans les pays anglo-saxons, puis en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernick et coll ; Lacronique Armogathe et Weil. Cette pratique de l'évaluation des soins a été entérinée avec la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM).

La qualité de la CPN a souvent retenu l'attention dans les pays en développement, et également au Mali. Notre étude a porté sur une évaluation de la qualité de la surveillance prénatale au C.S.Réf.Com.V du district de Bamako. Malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur les CPN, le niveau réel de la qualité de la surveillance prénatale dans nos centres de santé n'est pas connu avec précision. Ainsi, pour apprécier la qualité de la CPN au C.S.Réf.Com.V, nous avons initié ce travail en nous fixant les objectifs suivants :

# OBJECTIVES



---

**1- Objectifs spécifiques :**

Evaluer la qualité des soins prénatals dans le Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

**2- Objectifs spécifiques :**

- Décrire la structure sanitaire ;
- Décrire les procédures des CPN effectuées par le personnel du C.S.Réf.Com.V ;
- Donner l'opinion des gestantes sur la qualité des services offerts par le personnel du C.S.Réf.Com.V ;

---

# GENERALITES

---

## **1- DEFINITIONS OPERATOIRES**

**Evaluation :** c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteinne avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

**Procédures :** elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

**Normes :** ce sont des outils, voir des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue de garantir la qualité et l'efficience.

**Grossesse :** c'est un état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement.

**Grossesse à haut risque :** c'est une grossesse qui comporte un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

**Mortalité maternelle :** selon l'OMS, c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite.

**Taux de mortalité maternelle :** c'est le nombre de décès maternels pour 100.000 grossesses, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.

**Naissance vivante :** c'est tout produit de conception expulsé ou extrait complètement de la mère, sans notion d'âge gestationnel, mais qui, après séparation de la mère, respire ou présente tout autre signe de la vie, tel que battements cardiaques, pulsations du cordon ombilical ou mouvement défini des muscles volontaires.

---

## **2- LA QUALITE DES SOINS**

### **2.1- Définition**

La qualité des soins de santé a été définie de plusieurs manières. Les clients, les prestataires, les responsables, les décideurs et les bailleurs de fonds ont tous des vues divergentes et légitimes en ce qui concerne la qualité.

**La perspective des prestataires :** la qualité des soins fait référence à la qualité clinique des soins, à savoir des soins efficaces dispensés avec compétence technique et sans risques contribuant au bien être de l'individu.

**Aux yeux des décideurs et des bailleurs de fonds,** les autres éléments clés de la qualité concernent le coût, l'efficacité, et les résultats pour la population prise dans son ensemble.

**La perspective des clients :** Répondre aux besoins et préoccupations des clients est une exigence aussi importante que la compétence technique des soins de santé de bonne qualité.

Pour les clients, la qualité dépend largement du contact avec le prestataire, tels le temps d'attente, le caractère privé de la visite, l'accès facile et, en dernière analyse, le fait d'obtenir les services qu'ils souhaitent.

Selon l'OMS, la qualité des soins consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts et les erreurs. [17]

Selon Donabedian, la qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter les risques. [9]

Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et de bénéfices. [18]

---

## **2.2- Les services de santé maternelle qualifiés**

Des services de santé maternelle de qualité doivent répondre aux critères suivants [8] :

- être accessibles et disponibles aussi près que possible du domicile des femmes, et se situer à l'échelon le plus bas où la sécurité et l'efficacité des prestations puissent être garanties.
- être acceptables pour les utilisatrices potentielles et correspondre aux normes culturelles et sociales : les femmes ont besoin d'intimité ; par ailleurs, elles devront recevoir l'assurance que toute information aura un caractère confidentiel ;
- être dotés de prestataires de soins techniquement compétents qui s'appuient sur des lignes directives et des protocoles de traitement précis ;
- être dotés d'agents de santé qui soignent les patientes en les respectant, sans porter de jugement et en fonction des besoins des femmes ;
- donner des conseils et informations aux patientes sur leur santé et leurs besoins sanitaires ;
- disposer de toutes les fournitures et de tout le matériel essentiel ;
- dispenser des soins complets et assurer la liaison avec d'autres services de santé reproductive ;
- assurer la continuité des soins et le suivi ;
- associer les patientes aux décisions et en faire des partenaires de soins pour qu'elles participent activement à la protection de leur santé ;
- offrir un appui socio économique aux prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent travailler au mieux de leur capacité.

---

### **3- ASPECTS TECHNIQUES DE LA CPN**

La consultation prénatale est une activité préventive dont le but essentiel est d'assurer l'amélioration de la mortalité périnatale et maternelle, de même que l'éducation sanitaire des mères.

Elle s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois objectifs essentiels :

- vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risques décelés ;
- établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut transférer la gestante dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [15].

La législation prévoit sept consultations obligatoires pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme ; la première avant la fin du troisième mois, et les autres avec une périodicité mensuelle [13]. La surveillance de la grossesse s'effectue donc au cours de ces examens.

#### **3.1- L'EXAMEN CLINIQUE OBSTETRICAL EN DEBUT DE GROSSESE**

Il doit avoir lieu avant 14 S.A. Les objectifs de cette première consultation sont :

- confirmer l'état de grossesse et préciser la date de son début, donc le terme probable ;
- évaluer les facteurs de risque et connaître la patiente : environnement social, familial et professionnel.

##### **3.1.1- Diagnostic de la grossesse**

Le diagnostic de la grossesse même très précoce est généralement facile.

La survenue d'une grossesse a sur l'organisme maternel trois sortes de conséquences :

- 
- l'ovulation et la menstruation sont supprimées. Le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique ;
  - la présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel ;
  - le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins.

### **3.1.1.1- Interrogatoire**

#### **L'aménorrhée**

Elle est très évocatrice chez une femme en période d'activité génitale généralement bien réglée. C'est sur ce signe majeur que la plupart du temps on fait le diagnostic, à condition que les règles aient été auparavant normales dans leur époque, leur durée, et leur aspect.

#### **Les signes sympathiques de la grossesse**

Ces signes sont inconstants et variables d'une personne à l'autre. Ils apparaissent à la fin du premier mois, et cessent en général dans le courant du quatrième mois.

- **Les troubles digestifs** sont les plus fréquents à type de nausées, vomissements, sialorrhée, constipation, modifications de l'appétit en plus ou en moins, perversions du goût ; le pyrosis est souvent plus tardif.
- **Les manifestations neuro endocriniennes** : troubles du sommeil très fréquents, vertiges, malaises, troubles du caractère (émotivité, irritabilité), asthénie.
- **Troubles urinaires** à type de pollakiurie, sensation de pesanteur pelvienne.

Les autres signes sont une sensation de gonflement général en rapport avec les modifications du métabolisme hydrique. La tension mammaire est fréquente.

---

### **3.1.1.2- Examen clinique**

#### **3.1.1.2.1- Inspection**

##### **Les modifications mammaires :**

- les seins augmentent de volume ; l'auréole s'œdématie et se pigmente ;
- les veines sous- cutanées dilatées forment le réseau de Haller ;
- les tubercules de Montgomery augmentent de volume et saillent ;

##### **Autres :**

- pigmentation générale (plus tardive) : taches sur le front, le visage, ligne brune abdominale ;
- le gonflement général atteint les doigts, sur lesquels bagues ou alliance glissent plus difficilement ;
- des varices peuvent apparaître aux membres inférieurs, surtout chez la multipare ;
- la vulve parfois se pigmente, se gonfle.

#### **3.1.1.2.2- Palpation abdominale**

L'augmentation de volume de l'utérus n'est perçue que vers la 9-10 SA, si la paroi est mince et souple.

En fait, le diagnostic est fait par l'examen pelvien réalisé, vessie et rectum vides sur table gynécologique.

#### **3.1.1.2.3- Examen au spéculum**

Il précède le toucher vaginal. Il visualise l'aspect du col qui est violacé, avec une glaire coagulée. Il n'y a pas de glaire cervicale filante dont l'observation doit faire douter du diagnostic de grossesse. Les prélèvements à visée cytologique ou infectieuse seront pratiqués à ce moment là si nécessaire.



---

### 3.1.1.2.4- Le toucher combiné au palper (figure 1)



---

**Figure 1** : Toucher combiné au palper abdominal (Merger : précis d'obstétrique – 3<sup>ème</sup> Edition).

C'est le mode d'exploration essentiel ; il permet de recueillir les signes les plus surs. La vessie étant vide, l'abdomen bien dégagé et détendu, le toucher explore :

#### **le col**

Le toucher objective le ramollissement cervical qui est un élément mineur de diagnostic, à cause de son inconstance, de sa difficulté d'appréciation et de ses causes d'erreur.

Le ramollissement débute au pourtour de l'orifice, puis gagne le col tout entier. Ferme comme le nez avant la grossesse, il deviendra mou comme la lèvre (Tarnier).

#### **le corps**

Là est la clé du diagnostic. Les changements portent sur :

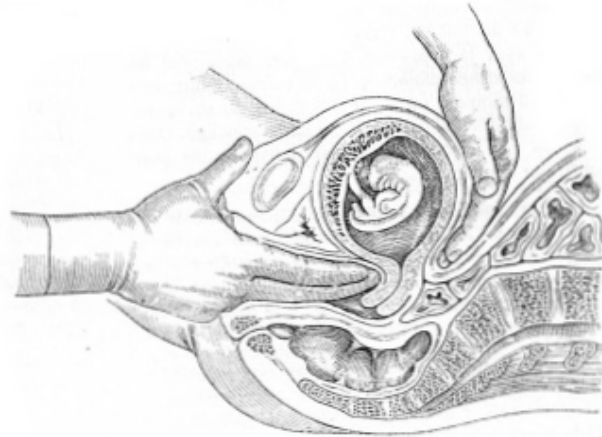
**Le volume** : il est augmenté, c'est le 2<sup>e</sup> signe cardinal, mais il ne peut guère être affirmé au plus tôt avant un mois de grossesse (6SA). La main abdominale perçoit le fond utérin au dessus de la symphyse pubienne. A trois mois, le fond utérin est à égale distance de la symphyse et de l'ombilic ; il atteint l'ombilic à quatre mois et demi.

**La forme** : l'utérus gravide change de forme. Avant la grossesse, il est piriforme, aux angles arrondis, moins épais qu'il n'est large. Gravide, il devient globuleux. Le doigt qui suit le cul de sac latéral au lieu de s'enfoncer librement, butte contre le pourtour évasé de l'utérus (signe de Noble).

---

---

**La consistance :** l'utérus gravide est classiquement ramolli. Le ramollissement commence au niveau de l'isthme vers la fin de la 8<sup>e</sup> SA ; les doigts vaginaux placés en avant de lui arrivent facilement au contact des doigts abdominaux, à tel point que le corps paraît au dessus de cette charnière, comme détaché du col, et pourrait même être pris pour une masse indépendante (signe de Hégar : voir figure 2). Ce signe n'est facilement observé que chez les femmes minces et doit être recherché sans brutalité.



**Figure 2 :** Signe de Hégar (Merger : précis d'obstétrique 3<sup>ième</sup> Edition).

**La position :** en raison du ramollissement de l'isthme, l'antéflexion du corps sur le col s'exagère. Beaucoup plus rarement, pour la même raison, le corps peut tomber en rétro version.

Ainsi, le toucher vaginal combiné au palper abdominal permettra d'observer un utérus augmenté de volume, mou et globuleux.

En somme, l'arrêt des règles chez une jeune femme doit éveiller immédiatement l'idée de grossesse. La confirmation en est donnée par la perception au toucher vaginal d'un gros utérus mou et globuleux.

### **3.1.2- Détermination du terme :**

Elle se fait initialement à l'interrogatoire dans les cas simples. Dans les autres cas, elle nécessite une échographie de datation.

### **3.1.3- Evaluation du terrain et des facteurs de risques :**

Cette évaluation capitale permettra d'apprécier les risques, la pathologie et donc de prendre les mesures nécessaires. Elle doit donc être faite au cours du premier

---

---

trimestre. Ainsi, le premier examen prénatal est une étape essentielle pour le dépistage et pour l'organisation de la surveillance en fonction des risques.

**Recherche d'antécédents obstétricaux :**

Leur étude est capitale chez la femme enceinte non primigeste. Ils doivent être recherchés pour déceler une cause qui peut être source de récurrence pour la grossesse actuelle. C'est ainsi que certains antécédents obstétricaux exposent à des risques potentiels. [13]

- Avortement spontané d'âge gestationnel inférieur à 12 SA expose aux récurrences.
- Avortements spontané d'âge gestationnel supérieur à 16 SA expose aux récurrences, et à l'accouchement prématuré.
- Avortements à répétition expose aux récurrences (30%), au retard de croissance intra utérin, et à l'accouchement prématuré.
- L'accouchement prématuré expose aux récurrences (risque doublé ou triplé).
- L'allo - immunisation Rhésus expose aux récurrences, et à la mort fœtale in utero.
- La macrosomie expose au risque de récurrences, et au diabète gestationnel.
- Anomalies chromosomiques expose aux récurrences, et à la trisomie 21.
- Le retard de croissance intra utérin expose au risque de récurrences.

Pour chaque grossesse, il faudra faire préciser :

- le nombre de grossesses antérieures ;
  - le déroulement des grossesses antérieures ;
  - le terme de l'accouchement prématuré et grossesse prolongée ;
  - terme et mode d'accouchement des précédentes grossesses, avec leurs éventuelles complications (HTA, diabète...) ;
  - la durée de l'accouchement si cet accouchement s'est produit par voie basse ;
  - l'indication si l'accouchement a eu lieu par césarienne ;
-

- 
- l'état et le poids de l'enfant à la naissance ;
  - les suites néonatales précoces ou tardives ;
  - le mode d'allaitement.

### **Recherche d'antécédents gynécologiques :**

- Caractères du cycle menstruel avant la grossesse actuelle ;
- Date du dernier frottis vaginal et son résultat ;
- Notion de stérilité, de contraception ;
- Antécédent infectieux pelvien ;
- Pathologie tubaire connue ;
- Endométriose ;
- Malformation utérine.

L'étude du cycle permet de dire si le calcul classique de l'âge gestationnel peut être précis ou s'il faut faire des examens particuliers pour le déterminer. Les grossesses survenant après une stérilité seront surveillées tout particulièrement au cours du premier trimestre. Le renforcement de la surveillance prénatale à cette période diminue le taux d'avortements. [13]

### **Recherche d'anomalies à caractères héréditaires :**

- HTA ;
- Malformations ;
- Diabète ;
- Anomalies génétiques ou chromosomiques connues.

### **Recherche d'antécédents pathologiques :**

Une étude de la pathologie médico- chirurgicale est nécessaire afin de prendre les mesures préventives ou thérapeutiques que demande l'état gravidique.

### **Autres facteurs de risque de grossesse pathologique :**

Le médecin précisera :

- l'âge ;
- la situation familiale (statut matrimonial) ;
- la profession exercée par la mère et les conditions de travail (nature, intensité et horaires de travail ; distance parcourue et moyen de transport utilisés pour s'y rendre) ;

- 
- les habitudes alimentaires (tabac, alcool, drogues, ration alimentaire) ;
  - les conditions socio - économiques ;
  - et les facteurs psychologiques.

Tous ces renseignements lui permettent de se faire une idée très précise des conditions dans lesquelles se déroulera la grossesse.

Au terme d'un interrogatoire bien conduit, de nombreux facteurs de risques peuvent être identifiés.

### **3.1.4- Examen physique**

#### **3.1.4.1- Examen général**

Le matériel se compose de : pèse-personne ; toise murale ; tensiomètre ; stéthoscope biauriculaire.

- **La mesure de la taille :** selon la littérature, une petite taille inférieure à 1,50m est un risque de dystocie [17]. Ces dystocies surtout d'origine mécanique sont à la base de 20 à 30% des césariennes [19].

- **La mesure du poids :** dont la courbe devra être suivie régulièrement jusqu'au terme. La prise de poids doit être régulière ; elle est de l'ordre de 1 kg par mois, allant de 5 à 12 kg selon le poids de départ.

- **Etude du squelette** par l'examen de la femme debout, puis de la femme marchant, à la recherche d'une éventuelle boiterie.

- **La prise de la tension artérielle :** elle sera minutieuse, par méthode auscultatoire, en position couchée puis assise, aux deux bras. Elle doit toujours rester inférieure à 140- 90 mm Hg.

- **Auscultation cardio-pulmonaire systématique :** étude de la fréquence cardiaque, détection des anomalies (souffles...).

- **Examen de l'abdomen** à la recherche d'une cicatrice

- **Examen systématique des membres inférieurs** à la recherche notamment des varices ; vérification de l'état des veines afin de prévenir tout risque de phlébite.

---

### **3.1.4.2- Examen obstétrical**

Le matériel se compose de : mètre ruban ; spéculum ; gants.

- **Examen des seins** : la palpation doit être systématique à la recherche d'une tumeur, d'adénopathies au niveau du creux axillaire.
- **La palpation de l'hypogastre** est souvent non informative jusqu'à 12 SA. Après, elle permet de percevoir l'utérus sous la forme d'un globe sus pubien ferme, régulier et indolore.
- **La recherche des battements cardiaques fœtaux** : elle se fait à l'aide d'un appareil à effet Doppler. Elle est positive à partir de 10-11 SA.
- **L'examen au spéculum** : il visualise l'aspect du col normalement violacé, avec une glaire coagulée. L'orifice externe est punctiforme chez la primipare et allongé transversalement chez la multipare.
- **Le toucher vaginal** permet :
  - de percevoir le col utérin, normalement sous la forme d'un col de 3 cm de longueur, de consistance ferme chez la primipare, et parfois déhiscent chez la multipare et dont l'orifice interne doit toujours être fermé ;
  - d'apprécier la taille de l'utérus ;
  - de palper les culs de sacs latéraux à la recherche d'une pathologie annexielle (fibrome, kyste de l'ovaire...).

### **3.1.5- Examens complémentaires**

#### **3.1.5.1- Examens obligatoires :**

On doit prescrire :

- **Groupage sanguin avec phénotype (ABO Rhésus complet et Kell) ;** Pour toute patiente rhésus négatif, la recherche d'agglutinines irrégulières doit être systématique à chaque visite prénatale obligatoire. Si la femme est rhésus positif (D), recherche d'anti corps irréguliers au 3<sup>e</sup> mois, et entre 32 et 34 SA [14].
  - **la sérologie de la rubéole**, doit être prescrite en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise. Elle est inutile chez les femmes vaccinées.
-

- 
- **la sérologie de la toxoplasmose** si elle était négative avant, à répéter dans ce cas toutes les 4 à 6 semaines jusqu'à l'accouchement.
  - **la sérologie de la syphilis** (VDRL, TPHA).
  - **l'examen des urines**, recherchant une **protéinurie** et la **glycosurie**.

### **3.1.5.2- Examens conseillés et utiles :**

- **le frottis cervico-vaginal** : il sera effectué chez toute femme ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier afin de dépister un éventuel cancer du col.
- **la numération formule sanguine (NFS)**: elle permet de dépister précocement une anémie qui sera corrigée par la prescription de fer et d'acide folique.
- **la sérologie de l'infection par le virus de l'immuno déficience humaine (VIH)** : n'est pas obligatoire aujourd'hui, mais doit être conseillée notamment chez les patientes appartenant à un groupe à risque.
- **l'échographie** : elle permet de préciser le siège et le caractère évolutif de la grossesse, le nombre d'embryons, l'âge gestationnel et de déterminer précocement certaines malformations foetales. Elle doit être prescrite dans tous les cas où la date des dernières règles n'est pas connue de façon très précise, si celles-ci étaient modifiées ou s'il existe une irrégularité menstruelle.

### **3.1.6- Organiser la suite de la surveillance**

La fréquence des consultations est mensuelle à partir du quatrième mois de grossesse. Cette fréquence peut être augmentée en fonction des pathologies ou des facteurs de risque.

### **3.1.7- Conseils**

C'est un des temps les plus importants et parfois le plus long de la consultation ;

#### **Nutrition :**

Une alimentation équilibrée, riche en calcium, légumes frais et fruits est conseillée.

---

---

L'eau est la seule boisson vraiment utile ; un apport quotidien d'un litre et demi d'eau sous forme d'eau du robinet, d'eau de source, ou de préférence d'eau minérale faiblement minéralisée est indispensable.

En cas de non immunisation contre la toxoplasmose, il est conseillé :

- d'éviter tout contact avec les chats et leurs excréments,
- de bien laver les fruits et légumes,
- de bien cuire la viande.

La suppression de l'alcool et surtout du tabac est impérative.

La suppression de fromage à pâte molle au lait cru, afin de prévenir le risque de listériose.

### **Activité physique, sport :**

Il est souhaitable de garder une activité physique et une activité sportive si elle n'est pas trop violente.

Sont recommandés : la marche, la natation, la gymnastique, le vélo dans les six premiers mois.

Sont déconseillés : le jogging, le tennis, l'équitation, l'escrime, l'athlétisme, le basket ball et autres sports collectifs (foot ball, hand ball etc.), les sports de combat et tout sport de compétition après 12 SA.

Les rapports sexuels sans excès ne comportent aucun danger.

### **Le travail :**

C'est la pénibilité des trajets, la durée de l'horaire, le travail associé à la charge familiale et non le travail lui même qui sont dangereux pour la grossesse.

Le repos est vivement conseillé notamment par des siestes l'après midi.

### **Voyages :**

Ils créent un risque d'accouchement prématuré du fait du déplacement lui même, de l'environnement et de la fatigue induite.

Les déplacements supérieurs à 300 km, ou à 3 heures de voiture ne doivent pas être autorisés. Il faut préférer le train pour les voyages longs (train auto couchettes par exemple).

Le port de la ceinture de sécurité est vivement recommandé, y compris pour les petits trajets et même à l'arrière.

L'avion n'est pas contre indiqué si le voyage est inférieur à 2 heures, sauf au delà de 32 SA.



---

**Les médicaments :**

Toute médication qui n'est pas formellement justifiée est à prohiber, notamment au premier trimestre de la grossesse.

L'automédication doit être formellement interdite.

**Système dentaire et digestif :**

La grossesse accélère l'évolution des caries dentaires ; il faut contrôler l'état dentaire au début de la grossesse. Le brossage des dents est fait deux fois par jour par brosse douce, car les gencives sont plus fragiles. Tout traitement dentaire doit être fait. Il faut se méfier des anesthésies locales ; ne pas employer d'adrénaline en raison du risque de poussée hypertensive.

La constipation est fréquente. Une consommation quotidienne de 300 à 400 grammes de légumes et fruits crus suffit à assurer un transit régulier chez la majorité des femmes.

**Hygiène corporelle :**

On ne doit pas utiliser de savons acides désinfectants (favorisant l'apparition des mycoses) pour l'hygiène intime : préférer un savon alcalin, sans additif, colorant ou parfum [20]. « Le savon de Marseille » est bien toléré.

**Les soins :**

Il est classique de « préparer » les bouts des seins pour l'allaitement (solution alcool- glycérine à part égale après la toilette).

**3.2- LA SURVEILLANCE PENDANT LA GROSSESSE**

A ce stade de la grossesse, le médecin et la sage femme ont un rôle essentiel de surveillance et de prévention.

**Objectifs :**

- vérifier la bonne évolutivité de la grossesse par les examens cliniques, biologiques et échographiques ;
- confirmer que « tout se passe bien », que le couple vit bien la grossesse ;
- prendre les mesures adéquates le plus tôt possible en cas d'anomalies.

---

### **3.2.1- L'interrogatoire**

A chaque examen prénatal, il est indispensable de s'enquérir d'éventuels phénomènes pathologiques survenus depuis la précédente consultation, qu'ils aient ou non motivés un examen médical ou thérapeutique.

- les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient, ont disparu, sauf parfois le ptyalisme, le pyrosis.

- vers 22 SA (4 mois et demi) lors de la première grossesse, plus tôt pour les suivantes, la femme perçoit les mouvements actifs du fœtus ;

- épisodes de métrorragies, mêmes minimales ;

- contractions utérines anormales ;

- signes fonctionnels urinaires : brûlures mictionnelles, dysurie etc....

- fièvre, pertes vaginales anormales, prurit...

### **3.2.2- L'examen clinique**

Il sera complété par la recherche des oedèmes, le palper abdominal et l'auscultation des bruits du cœur fœtal.

#### **La pesée :**

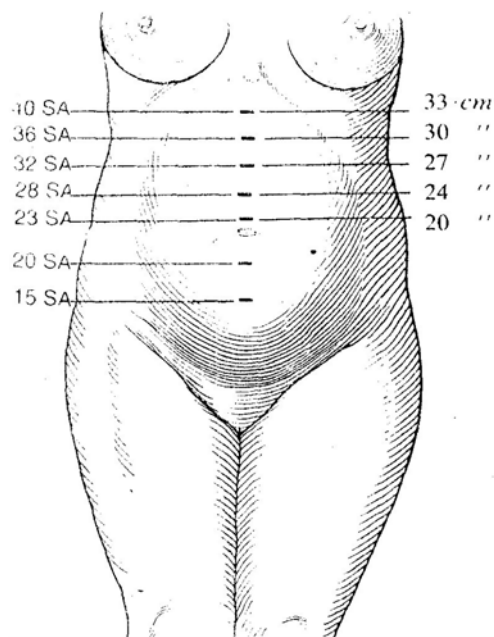
toute prise importante sera considérée comme un signe d'alerte, en particulier vasculo- rénal. En revanche, on s'inquiétera d'une prise de poids trop faible : danger d'avortement, d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, de mort in utero.

#### **La mesure de la pression artérielle :**

la fréquence des troubles tensionnels de la grossesse est estimée à 5 – 10% en Afrique contre 10 – 15% en Europe. L'association HTA et grossesse est toujours potentiellement grave : les troubles tensionnels de la grossesse sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale [31].

#### **La hauteur utérine et le périmètre ombilical :**

ils seront mesurés avec précision avec un mètre ruban. La hauteur utérine est mesurée du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin en suivant l'axe de l'utérus. Elle augmente de quatre cm par mois, sauf les 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois où elle augmente de deux cm par mois.



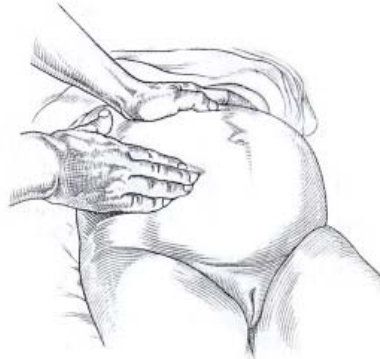
**Figure 3:** *Variation de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel*  
 (Merger : Précis d'obstétrique 3<sup>ème</sup> Edition)

**La palpation abdominale :**

Elle repère la présentation, sommet ou siège. Elle permet aussi de repérer le moignon de l'épaule et le lieu de l'auscultation. Elle s'assure du relâchement de l'utérus.



**Figure 4 :** palpation du fond utérin  
(Merger : Précis d'obstétrique 3<sup>ème</sup> Edition).



**Figure 6 :** palpation des faces latérales de l'utérus  
(Merger : Précis d'obstétrique – 3<sup>ème</sup> Edition).

### **Auscultation des bruits du cœur fœtal :**

Elle se fait à l'aide d'un stéthoscope obstétrical. Les bruits du cœur foetal seront chronométrés ; leur fréquence normale se situe entre 120 et 160 battements/minute.

### **Le toucher vaginal :**

C'est un temps essentiel ; c'est en effet au deuxième trimestre que peuvent déjà survenir des menaces d'interruption de grossesse par béance du col.

Le toucher vaginal étudie le col utérin avec minutie et précision.

On notera :

- la topographie du col, sa longueur, le degré d'ouverture de ses deux orifices, et sa consistance ;
- La hauteur de la présentation, sollicitant ou non le col ;
- L'existence d'un segment inférieur têt formé, mince.

### **3.2.3- Examens complémentaires**

**Le dépistage de l'hépatite B** est obligatoire au 6<sup>e</sup> mois. Elle permet de dépister, par la recherche de l'antigène HBs, les patientes non immunisées et de prescrire chez les groupes à risques, en particuliers parmi le personnel des professions de santé, la vaccination HEVAC non contre indiquée pendant la grossesse [19].

**Examen des urines** à la recherche d'une glycosurie et d'une protéinurie.

**La recherche d'anti corps immuns** si la femme est rhésus négatif.

**Une numération globulaire avec dosage d'hémoglobine** pour détecter une anémie infra clinique.

**Une échographie** de principe sera demandée entre la 20<sup>e</sup> et la 22<sup>e</sup> SA, dans le but essentiel de reconnaître des anomalies morphologiques qui pourraient conduire à interrompre la grossesse ou à prévoir des conditions particulières de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

L'étude morphologique porte à la fois sur le fœtus, mais aussi sur ses annexes (liquide amniotique, placenta, cordon ombilical). Outre la morphologie, l'examen biométrique du fœtus précisera la bonne croissance par rapport au terme établi [19].

### **3.4- L'EXAMEN CLINIQUE OBSTETRICAL EN FIN DE GROSSESSE**

Cette consultation doit être réalisée par l'équipe obstétricale qui réalisera l'accouchement. Elle a pour but :

- de déterminer le mode d'accouchement et le pronostic obstétrical : poids maternel, présentation du fœtus, examen clinique du bassin, recherche d'une disproportion foeto pelvienne, d'un obstacle praevia ;
- de poser l'indication éventuelle d'un accouchement programmé avant terme, d'une césarienne, ou d'accepter la voie basse ;
- de prévoir une consultation anesthésique, si on envisage une césarienne, une anesthésie péridurale.

---

# METHODOLOGIE

---

## **4.1- Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako (Mali).

#### **4.1.1- Présentation de la Commune V**

##### **Données géographiques :**

La Commune V du District de Bamako est une commune urbaine qui couvre une superficie de **41,59 km<sup>2</sup>**. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger ; elle est limitée :

- Au nord ouest par le fleuve Niger ;
- A l'est par la commune VI du district de Bamako ;
- Au sud ouest par le quartier de Kalaban-coro (cercle de Kati).

##### **Données démographiques :**

La Commune V du District de Bamako est composée d'une population cosmopolite ; elle regroupe les différentes ethnies du Mali. Sa population est estimée à **240.530 habitants** dont **127.481 femmes**, soit une densité de **5.503 habitants/km<sup>2</sup>**. Le taux d'accroissement général de la population est de **1,5%**.

Elle compte 8 quartiers qui sont :

- Quartier Mali SEMA-GEXCO ;
- Badalabougou ;
- SEMA N°1 ;
- Torokorobougou ;
- Sabalibougou ;
- Baco-Djicoroni ;
- Kalaban-coura ;
- Daoudabougou.

##### **Situation socio-économique et culturelle :**

L'économie est essentiellement basée sur trois secteurs à savoir :

- le secteur primaire : agriculture, pêche et élevage ;
- le secteur secondaire : artisanat et petite industrie ;
- le secteur tertiaire : petit commerce.

L'Islam est la religion prédominante dans la Commune V ; on compte aussi quelques rares communautés Chrétiennes.

---



La Commune V abrite plusieurs établissements d'enseignements primaires et secondaire, une Faculté, un Institut Universitaire de Gestion (IUG), et de nombreuses écoles franco arabes.

Le taux de scolarisation est cependant faible.

L'analphabétisme, la délinquance, et le chômage demeurent encore des préoccupations sociales importantes.

#### **4.1.2-Centre de Santé de Référence de la Commune V : Création et missions**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chacune des six communes du District de Bamako.

C'est ainsi qu'en **1982** fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (Service Socio -Sanitaire de la Commune V) dans le but de prendre en charge les références des structures périphériques.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au Plan de Développement Socio - sanitaire de la Commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM). Sur les 10 aires, 9 CSCOM sont fonctionnels et le service socio sanitaire de la Commune V a été érigé en Centre de Santé de Référence en 1993.

Le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès, a fait de lui un Centre de Santé de Référence pour la Commune V ; partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix CIWARA d'excellence décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM). Ce prix a été décerné au centre pour ses bonnes performances en activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu le diplôme honorifique du ministère de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. En 2005, le C.S.Réf.Com.V a été le premier centre de santé de référence à être dirigé par un professeur agrégé en gynéco obstétrique.

#### **4.1.3- Présentation du C.S.Réf.Com.V**

##### **4.1.3.1- Données physiques**

###### **4.1.3.1.1- Les locaux**

Le C.S.Réf.Com.V est clôturé d'un mur à hauteur acceptable ; les locaux sont en dur et en bon état. La protection contre la poussière et les moustiques est satisfaisante.

Le bureau des entrées est constitué de 5 pièces : deux pièces pour la caisse, deux pour le comptable et le contrôleur comptable, et un magasin.

A l'entrée du centre et à gauche, on note une pancarte donnant une vue d'ensemble et permettant une meilleure orientation dans le centre.

Le service de gynécologie obstétrique est composé de :

- un bloc opératoire comportant deux salles d'interventions, une salle de stérilisation, un vestiaire pour chirurgien et patient, une salle de réanimation, une salle de garde pour anesthésiste et instrumentiste, sept salles d'hospitalisations pour les opérées dont deux salles uniques climatisées avec douches internes ;
- deux salles pour les consultations prénatale et post natale ;
- une salle d'accouchement constituée de quatre tables d'accouchement en bon état séparées par des murettes ;
- une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec deux lits couvrant la salle d'accouchement ;
- quatre grandes salles d'hospitalisation ventilées en suites de couches comportant quatre lits chacune ;
- une salle pour la néonatalogie ;
- une salle et un bureau pour les médecins avec toilettes internes ;
- une salle et un bureau pour les internes avec toilette interne ;
- un bureau pour la sage femme maîtresse ;
- une salle pour la chaîne à froid ;
- une salle de planning familial.

Les locaux abritant les CPN sont très simples. Ils sont composés d'une part d'une salle d'attente offrant une protection suffisante contre le soleil et la pluie ; elle est équipée d'un pèse personne et de chaises métalliques. D'autre part, d'une salle d'examen bien aérée comprenant une table gynécologique, un escabeau, un bon éclairage, trois mètres ruban, deux stéthoscopes de Pinard, deux stéthoscopes biauriculaires, deux tensiomètres, un thermomètre à mercure, un ventilateur, une horloge, une poubelle pour déchets biomédicaux, et des gants en vrac. Elle dispose de lavabo, de savon et d'eau de Javel.

---

**Pharmacie/ Laboratoire :** Le laboratoire est fonctionnel pour les examens courants. Le centre dispose d'une pharmacie où l'on trouve des médicaments en DCI. La source d'approvisionnement est la Pharmacie Populaire du Mali ( PPM) et d'autres marchés privés.

**Moyens de transport :** le centre dispose de deux ambulances servant de liaison entre ce dernier et les autres structures de santé.

**Structure interne des locaux :** L'éclairage est assuré par le réseau public, mais pris en relais par un groupe électrogène que le centre possède en cas de coupure d'électricité. L'approvisionnement en eau est assuré par le réseau public. Le centre dispose des chasses à eau et des latrines.

**Les salles d'attentes :** (consultation prénatale, accouchement, salle d'échographie, consultation médicale) sont assez bien équipées.

#### **4.1.3.1.2- Ressources humaines du centre**

Le C.S.Réf.Com.V est dirigé par un professeur agrégé en gynécologie obstétrique. Il compte 166 travailleurs dont :

- 8 médecins spécialistes :
    - un gynécologue obstétricien fonctionnaire d'état chef de service ;
    - un gynécologue obstétricien contractuel ;
    - un chirurgien pédiatre et un pédiatre ;
    - un odontostomatologue ;
    - un dermatologue ;
    - un ophtalmologue ;
    - un médecin inscrit au C.E.S de chirurgie.
  
  - 6 médecins généralistes ;
  - 7 assistants médicaux ;
  - 10 techniciens supérieurs (1 ophtalmologue, 2 ORL, 2 santé publique, 1 laborantin, 1 radiologue, 3 anesthésistes) ;
  - 28 sages femmes ;
  - 10 infirmiers d'Etat ;
  - 11 infirmiers du 1<sup>er</sup> cycle ;
  - 3 instrumentistes ;
  - 4 chauffeurs ;
  - 1 secrétaire (niveau CAP) ;
  - 1 informaticien (niveau IUG) ;
-

- 1 technicien de laboratoire ;
- 1 caissier ;
- 1 chauffeur d'ambulance ;
- 2 garçons de salle assurant la propreté permanente du service.

Les travailleurs sont des fonctionnaires, des conventionnaires d'Etat, des contractuels, des agents de la municipalité et des agents de l'INPS.

**Tableau I** : Répartition du personnel selon le statut.

<i>Statut</i>	<i>Nombre</i>
<i>Fonctionnaires</i>	<i>88</i>
<i>Contractuels</i>	<i>34</i>
<i>Agents de la mairie</i>	<i>14</i>
<i>Conventionnaires D/S</i>	<i>13</i>
<i>Conventionnaires d'état</i>	<i>13</i>
<i>Agents de l'INPS</i>	<i>3</i>
<b><i>Total</i></b>	<b><i>166</i></b>

#### **4.1.3.2- Organisation du travail**

Les consultations prénatales se font du lundi au vendredi, de 8h à 12h30. Elles sont effectuées par les sages femmes.

Deux jours de consultation gynécologique et trois jours d'opération sont programmés durant la semaine en dehors des urgences. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel médical du service et dirigé par le chef du service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et événements qui se sont déroulés au cours de la garde. Une visite est faite tous les jours après le staff ; la visite générale se fait tous les jeudi après le staff.

#### **4.1.3.3- Système de tarification**

Pour son fonctionnement et son organisation dans le travail, le C.S.Réf.Com.V dispose de registres de consultations médicales, de CPN, d'accouchements, de vaccinations, de soins infirmiers, de gestion de la pharmacie, de planning familial, de consultations post natales, des bulletins d'examens complémentaires et d'ordonnanciers.

Les tarifs des prestations sont les suivants :

Consultation en médecine générale : 1.000 F CFA

Consultation prénatale : 1.000 F CFA

Consultation gynécologique : 2.000 F CFA

Carnet de grossesse : 500 F CFA

### **Tarification des accouchements et hospitalisations à la maternité**

Accouchement des femmes non référées : 5.500 F

Accouchement des femmes référées par les CSCOM de la commune V : 2.500 F

Hospitalisation dans les salles à 4 lits : 1.000 F

### **Tarification des hospitalisations du bloc opératoire**

Césarienne : gratuite

Hospitalisation dans les salles à 4 lits : gratuite

Hospitalisation dans les salles climatisées à 2 lits avec toilette interne : 5.500 F

Hospitalisation dans les salles climatisées à 1 lit, avec toilette interne : 6.500 F

### **Tarification des analyses au laboratoire**

Albumine sucre : 750 F

Azotémie : 1.000 F

BW : 1.000 F

ECBU : 1.000 F

Glycémie : 1.000 F

Goutte épaisse : 750 F

Groupage / Rhésus avec carte : 1.500F

Numération Formule Sanguine : 3.000 F

Selles POK : 1.000 F

Sérologie de la toxoplasmose : 3.500 F

Sérologie de la rubéole : 3.500 F

Taux d'hémoglobine : 1.000 F

Test d'Emmel : 750 F

Test de Grossesse : 3.500 F

Vitesse de Sédimentation : 500 F

Ces tarifs sont relativement abordables. Il n'existe aucun système de prise en charge des personnes démunies.

#### **4.2- Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> août au 15 septembre 2005.

#### **4.3- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective. Elle s'est inspirée du postulat d'Adévis DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des soins et des services et a comporté :

- une étude des structures ;
- une étude des procédures et des résultats.

L'étude des structures reposait sur un recueil rétrospectif des données du C.S.Réf.Com.V. Elle comportait :

- une description des capacités de production (locaux, ressources humaines, équipements du centre) ;
- une description de l'organisation du travail ;
- une présentation du système de tarification.

L'étude des procédures consistait en une observation transversale de la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et sur l'opinion des consultantes en ce qui concerne les prestations qui leur sont offertes par le personnel du C.S.Réf.Com.V.

#### **4.4- Population d'étude**

La population était composée de toutes les gestantes qui se sont présentées au C.S.Réf.Com.V pour une consultation prénatale au cours de notre période d'étude, et des agents de santé acteurs de la consultation prénatale au C.S.Réf.Com.V.

#### **4.5- Taille de l'échantillon**

Nous avons utilisé dans notre enquête un échantillonnage prospectif qui a porté sur 100 gestantes qui se sont présentées au C.S.Réf.Com.V pour une consultation prénatale dans la période d'étude et en présence de l'enquêteur. Il s'agissait d'un recrutement systématique des gestantes jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon. L'étude étant qualitative, ce nombre est suffisant.

#### **4.6- Collecte des données**

La collecte des données a été réalisée à partir des supports suivants :

- un questionnaire sur la structure sanitaire ;
- un questionnaire « observation des CPN » ;
- un questionnaire « opinion des CPN » adressé à la gestante à sa sortie.

Ces supports des données sont portés en annexe.

Le protocole consistait à observer le praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible). Les gestantes étaient ensuite reçues isolément pour recueillir leurs opinions sur les prestations reçues (y compris la qualité des relations humaines).

#### **4.7- Variables étudiées**

##### **4.7.1- Sur la structure**

Pour déterminer le niveau de qualité du C.S.Réf.Com.V, nous avons étudié les exigences et attentes suivantes :

- les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture) ;
  - le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre) ;
  - la structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
  - équipement de la salle d'attente (pour accouchement, la consultation médicale, la CPN et hangar de vaccination) ;
  - les unités de la CPN (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation, salle de petite chirurgie) ;
  - la fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, équipement, qualification du personnel et mode d'approvisionnement) ;
  - la fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, équipement et qualification du personnel) ;
  - l'état des toilettes (normes architecturales, équipement et propreté) ;
  - le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasses eaux et de poubelles) ;
  - le système d'éclairage et de communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau public, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).
-

#### **4.7.2- Sur les procédures de la CPN**

Les variables étudiées sont en rapport avec les gestes techniques suivants:

- identification de la consultante ;
- accueil et langue de communication ;
- l'interrogatoire ;
- l'examen physique ;
- le bilan prénatal ;
- les soins préventifs ;
- la continuité des soins ;
- les conseils donnés à la gestante ;
- le respect de l'hygiène au cours de la CPN ;
- la référence ;
- l'autonomisation des gestantes ;
- l'enregistrement des données de la gestante.

#### **4.7.3- Sur l'opinion des gestantes**

Les paramètres étudiés sont en relation avec :

- le moyen utilisé pour accéder au centre de santé ;
- le critère de choix ayant motivé la gestante à fréquenter le centre de santé ;
- le motif de la fréquentation antérieure du centre de santé par la gestante ;
- la nature de l'accueil au cours de la CPN ;
- l'organisation pratique et commodité de la CPN ;
- la satisfaction des gestantes sur l'état des locaux abritant la CPN ;
- la satisfaction des gestantes par rapport aux prestations reçues.

#### **4.8- Recueil des données**

Pour déterminer le niveau de la qualité des soins prénataux, nous avons adopté la démarche suivante portée sur un questionnaire en Annexe.

- L'identification des variables « discriminatoires » pour chaque étape ou dimension de la CPN en tenant compte du numéro de la CPN et de l'âge gestationnel (la liste des variables « discriminatoires » est portée en annexe) ;

- Au cours de l'observation, chaque geste technique était coté un (1) lorsqu'il était réalisé, zéro (0) lorsqu'il ne l'était pas ;

- La détermination du score total pour chaque étape de la CPN, chaque référence composée des critères était cotée de zéro (0) à quatre (4).

---



#### **4.8.1- Evaluation du niveau de qualité de la structure sanitaire du C.S.Réf.V**

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- **Niveau IV** : si nous avons obtenu 95 à 100% du score maximum (scmax) soit un score total de 38 à 40 ;
- **Niveau III** : 75 à 94,99% du score maximum soit un total de 30 à 37,99 ;
- **Niveau II** : 50 à 74,99% du score maximum soit un score total de 20 à 29,99 ;
- **Niveau I** : moins de 50% du score maximum soit un score total inférieur à 20.

#### **4.8.2- Evaluation de la qualité des CPN :**

Le niveau de qualité des soins prénataux a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables « discriminatoires ».L'analyse a porté sur deux échelles :

1/ Une première échelle selon laquelle les CPN sont de :

- « **bonne qualité** » si toutes les variables discriminatoires sont réalisées ;
- « **moins bonne qualité** » ou de « **non – qualité** » si une au moins des variables « discriminatoires » n'est pas réalisée.

2/ Une deuxième échelle selon laquelle les soins prénataux ont été classés en quatre niveaux de qualité :

- **Elevé (Q4)** : 95 à 100% des gestes de la dimension étaient réalisés ;
- **Assez élevé (Q3)** : 75 à 94,99% des gestes de la dimension étaient réalisés ;
- **Moyen (Q2)** : 50 à 74,99% des gestes de la dimension étaient réalisés ;
- **Faible (Q1)** : moins de 50% des gestes de la dimension étaient réalisés.

Cette échelle a été appliquée aux dimensions qui avaient quatre variables et plus. C'est ainsi qu'elle nous a permis de déterminer pour le centre la proportion de gestantes qui ont reçu des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4+Q3), le niveau de qualité de la CPN dans le C.S.Réf.Com.V et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

#### **4.9- Saisie et analyse des données**

Les données de l'étude ont été saisies et analysées sur l'ordinateur en utilisant le logiciel Windows SPSS version 12.0 français.

---

# RESULTS

## 1- NIVEAU DE QUALITE DES STRUCTURES

**Tableau II** : niveau de qualité de la structure du C.S.Réf.Com.V.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	I	II	III	IV		
1. Normes architecturales			+		<b>3</b>	Protection contre la poussière et moustiques satisfaisante.
2. Dispositif d'accueil et d'orientation		+			<b>2</b>	Dispositif et personnel assistant.
3. Structure/ équipement Unité CPN		+			<b>2</b>	Matériel technique incomplet.
4. Equipement des salles d'attentes			+		<b>3</b>	Salles d'attentes assez bien équipées.
5. Unité annexe de consultation gynécologique		+			<b>2</b>	- matériel incomplet - salle de garde dans la salle de consultation
6. Unité hospitalisation suites de couches			+		<b>3</b>	- 16 lits pour 4 salles - propreté, aération, ventilation suffisante
7. Dépôt de médicaments Normes architecturales Coût des médicaments			+		<b>3</b>	- protection suffisante contre la poussière - initiative de Bamako appliquée.
8. Laboratoire Fonctionnalité			+		<b>3</b>	Fonctionnel pour les examens courants.
9. Etat des toilettes			+		<b>3</b>	Propre, intimité respectée.
10. Bloc opératoire			+		<b>3</b>	- matériel technique complet - service de réanimation inadéquat.
11. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets			+		<b>3</b>	- existence d'incinérateur - réseau public - déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical.
12. Unité hospitalisation/ Bloc- opératoire			+		<b>3</b>	- 20 lits pour 7 salles - 2 salles uniques - propres, aération suffisante
13. Système d'éclairage et de communication			+		<b>3</b>	- réseau public - téléphone pour la réception
<b>Score total</b>					<b>36</b>	

---

SCT (score total) = 36

Le centre est de niveau III c'est-à-dire 75 à 94,99% des références ont été effectuées.

## **2- ETUDE DES PROCEDURES DES CPN**

### **2.1- Etude descriptive**

#### **2.1.1- Caractéristiques socio- démographiques de la population d'étude**

**Tableau III** : Répartition des consultantes par tranches d'âge.

<i>Tranches d'age (Ans)</i>	<i>Effectif N= 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Moins de 15 ans</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
<i>15- 19 ans</i>	<i>19</i>	<i>19%</i>
<i>20- 24 ans</i>	<i>34</i>	<i>34%</i>
<i>25- 29 ans</i>	<i>23</i>	<i>23%</i>
<i>30- 34 ans</i>	<i>12</i>	<i>12%</i>
<i>35- 39 ans</i>	<i>6</i>	<i>6%</i>
<i>40 ans et plus</i>	<i>2</i>	<i>2%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

La population la plus représentée avait l'âge compris entre 20 et 24 ans (34%).  
La plus âgée avait 42 ans et la plus jeune 13 ans.

**Tableau IV** : Répartition des consultantes en fonction du statut matrimonial.

<i>Statut matrimonial</i>	<i>Effectif N = 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Célibataire</i>	<i>19</i>	<i>19%</i>
<i>Mariée</i>	<i>78</i>	<i>78%</i>
<i>Divorcée</i>	<i>2</i>	<i>2%</i>
<i>Veuve</i>	<i>1</i>	<i>1%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

78% des gestantes étaient des femmes mariées et les célibataires représentaient 19%.

---

**Tableau V** : Répartition des consultantes en fonction de la profession.

<i>Profession</i>	<i>Effectif N = 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Ménagère</i>	<i>66</i>	<i>66%</i>
<i>Commerçante</i>	<i>12</i>	<i>12%</i>
<i>Aide ménagère</i>	<i>8</i>	<i>8%</i>
<i>Travailleuses salariées d'Etat</i>	<i>5</i>	<i>5%</i>
<i>Autres</i>	<i>9</i>	<i>9%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

66% des gestantes étaient des ménagères.

Autres= Teinturière, élève, étudiante, couturière.

**Tableau VI** : Répartition des consultantes en fonction du niveau d'instruction.

<i>Niveau de scolarité</i>	<i>Effectif N = 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Analphabète</i>	<i>65</i>	<i>65%</i>
<i>Alphabétisées arabes</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
<i>Niveau primaire</i>	<i>18</i>	<i>18%</i>
<i>Niveau secondaire</i>	<i>10</i>	<i>10%</i>
<i>Niveau supérieur</i>	<i>3</i>	<i>3%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

- 65% des gestantes étaient analphabètes;
- 3% d'entre elles avaient atteint le niveau supérieur.

**Tableau VII** : Répartition des consultantess en fonction de la gesticé.

<i>Gesticé</i>	<i>Effectif N= 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Primigeste</i>	<i>29</i>	<i>29%</i>
<i>Pauci gesticé</i>	<i>52</i>	<i>52%</i>
<i>Multi gesticé</i>	<i>14</i>	<i>14%</i>
<i>Grande multi gesticé</i>	<i>5</i>	<i>5%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

Les pauci- gesticés étaient majoritaires (52%).

**Tableau VIII** : Répartition des consultantess en fonction de la parité.

<i>Parité</i>	<i>Effectif N= 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Nullipare</i>	<i>23</i>	<i>23%</i>
<i>Primipare</i>	<i>14</i>	<i>14%</i>
<i>Pauci pare</i>	<i>49</i>	<i>49%</i>
<i>Multipare</i>	<i>11</i>	<i>11%</i>
<i>Grande multipare</i>	<i>03</i>	<i>3%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

Les pauci pares étaient majoritaires (49%).

**Tableau IX :** Répartition des consultantes en fonction du nombre de CPN effectuées antérieurement.

<i>Nombre des CPN</i>	<i>Effectif N = 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Aucune CPN</i>	<i>20</i>	<i>20%</i>
<i>Inférieure à 4</i>	<i>39</i>	<i>39%</i>
<i>Supérieur ou égal à 4</i>	<i>41</i>	<i>41%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

20% des gestantes étaient à leur première CPN et 41% des gestantes avaient effectué plus de 4 CPN.

**Tableau X :** Répartition des consultantes en fonction de l'âge de la grossesse.

<i>Age de grossesse</i>	<i>Effectif N= 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Premier trimestre</i>	<i>15</i>	<i>15%</i>
<i>Second trimestre</i>	<i>38</i>	<i>38%</i>
<i>Troisième trimestre</i>	<i>47</i>	<i>47%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

Les grossesses du troisième trimestre représentaient dans notre étude 47%.



## 2.2- Domaine de la qualité

### 2.2.1- Durée de la CPN

**Tableau XI** : Répartition des consultantes en fonction de la durée de la CPN.

<i>Durée de la CPN</i>	<i>Effectif N= 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>5 - 9 minutes</i>	<i>61</i>	<i>61%</i>
<i>10 - 15 minutes</i>	<i>33</i>	<i>33%</i>
<i>Plus de 15 minutes</i>	<i>6</i>	<i>6%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

La majorité des CPN s'étaient déroulées entre 5 et 9 minutes : 61%.  
Aucune CPN n'a duré moins de 5 minutes.

### 2.2.2- Interaction soignant – gestantes

**Tableau XII** : répartition des consultantes en fonction de la langue de communication utilisée.

<i>Langue</i>	<i>Effectif N = 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Bambara</i>	<i>85</i>	<i>85%</i>
<i>Peulh</i>	<i>1</i>	<i>1%</i>
<i>Français</i>	<i>14</i>	<i>14%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

85% des gestantes s'exprimaient en bambara.

**Tableau XIII :** Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés au respect physique et psychique des consultantes.

<i>Variables</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Gentillesse du ton</i>	<i>82</i>	<i>82%</i>
<i>La soignante fait des salutations conformes aux règles sociales</i>	<i>98</i>	<i>98%</i>
<i>Aide à monter sur la table d'examen</i>	<i>80</i>	<i>80%</i>
<i>Manifestations d'intérêts pour la patiente</i>	<i>75</i>	<i>75%</i>
<i>Attitude patiente</i>	<i>86</i>	<i>86%</i>
<i>Aide à descendre de la table d'examen</i>	<i>61</i>	<i>61%</i>
<i>La soignante fait des salutations d'usage de départ</i>	<i>73</i>	<i>73%</i>

Le niveau de qualité du C.S.Réf.Com.V était satisfaisant concernant le respect physique et psychique des consultantes (niveau IV).

**Tableau XIV :** Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés au respect de l'intimité et de la confidentialité de l'examen.

<i>Variables</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Examen à l'abri des regards</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Absence de tierces personnes</i>	<i>98</i>	<i>98%</i>
<i>Présence de plusieurs soignantes</i>	<i>6</i>	<i>6%</i>
<i>Entrées et sorties injustifiées</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>

Le niveau de qualité du centre était satisfaisant concernant le respect de l'intimité et de la confidentialité de l'examen (niveau IV).

## 2.2.3- Démarche clinique et thérapeutique

### 2.2.3.1- Qualification du praticien

**Tableau XV :** Répartition des consultantes selon la qualification du praticien ayant effectué la CPN.

<i>Qualification du praticien</i>	<i>Effectif N = 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Médecin</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
<i>Sage femme</i>	<i>67</i>	<i>67%</i>
<i>Infirmière obstétricienne</i>	<i>29</i>	<i>29%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

67% des CPN était effectuées par des sages femmes dans notre échantillon. Sur le plan qualification du personnel ayant effectué la CPN, le Centre de Santé de Référence de la Commune V était de niveau II.

### 2.2.3.2- Interrogatoire au cours de la CPN

**Tableau XVI :** Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à l'identification de la situation personnelle des consultantes.

<i>Paramètres</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Age</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Statut matrimonial</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Situation socio économique de la famille</i>	<i>11</i>	<i>11%</i>
<i>Profession de la gestante</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Niveau de scolarité</i>	<i>46</i>	<i>46%</i>
<i>Profession du mari</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Lieu de résidence</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Durée de présence à Bamako</i>	<i>15</i>	<i>15%</i>
<i>Distance parcourue</i>	<i>31</i>	<i>31%</i>
<i>Moyen de transport utilisé</i>	<i>93</i>	<i>93%</i>

- La réalisation des paramètres liés à l'identification de la situation socio démographique des gestantes était de niveau III, soit plus de 75% des gestes de la dimension étaient réalisés.
- La situation socio économique de la famille était demandée dans 11%.

**Tableau XVII :** Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à la demande des antécédents obstétricaux.

<i>Paramètres</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Nombre de grossesses</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Nombre d'accouchement</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Nombre d'avortements</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Nombre de naissances vivantes</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Nombre de morts nés</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Nombre d'enfants décédés</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Age et cause des décès des enfants</i>	<i>48</i>	<i>48%</i>
<i>Intervalle inter génésique</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Césarienne</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Forceps ou ventouse</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Eclampsie</i>	<i>96</i>	<i>96%</i>
<i>Demande état de santé des enfants vivants</i>	<i>57</i>	<i>57%</i>

La réalisation des paramètres liés à la demande des antécédents obstétricaux était de meilleure qualité (niveau IV) soit plus de 95% des gestes de la dimension étaient réalisés.

**Tableau XVIII :** Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à la demande des antécédents médicaux.

<i>Interrogatoire sur les antécédents médicaux</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Infection urinaire</i>	<i>93</i>	<i>93%</i>
<i>HTA</i>	<i>98</i>	<i>98%</i>
<i>Diabète</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Oedèmes</i>	<i>93</i>	<i>93%</i>
<i>Affection cardiaque</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
<i>Affection pulmonaire</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
<i>MST</i>	<i>76</i>	<i>76%</i>
<i>Drépanocytose</i>	<i>31</i>	<i>31%</i>

- La réalisation des paramètres liés à la demande des antécédents médicaux était de niveau III, soit plus de 75% des gestes de la dimension étaient réalisés.
- La notion d'affection cardio- pulmonaire était demandée dans 4% des cas.

**Tableau XIX :** Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à la détermination du terme de la grossesse.

<i>Paramètres</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Demande la DDR</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Détermination de l'age de la grossesse</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Détermination du terme de la grossesse</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

- L'âge et le terme de la grossesse étaient déterminés chez toutes les gestantes.
- 14 femmes connaissaient la date de leurs dernières règles.

**Tableau XX :** Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés au déroulement de la grossesse.

<i>Paramètres</i>	<i>Effectif absolu de réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Vomissements</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Fatigue</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Palpitations</i>	<i>46</i>	<i>46%</i>
<i>Oedèmes</i>	<i>93</i>	<i>93%</i>
<i>Troubles urinaires</i>	<i>87</i>	<i>87%</i>
<i>Fièvre</i>	<i>76</i>	<i>76%</i>
<i>Pertes liquidiennes</i>	<i>98</i>	<i>98%</i>
<i>Leucorrhées</i>	<i>96</i>	<i>96%</i>
<i>Métrorragies</i>	<i>97</i>	<i>97%</i>
<i>Perception des mouvements fœtaux</i>	<i>73</i>	<i>73%</i>

L'ensemble des signes cliniques survenant au cours de la grossesse était demandé.

**Tableau XXI :** Répartition de la fréquence de réalisation des paramètres liés à l'hygiène de vie pendant la grossesse.

<i>Paramètres</i>	<i>Effectif absolu de réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Nature, intensité et horaires de travail</i>	<i>51</i>	<i>51%</i>
<i>Repos</i>	<i>82</i>	<i>82%</i>
<i>Alimentation</i>	<i>96</i>	<i>96%</i>

La réalisation des paramètres liés à l'hygiène de vie pendant la grossesse était de niveau III, soit 75% à 94,99% des gestes de la dimension étaient réalisés. La soignante s'intéressait beaucoup plus à l'alimentation et au repos de la gestante qu'à la nature, l'intensité et les horaires de son travail.

### 2.2.3.3- Examen physique

**Tableau XXII :** Répartition des consultantess selon la réalisation des gestes techniques de l'examen général.

<i>Paramètres de l'examen général</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pesée</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Mesure de la tension artérielle</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Recherche de la boiterie</i>	<i>20</i>	<i>20%</i>
<i>Mesure de la taille</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Examen des conjonctives</i>	<i>83</i>	<i>83%</i>
<i>Auscultation cardio pulmonaire</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
<i>Examen des membres inférieurs</i>	<i>93</i>	<i>93%</i>

L'examen général était de niveau II, soit 50 à 74,99% des gestes de la dimension étaient réalisés.

La mesure de la taille des gestantes n'a pas été effectuée ; l'auscultation cardio pulmonaire était réalisée dans 4% des cas.

**Tableau XXIII :** Répartition des consultantess selon la réalisation des gestes techniques de l'examen obstétrical.

<i>Paramètres de l'examen obstétrical</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Examen des seins</i>	<i>63</i>	<i>63%</i>
<i>Palpation abdominale</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Recherche position tête foetale</i>	<i>47</i>	<i>47%</i>
<i>Mesure de la HU</i>	<i>92</i>	<i>92%</i>
<i>Auscultation des BDCF</i>	<i>85</i>	<i>85%</i>
<i>Examen au spéculum</i>	<i>20</i>	<i>20%</i>
<i>Toucher vaginal</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

L'examen obstétrical était de niveau III, soit 75 à 94,99% des gestes de la dimension étaient réalisés.

### 2.2.3.4- Prescription des examens complémentaires

**Tableau XXIV :** Répartition des consultantes selon la prescription des examens complémentaires.

<i>Examens complémentaires</i>	<i>Effectif absolu de réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Groupe sanguin et Rhésus</i>	<i>60</i>	<i>60%</i>
<i>Albuminurie et glycosurie</i>	<i>88</i>	<i>88%</i>
<i>Test d'Emmel</i>	<i>62</i>	<i>62%</i>
<i>B.W</i>	<i>88</i>	<i>88%</i>
<i>Echographie</i>	<i>60</i>	<i>60%</i>
<i>NFS</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Goutte épaisse</i>	<i>11</i>	<i>11%</i>
<i>Frottis vaginal</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Sérologie HIV</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Sérologie de la toxoplasmose</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
<i>Sérologie de la rubéole</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>

Les examens tels que le groupe sanguin et rhésus, l'albuminurie et glycosurie, le test d'Emmel et le B.W étaient prescrits systématiquement à toutes les gestantes dès leur première consultation. Les sérologies de la toxoplasmose et de la rubéole, ainsi que la goutte épaisse étaient très rarement prescrites par la soignante. Par contre la sérologie HIV, le frottis vaginal, et la NFS n'avaient pas été demandés tout au long de notre étude.

### 2.2.3.5- Prescription de soins préventifs

**Tableau XXV :** Répartition des consultantes en fonction de la prescription de soins préventifs.

<i>prescription</i>	<i>Effectifs absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Supplémentation en fer</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Acide folique</i>	<i>81</i>	<i>81%</i>
<i>Chloroquine</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Vaccination anti tétanique</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>



Le C.S.Réf.Com.V était de niveau IV, en ce qui concerne la prescription de soins préventifs.

#### 2.2.4- Mesure d'hygiène au cours de la CPN

**Tableau XXVI :** répartition des consultantes en fonction de la fréquence d'application des règles d'hygiène.

<i>Paramètres</i>	<i>Effectif absolu de réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Existence de champ posé sur la table d'examen</i>	<i>97</i>	<i>97%</i>
<i>Le champ est fourni par le centre</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Le champ est fourni par la gestante</i>	<i>97</i>	<i>97%</i>
<i>Le champ est différent d'une gestante à l'autre</i>	<i>97</i>	<i>97%</i>
<i>La soignante se lave les mains avant chaque examen</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>La soignante utilise des gants avant chaque examen</i>	<i>19</i>	<i>19%</i>
<i>Changement de matériel en fin d'examen</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Matériel correctement nettoyé et désinfecté</i>	<i>20</i>	<i>20%</i>

Le C.S.Réf.Com.V était de niveau I sur le plan respect des règles d'hygiène au cours de la CPN ;

### 2.2.5- Autonomisation

**Tableau XXVII :** Fréquence de réalisation des variables relatives à l'autonomisation de la consultation prénatale.

<i>Paramètres d'autonomisation</i>	<i>Effectif absolu De réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>La soignante a annoncé à la gestante la date probable de l'accouchement</i>	<i>34</i>	<i>34%</i>
<i>Elle a expliqué comment évolue la grossesse</i>	<i>92</i>	<i>92%</i>
<i>Elle a expliqué les signes d'alerte et CAT</i>	<i>98</i>	<i>98%</i>
<i>Elle a expliqué les raisons de la demande des examens para cliniques</i>	<i>16</i>	<i>16%</i>
<i>Elle a annoncé l'appartenance à un groupe à risque</i>	<i>11</i>	<i>11%</i>
<i>Elle lui explique le déroulement de la consultation</i>	<i>19</i>	<i>19%</i>
<i>Elle lui dit où aller accoucher</i>	<i>47</i>	<i>47%</i>

Le C.S.Réf.Com.V était de niveau I concernant l'autonomisation de la consultation prénatale ;

Hormis les explications faites sur les signes d'alertes / conduite à tenir et l'évolution de la grossesse, les autres paramètres liés à l'autonomisation des gestantes étaient annoncés dans une faible proportion.

## 2.2.6- Conseils donnés à la consultante prénatale

**Tableau XXVIII :** Fréquence de réalisation des variables relatives aux conseils donnés à la gestante.

<i>Questions explorées</i>	<i>Effectif absolu de réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Le praticien n'a donné aucun conseil</i>	<i>2</i>	<i>2%</i>
<i>Conseils sur le repos</i>	<i>95</i>	<i>95%</i>
<i>Conseils sur l'alimentation</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Conseils sur le planning familial</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Conseils sur les MST/ Sida</i>	<i>67</i>	<i>67%</i>

Le C.S.Réf.Com.V était de niveau III concernant les conseils.

## 2.2.7- Continuité des soins

**Tableau XXIX :** Fréquence de réalisation des variables relatives à la continuité des soins chez les consultantes prénatales.

<i>Paramètres de continuité des soins</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Elle a donné un rendez vous à la gestante</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Elle a précisé le jour de la prochaine CPN</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Elle a dit à la gestante où aller accoucher</i>	<i>47</i>	<i>47%</i>
<i>Elle lui a dit pourquoi aller consulter dans un tel lieu</i>	<i>14</i>	<i>14%</i>
<i>Elle a expliqué à la gestante les signes d'alerte et la conduite à tenir</i>	<i>98</i>	<i>98%</i>

Le C.S.Réf.Com.V était de niveau IV concernant la continuité des soins. Le rendez vous pour une prochaine CPN avait été systématiquement donné à toutes les gestantes ;

### 2.2.8- Référence

**Tableau XXX** : Fréquence de réalisation d'une conclusion chez les consultantess prénatale au C.S.Réf.Com.V

<i>Conclusion</i>	<i>Effectif absolu de Réalisation</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>RAS</i>	<i>89</i>	<i>89%</i>
<i>Classement dans un groupe à risque</i>	<i>11</i>	<i>11%</i>
<i>Référence vers un médecin du centre</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Référence dans un autre établissement</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>

Seules 11 gestantes sur 100 (11%) avaient été classées dans un groupe à risque. Aucune d'entre elles n'a été référée vers le médecin du centre ou vers un autre établissement.

### 2.2.9- Enregistrement des données

Toutes les données étaient enregistrées sur le registre de CPN et dans le carnet de grossesse dont disposent les gestantes.

## 3- OPINION DES GESTANTES SUR LES CPN

### 3.1- Accès au centre

**Tableau XXXI** : Répartition des consultantess en fonction du moyen de transport utilisé.

<i>Moyen de transport utilisé</i>	<i>Effectif absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>A pied</i>	<i>25</i>	<i>25%</i>
<i>Véhicule collectif</i>	<i>51</i>	<i>51%</i>
<i>Taxi</i>	<i>13</i>	<i>13%</i>
<i>Véhicule personnel</i>	<i>11</i>	<i>11%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>

51% des gestantes venaient en véhicule collectif.

### 3.2- Critère de choix du centre

**Tableau XXXII :** Répartition des consultantes en fonction du critère de choix du centre.

<i>Critères de choix</i>	<i>Effectif N= 100</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Proximité du domicile</i>	<i>43</i>	<i>43%</i>
<i>Tarifs peu élevés</i>	<i>10</i>	<i>10%</i>
<i>Conseils d'une connaissance</i>	<i>6</i>	<i>6%</i>
<i>Personnel accueillant et compétent</i>	<i>31</i>	<i>31%</i>
<i>Attente pas longue</i>	<i>3</i>	<i>3%</i>
<i>Connaissance d'un membre du personnel</i>	<i>7</i>	<i>7%</i>
<b><i>Total</i></b>	<b><i>100%</i></b>	<b><i>100%</i></b>

La proximité du domicile constituait le critère de choix le plus évoqué par les gestantes (43%).

La compétence du personnel et la qualité de l'accueil étaient déterminant dans le choix du centre (31%).

### 3.3- Fréquentation antérieure du centre

**Tableau XXXIII :** Répartition des consultantes en fonction de la fréquentation antérieure.

<i>Fréquentation antérieure</i>	<i>Effectif absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>N'a jamais fréquenté le centre de santé</i>	<i>09</i>	<i>9%</i>
<i>Est venue une fois au centre de santé</i>	<i>19</i>	<i>19%</i>
<i>Est venue plusieurs fois dans le centre</i>	<i>72</i>	<i>72%</i>
<b><i>Motif de fréquentation :</i></b>		
- <i>CPN ;</i>	<i>78</i>	<i>78%</i>
- <i>Accouchement ;</i>	<i>35</i>	<i>35%</i>
- <i>Consultation médicale.</i>	<i>55</i>	<i>55%</i>
<i>Autres</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>

La majorité des gestantes avaient fréquenté plusieurs fois le C.S.Réf.Com.V (72%).

La CPN représentait le motif de fréquentation le plus évoqué (78%).

Autres : vaccination de l'enfant.

### 3.4- Organisation pratique et commodité de la CPN

**Tableau XXXIV** : Répartition des consultantes en fonction de leur opinion sur l'organisation pratique et commodité de la CPN.

<i>Paramètres</i>	<i>Effectif absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Délivrance de ticket</i>	<i>90</i>	<i>90%</i>
<i>Respect de l'ordre de passage</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>
<i>Attente longue</i>	<i>38</i>	<i>38%</i>
<i>Attente courte</i>	<i>62</i>	<i>62%</i>
<i>Mode d'installation :</i>		
- <i>très confortable ;</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
- <i>assez confortable ;</i>	<i>89</i>	<i>89%</i>
- <i>assez inconfortable ;</i>	<i>7</i>	<i>7%</i>
- <i>très inconfortable.</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Ignore l'existence de toilettes</i>	<i>28</i>	<i>28%</i>
<i>Existence de toilettes propres</i>	<i>52</i>	<i>52%</i>
<i>Existence de toilettes sales</i>	<i>20</i>	<i>20%</i>

Dans 100% des cas l'ordre de passage a été respecté au cours de l'observation ;

Une délivrance de ticket a été observée dans 90% des cas ;

38% des cas ont trouvé l'attente longue.

### 3.5- Satisfaction des gestantes sur l'état des locaux abritant la CPN et la qualité des prestations reçues.

**Tableau XXXV** : Répartition des consultantes en fonction de leur satisfaction par rapport aux locaux et aux prestations reçues.

<i>Variables</i>	<i>Effectif absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Etat des locaux :</i>		
- <i>Récents et propres</i>	75	75%
- <i>Vieux et propres</i>	21	21%
- <i>Récents et sales</i>	3	3%
- <i>Vieux et sales</i>	1	1%
<i>Prestation de l'agent :</i>		
- <i>Satisfaite</i>	78	78%
- <i>Non satisfaite</i>	22	22%

Le centre était de niveau III, soit 75 à 94,99% des gestes de la dimension avaient été réalisés ;

78% des gestantes étaient satisfaites des prestations reçues ;

75% des gestantes trouvaient que les locaux étaient récents et propres.

### 3.7- Opinion des gestantes sur la prescription des examens complémentaires.

**TABLEAU XXXVI :** Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur la prescription des examens complémentaires au C.S.Réf.Com.V du District de Bamako.

<i>Paramètres</i>	<i>Effectif absolu</i>	<i>pourcentage</i>
<i>Connaissez vous l'importance du bilan prénatal :</i>		
- <i>Oui</i>	<i>33</i>	<i>33%</i>
- <i>non</i>	<i>77</i>	<i>77%</i>
 <i>Avez-vous réalisé ces examens :</i>		
- <i>Oui</i>	<i>88</i>	<i>88%</i>
- <i>Non</i>	<i>12</i>	<i>12%</i>
 <i>Motif du refus de réaliser ces examens :</i>		
- <i>Manque d'argent</i>	<i>6</i>	<i>6%</i>
- <i>Je ne sais pas</i>	<i>4</i>	<i>4%</i>
- <i>Examens déjà effectués</i>	<i>2</i>	<i>2%</i>

77% des gestantes ignoraient l'importance du bilan prénatal.



# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

## **1- LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE**

- Il s'agit d'une étude transversale, donc ne permettant pas de suivre une évolution dans le temps.
- Au cours de notre étude, nous avons observé une modification du comportement des agents de santé dans le sens de l'amélioration.
- Nous n'avons pas utilisé d'indice synthétique résumant tous les aspects de la qualité, car nous avons voulu cerner les déficits portant sur ses différentes composantes.
- Au Mali certaines études ont été consacrées aux soins, mais peu d'entre elles ont pris en compte à la fois la réalisation des gestes techniques, l'opinion des patients, et la monographie de la structure des soins.
- Notre étude a utilisé le triptyque d'Avédis Donabedian pour évaluer la qualité des soins ; cette méthode a l'avantage de comparer à la fois l'observation des soins, l'éclairage des opinions, et la monographie de la structure de soins.

## **2- ETUDE DES STRUCTURES**

Le système de tarification mis en place est abordable ; cependant une prise en charge intégrante (consultation, examens para clinique et médicaments) des personnes démunies est indispensable pour permettre une plus grande équité dans l'accès aux soins.

Le système de référence - évacuation est défaillant car le réseau de téléphonie existant dans le centre est non fonctionnel.

Le matériel technique du centre pour les consultations prénatales et accouchements est incomplet ; nous avons observé une absence de toise murale.

Sur le plan de la qualité de la structure, nous avons classé le C.S.Réf.Com.V au niveau III. Ce résultat corrobore avec celui rapporté par KAMISSOKO [16].

## **3- ETUDE DES PROCEDURES**

### **3.1- Interaction gestante- personnel de soins prénatals**

Pour déterminer la qualité de l'interaction soignant- gestante, nous nous sommes intéressés au respect physique et psychique de la gestante, au respect de l'intimité de la gestante et à la confidentialité de l'examen.

La dimension humaine est une phase capitale de la consultation et fait partie intégrante de la surveillance prénatale. Un accueil chaleureux et une sympathie manifeste de la part du soignant envers la consultante, incitent ces dernières à fréquenter d'avantage le centre de santé.

L'évaluation du niveau de qualité de la dimension humaine affecte au centre le niveau IV ; KOITA [11] avait classé le même centre au niveau II pour le respect physique et psychique. Nous avons constaté une nette amélioration par rapport à l'étude réalisée par KOITA [11] en 2001. L'augmentation de l'effectif des sage-femmes dans le centre depuis 2001 jusqu'au moment de la réalisation de notre enquête permettant à ces dernières d'être moins débordées et ainsi d'assurer un meilleur accueil des gestantes pourrait expliquer cette amélioration.

Le respect de l'intimité et de la confidentialité était de bonne qualité (niveau IV). Ce résultat est similaire à celui rapporté par FOMBA [17].

Au total, il y avait une bonne interaction gestante/personnel soignant. Ce constat corrobore avec ceux de TRAORE [18], KAMISSOKO [16], et de KONATE [19].

## **2.2- Qualification du personnel en charge de CPN**

Les CPN étaient majoritairement assurées par les sages-femmes (67%) et les infirmières obstétriciennes (29%), ce qui peut porter préjudice à leur qualité. Le médecin intervenait très peu dans ce domaine malgré l'existence de grossesses à risque (4%).

FOMBA [17] avait rapporté que toutes les CPN étaient effectuées par les sage-femmes.

TRAORE [18] avait retrouvé 48% des CPN effectuées par les sage-femmes, 39% par les infirmières obstétriciennes et 13% par les matrones.

Dans le système sanitaire au Mali, la CPN est confiée à une équipe de santé dirigée par une sage femme, les autres intervenants étant les infirmières obstétriciennes et les matrones. Cela pourrait expliquer la faible participation des médecins dans cette activité.

Nous avons classé le C.S.Réf.Com.V au niveau II sur le plan de la qualification du personnel ayant effectué la CPN.

### 2.3- Interrogatoire des gestantes

L'interrogatoire au cours de la CPN est capital. Grâce à lui, le praticien connaît sa patiente, l'environnement dans lequel elle vit (social, familial et professionnel), et peut personnaliser la surveillance prénatale.

De nombreux paramètres tels que l'âge, le statut matrimonial, profession de la gestante, la profession du mari et le lieu de résidence étaient systématiquement demandés à toutes les gestantes de notre étude (100%). BERTHE [20] et KAMISSOKO [16] avaient trouvé qu'en dehors de l'âge et du lieu de résidence, les autres paramètres avaient été faiblement explorés.

Lors de notre étude, toutes les gestantes possédaient un carnet de grossesse vendu par le C.S.Réf.Com.V au prix de 500 F CFA, contenant tous ces renseignements à compléter par les agents de santé pratiquant la CPN. Cela pourrait expliquer cette différence dans les résultats.

La demande de la situation socio économique de la famille, la durée de présence à Bamako, le niveau de scolarité, et la distance parcourue pour venir au centre étaient explorés dans respectivement 11%, 15%, 46% et 31%.

La praticienne se renseignait systématiquement sur le nombre de grossesses, le nombre d'accouchements, le nombre d'avortements, le nombre de naissances vivantes, le nombre d'enfants décédés, le nombre de morts nés, sur l'intervalle inter génésique et les notions de césarienne, ventouse et forceps, chez toutes les gestantes de notre effectif (soit 100%).

Les pathologies comme l'HTA, le diabète, les affections cardiaques étaient recherchées dans respectivement 98%, 100%, et 86% contre 98,3% ; 98,3% ; et 90,5% chez FOMBA [17].

La majorité des signes accompagnants la grossesse avaient été recherchés. La survenue de vomissements, et de fatigue était demandée chez toutes les gestantes (100%) ; il en a été de même pour TRAORE [18] qui était de 100% pour les vomissements, contre 80% pour la fatigue.

La fièvre maternelle est un véritable signe d'alarme ; la mortalité périnatale et les séquelles psychomotrices liées à des infections survenant durant la grossesse sont loin d'être négligeables [13]. Les conséquences de l'hyperthermie sont :

- **En dehors de son retentissement maternel**, elle induit une tachycardie fœtale qui peut évoluer vers une souffrance fœtale aigüe (SFA) voir une interruption de la grossesse.
- **Elle stimule la contractilité utérine** entraînant un risque majeur de menace d'accouchement prématuré.

La survenue d'une fièvre était recherchée dans 76% des cas.

KONATE [19] avait trouvé un résultat nettement supérieur avec une recherche de la fièvre chez toutes les gestantes (100%).

Ce taux est nettement inférieur chez KAMISSOKO [16] et BERTHE [20] qui avaient rapporté des fréquences respectives de 47 et 51%.

Une hémorragie génitale est un signe qui doit toujours alerter et faire référer. Au premier trimestre, elle peut être le signe d'une fausse couche spontanée, d'une grossesse ectopique (GEU) ou d'une grossesse molaire. Au troisième trimestre, elle doit faire évoquer un placenta praevia (placenta bas inséré) ou un hématome rétro-placentaire [13]. D'où l'intérêt que devrait accorder la soignante à ces manifestations cliniques.

Les notions de métrorragies, pertes liquidiennes, leucorrhées, et de troubles urinaires étaient demandées dans respectivement 97% ; 98% ; 96% ; et 87% ; Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux rapportés par FOMBA [17] qui étaient respectivement 1,7% ; 6% ; 43,1% ; 1,7% ; 2,6%.

La détermination de l'âge de la grossesse à partir de la DDR doit être systématique ; Quoique la DDR ait été demandé à toutes les gestantes, seulement 14 d'entre elles connaissaient la date exacte de leurs dernières règles. Cependant, l'âge et le terme de la grossesse étaient déterminés chez toutes les gestantes à partir d'une échographie de datation qui reconstituait une aménorrhée fictive.

KONATE [19] et FOMBA [17] avaient rapporté 0,5% et 7,9% de gestantes qui connaissaient la date de leurs dernières règles. L'analphabétisme de la population étudiée soit 65%, pourrait expliquer ces faibles taux.

51% des gestantes étaient interrogées sur la nature, l'intensité et les horaires de travail et 96% sur leurs habitudes alimentaires. Ce résultat est nettement supérieur à celui rapporté par KONATE [19] qui était respectivement de 46% et de 95%.

Les renseignements sur l'hygiène de vie pendant la grossesse pourraient aider la soignante à proposer à la gestante un changement de comportement dans le but de prévenir d'éventuels risques. Elle doit conseiller aux femmes enceintes une vie calme, régulière avec une alimentation équilibrée, évitant toute fatigue excessive.

A la lumière des observations faites au cours de l'interrogatoire, nous avons classé le C.S.Réf.Com.V sur le plan de l'interrogatoire au niveau III.

#### **2.4- Examen physique des gestantes**

Dans notre étude, aucune gestante n'a bénéficié de la mesure de la taille ; cela peut être expliqué par l'absence de toise murale dans le service. L'auscultation cardio- pulmonaire pour la détection d'une cardiopathie éventuelle n'avait jamais été réalisée, malgré la fréquence des signes d'appel comme la toux, la dyspnée et les oedèmes des membres inférieurs. Le niveau de qualification du personnel ayant effectué la CPN sur le plan médical pourrait expliquer cette insuffisance.

85% des gestantes avaient bénéficié de l'auscultation des bruits du cœur fœtal. 47% avaient bénéficié d'une recherche de la position de la tête fœtale, principalement celles qui étaient au troisième trimestre.

A la lumière des observations faites au cours de l'examen physique des gestantes, nous avons classé le C.S.Réf.Com.V au niveau III.

#### **2.5- Hygiène au cours de la consultation**

La propreté qui est la clé de tout acte médical était médiocre ; le lavage des mains qui doit être systématique avant tout acte médical afin de limiter la propagation d'agents infectieux au cours de l'examen, n'était pas effectué. Dans 19% des cas, la soignante portait des gants avant l'examen des gestantes. Aucun tissu n'avait été fourni par le centre. Les gestantes utilisaient leur pagne comme tissu sur la table d'examen.

KOITA [11] y avait trouvé une qualité médiocre en 2001. Il n'y a pas eu d'évolution entre 2001 et 2005 quant à l'hygiène au cours des CPN malgré l'existence de lavabo, savon et eau de javel dans la salle d'examen.

#### **2.6- Le bilan prénatal**

Au Mali, selon les normes et procédures [12] les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation et sont indispensables pour détecter certains facteurs de risque.

Dans notre étude, le bilan prénatal était seulement limité aux examens comme le groupage sanguin, le test d'Emmel, le BW, et la recherche d'albumine et sucre dans les urines. Ces examens étaient systématiquement demandés à toutes les consultantes dès leur première consultation.

BERTHE [20] avait également retrouvé la prescription systématique de ces examens chez toutes les gestantes dès leur première consultation à la Commune I du District de Bamako.

88% des consultantess avaient effectué ce bilan ; 60% d'entre elles avaient bénéficié d'une échographie. 12% des consultantess n'avaient pas effectué ce bilan ; la non observance des gestantes et les raisons économiques peuvent expliquer cette situation. Il faut aussi dire que les consultantess ignoraient souvent l'importance du bilan prénatal (77%).

Une étude faite en 1995 sur la qualité de la CPN [27] avait révélé que 56,7% des gestantes effectuent le groupage sanguin, le test d' Emmel et le BW, et que 4,4% seulement bénéficient d'un bilan « un peu plus poussé » comportant une échographie.

Les sérologies de la rubéole et de la toxoplasmose qui devaient être systématiquement demandées dès la première consultation à cause des malformations fœtales qu'elles provoquent étaient rarement demandées.

Elles étaient demandées dans 4% des cas au cours de notre étude ;

KONATE [19] avait également rapporté que les sérologies de la toxoplasmose et de la rubéole étaient rarement demandées (4, 37%).

FOMBA et KAMISSOKO avaient rapporté qu'elles étaient omises lors de leur étude.

## **2.7- Les soins préventifs**

### **Analyse par rapport à la vaccination**

Le tétanos de la mère est responsable d'au moins 5% des décès maternels par an [9]. Le tétanos néonatal est responsable de 14% de décès des enfants âgés de moins d'un mois [21].

L'efficacité de la prévention du tétanos néonatal par la vaccination anti-tétanique n'est plus à démontrer.

Chez une mère vaccinée elle protège le nouveau né d'une part contre le tétanos ombilical [22], et d'autre part contre le tétanos néonatal par les anticorps transmis passivement de la mère à l'enfant [23].

Les trois stratégies recommandées par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP pour parvenir à éliminer le tétanos maternel et néonatal consistent à :

- administrer au minimum deux doses d'anatoxine tétanique (VAT) à toutes les femmes enceintes, et dans les zones à haut risque, trois doses de VAT à toutes les femmes en age de procréer ;
- promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour toutes les femmes enceintes ;
- assurer une surveillance efficace du tétanos maternel et néonatal.

Au Mali, de nombreux efforts sont déployés dans ce domaine. Des campagnes massives de vaccination antitétaniques y sont organisées chaque année.

Dans le C.S.Réf.Com.V les vaccinations se font tous les jours ouvrables de la semaine. Ces vaccinations concernent la mère en âge de procréer et les enfants de 0 à 5 ans. Pour la mère, il s'agit de la vaccination anti - tétanique.

La première dose de VAT était systématique dès la première CPN. La deuxième dose était prescrite au moins quatre semaines après la première dose. Toutes les gestantes de notre série (100%) avaient bénéficié de ce traitement.

Ce taux corrobore avec ceux rapportés par KAMISSOKO [16] et BERTHE [20].

### **Analyse par rapport à l'anémie**

Environ la moitié des femmes des pays en voie de développement souffrent d'une anémie (taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 11g /l pour la femme enceinte) ; en Afrique sub- saharienne, la moitié des anémies est due à une carence en fer et environ 10% à une carence en folates [24].

Dans notre échantillon la supplémentation en fer + acide folique a été systématique dès la première CPN. Toutes les gestantes de notre échantillon (100% des cas) avaient bénéficié de ce traitement.

Notre résultat est identique à celui de KAMISSOKO [16] et BERTHE [20].

### **La chimio prophylaxie anti palustre**

La grossesse, véritable stress immunologique, peut provoquer une chute de l'immunité anti palustre, et révéler un paludisme latent ou favoriser la survenue de formes graves (accès pernicioeux).

Deux millions de personnes meurent de paludisme chaque année à travers le monde, et parmi elles, les femmes enceintes.

Chez la mère, les conséquences sont une anémie par hémolyse palustre qui aggrave l'anémie par carence en fer et en folates et parfois une splénomégalie, un sub- ictère, des accès fébriles. Chez le fœtus les conséquences sont les avortements, les morts- nés et les hypotrophies fœtales.

Au C.S.Réf.Com.V, la prescription de la chloroquine était également systématique au même titre que la vaccination et la supplémentation en fer. Toutes les gestantes de notre étude n'étant pas allergiques à la chloroquine, ont bénéficié de cette chimioprophylaxie anti- palustre.

---



Le paludisme congénital va de 0,5% de naissances vivantes « chez les nouveaux nés de mères à haute immunité » à 10% de naissances vivantes « chez les nouveaux nés de mères à faible immunité » [13], d'où l'intérêt de la chimioprophylaxie anti-palustre. La dose recommandée est de 300 mg en prise unique chaque semaine à jour fixe et cela depuis le diagnostic de la grossesse jusqu'à 42 jours après l'accouchement.

Il ressort de notre étude que la prescription des soins préventifs était satisfaisante lors de notre passage. Ainsi nous avons classé le C.S.Réf.Com.V sur ce plan au niveau IV.

### **2.8- Le dépistage des facteurs de risque**

Le dépistage des facteurs de risque résulte d'un processus assez complexe : interrogatoire, examen physique, examens complémentaires et interprétation de leurs résultats.

Onze gestantes de notre échantillon avaient été classées dans un groupe à risque. Ce taux est inférieur à celui de KONATE [19] qui était de 22,5% ; nous avons constaté une sous estimation des facteurs de risque par le personnel. Notre enquête a montré que les facteurs de risque non détectés se regroupent en deux catégories :

- ceux pour lesquels les informations sont recueillies et consignées dans le carnet de CPN. Il s'agit du petit poids maternel (inférieur à 50 kilos), la naissance de prématuré au dernier accouchement, statut social, IIG < 24 mois, parité (nullipare).

A ce niveau, on peut évoquer comme raison principale les carences dans l'interprétation des résultats, l'inattention et l'ignorance des critères de dépistage.

- les facteurs de risque pour lesquels le diagnostic relève d'examens spécifiques non réalisés couramment au cours de la CPN : cardiopathie, pneumopathie, anémie sévère, diabète, paludisme.

Des efforts considérables sont à fournir dans ce domaine.

## **2.9- La continuité des soins**

Les praticiennes avaient annoncé la date de la prochaine CPN à toutes les gestantes de notre échantillon (100%). Le rendez vous était mentionné sur le registre de CPN et dans le carnet de grossesse dont dispose la gestante.

Le lieu de l'accouchement était indiqué à toutes les gestantes dont l'âge de la grossesse était supérieur ou égal à 8 mois (37%).

Quatre vingt dix huit pour cent des gestantes de notre échantillon avaient bénéficié d'une information sur les signes d'alertes et la CAT en cas de leur survenue.

Nous avons classé le C.S.Réf.Com.V sur le plan qualité de la continuité des soins au niveau IV.

## **2.10- Autonomisation**

Dans 34% des cas, la date probable de l'accouchement avait été annoncée aux gestantes, principalement à celles qui étaient à leur troisième trimestre.

Les agents de santé effectuant la CPN n'expliquaient les raisons ayant motivées la demande des examens complémentaires que dans 16/100 (soit 16%), ce qui peut être un facteur de démotivation pour les femmes à réaliser ces examens. BERTHE [20] avait trouvé 11% d'explications données par les praticiennes concernant les examens complémentaires.

Le déroulement de la consultation chez les primigestes et celles qui sont à leur première CPN était expliqué dans 19% des cas.

Ainsi sur le plan qualité de l'autonomisation, nous avons classé le C.S.Réf.Com.V au niveau I. KOITA [11], KAMISSOKO [16] et KONATE [19] avaient également trouvé dans leur étude une autonomisation médiocre.

## **4- SUR L'OPINION DES GESTANTES**

Il s'agit de recueillir l'opinion des gestantes dans la plus grande discrétion à leur sortie de l'unité de consultation.

### **4.1- Critères de choix du centre.**

Les services de santé maternelle de qualité doivent être accessibles et disponibles aussi près que possible du domicile des femmes [8]. Le critère le plus évoqué avait été la proximité du domicile (43%).

---

La compétence du personnel et la qualité de l'accueil étaient assez déterminants dans le choix du centre. En effet 31 gestantes sur 100 évoquaient ces deux critères comme critères de choix du centre. Ainsi, la réputation du centre avait été décisive dans le choix des gestantes.

### **3.1- Satisfaction du client**

La satisfaction des clients est l'un des résultats les plus importants des soins de bonne qualité. 78% des gestantes se disaient satisfaites des prestations reçues. Cependant, les responsables ne devraient pas supposer que les soins fournis sont adéquats tout simplement en raison du fait que les clients ne se plaignent pas. Le faible niveau de mécontentement indiqué par les clients doit être pris au sérieux [8]. Vingt deux gestantes se disaient peu satisfaites.

---

# CONCLUSION

Notre enquête s'est déroulée du 1<sup>er</sup> août au 15 septembre 2005. Elle a permis de mettre en exergue les problèmes liés à la pratique des consultations prénatales au C.S.Réf.Com.V du District de Bamako.

### **Evaluation de la structure :**

Cette étude confirme l'hypothèse qui évoque que « **c'est la structure qui offre des conditions médicales suffisantes pour assurer des soins de qualité sur le plan de la dimension humaine et technique.** »

A cet effet, l'analyse du niveau de qualité de la structure montre que les références sont satisfaisantes ; cependant, certaines insuffisances ont été observées :

- Le manque de système de téléphonie ;
- Le matériel technique du centre pour les consultations prénatales et accouchements est incomplet ;
- Le système de prise en charge intégrante de personnes démunies n'existe pas ;

### **Evaluation des procédures :**

Soixante onze pour cent des CPN étaient effectuées par un personnel qualifié.

La qualité de l'interaction soignant gestante est satisfaisante. En effet, le respect physique et psychique de la gestante ainsi que celui de l'intimité et de la confidentialité de l'examen étaient préservés dans la majorité des cas.

L'interrogatoire comportait quelques lacunes notamment les renseignements sur la situation socio- économique de la famille de la gestante (11%) et sur les affections cardio- pulmonaires (4%).

Au cours de l'examen physique des gestantes, la soignante n'a jamais réalisé la mesure de la taille. L'auscultation cardio- pulmonaire avait été très rarement effectuée (4%).

Le bilan prénatal était limité seulement au groupage sanguin, test d'Emmel, BW, et sucres/ albumines. Tous les autres examens para cliniques indispensables n'étaient pas demandés.

Tous les facteurs de risque ne sont pas découverts à l'issue des CPN. Les omissions fréquentes de gestes techniques essentiels lors de l'examen, le caractère limité du bilan prénatal et le matériel technique essentiel incomplet en sont les principales raisons.

---

L'autonomisation des gestantes était rarement assurée.

Ces résultats peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Nos recommandations sont alors les suivantes.

# RECOMMENDATIONS

---

### **8.1- Aux Autorités Sanitaires :**

- Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel de santé responsable des CPN;
- Elaborer et introduire dans les formations sanitaires un référentiel sur la pratique des CPN ;
- Equiper le centre et plus particulièrement l'unité CPN de matériels techniques en général et toises murales en particulier ;
- Rendre fonctionnel le système de radiophonie existant dans centre de référence pour une meilleure prise en charge des évacuations ;
- Instaurer un système de prise en charge des personnes démunies ;

### **8.2- Au personnel du C.S.Réf.Com.V :**

- Se renseigner lors de l'interrogatoire des gestantes sur la situation socio-économique de la famille ;
- Effectuer l'auscultation cardio pulmonaire au cours de l'examen physique des gestantes ;
- Réviser les critères de dépistage des facteurs de risques ;
- Impliquer d'avantage les médecins du centre dans les activités de CPN ;
- Informer d'avantage les gestantes sur l'importance du bilan prénatal ;
- Etendre d'avantage le bilan prénatal pour une meilleure détection des grossesses à risques ;
- Améliorer les efforts de sensibilisation au près des consultantes pour une meilleure observance face aux recommandations du personnel ;
- Améliorer les mesures d'hygiène. En particulier le lavage systématique des mains avant chaque examen, le port systématique de gants avant chaque examen et la fourniture par le centre de champs stériles pour la table d'examen.
- Renforcer l'inter action patient soignant par l'IEC au cours des CPN ;
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes lors des CPN.

### **8.3- Aux populations :**

- Respecter les conseils donnés par les prestataires.



---

---

---

# REFERENCES

- 
- 1- Journal du médecin N°1235**- Vendredi 14 janvier 2000  
Thierry GOORDEN  
La semaine mondiale de sensibilisation de la population : sauvons des vies de femmes.
  - 2- Déclaration commune O.M.S / F.N.U.A.P / U.N.I.C.E.F / Banque Mondiale**  
Réduire la mortalité maternelle.  
O.M.S., Genève, 1996, p. 43.
  - 3- Cellule de planification et de statistique**  
Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio- sanitaire Bamako (Koulouba) 1995- 2000.
  - 4- O.M.S / UNICEF**  
Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle 1<sup>ère</sup> édition  
Nouvelle méthodologie OMS / UNICEF avril 1996 Genève.P.16
  - 5- HARRISON Kelsey A.**  
Child bearing, health and social priorities : a survey of 22 774 consecutive Hospital birth in Zaria, northern Nigeria. In : British J. of obst. And Gynaecol. 1985, Supplément N° 5, oct. P. 20.
  - 6- Le dossier mère enfant : guide pour une maternité sans risque.**  
Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1994.
  - 7- OMS**  
Maternal and safe Mother- hood Programme, Division of Family Health.  
Mother- baby package: implementing safe motherhood in countries.  
WHO Genève, 1994. 89p.
  - 8- OMS**  
Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours.  
OMS, Genève, 1992. 80p.
  - 9- Donabedian A.**  
Explorations in quality assessment and monitoring, vol I.  
The definition of quality and approaches to it's assessment, health administration press, An Arbor, Michigan, 1980.
-

**10- O.M.S. Genève**

Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle.  
1987, 40, N°3, PP 214- 225

**11- KOITA Mamadou**

Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques  
Et communautaires des communes V et VI du district de Bamako.  
Thèse, Médecine, Bamako, 2001, 129p, N°41.

**12- Direction de la santé de la reproduction / division santé familiale**

Normes et procédures pour la surveillance prénatale.  
Vol.2, mars 1990, p.20

**13- UNIVERSITES FRANCOPHONES**

OBSTETRIQUE Coordination: J-M. Thoulon, F Puech, G Boob  
Ellipses AUPELF / UREF. 1995, p.867

**14- Angoulvent P.**

La grossesse. Collection encyclopédique.  
Presse universitaire de France, 1990.

**15- PRECIS D'OBSTETRIQUE**

R. MERGER J. LEVY J. MELCHIOR  
6ème edition MASSON

**16- KAMISSOKO Male**

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de  
Kalabancoro zone péri urbaine de Bamako.  
Thèse, Médecine, Bamako, 2004, N° 87

**17- FOMBA Fomba**

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé  
de la Miproma de magnambougou en commune VI du district de Bamako.  
Thèse, Médecine, Bamako, 2003, N°64.

**18- TRAORE MK**

La qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de  
BANKONI à propos de 200 cas.  
Thèse, Médecin, Bamako 2001 121 P N° 49.

**19- KONATE Sékou**

Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de La commune II du district de Bamako.  
Thèse, Médecin, Bamako 2002 N° 33.

**20- BERTHE Adama**

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Korofina Salembougou dans la commune I du district de Bamako.  
Thèse, Médecine, Bamako 2005 N° 20

**21- U.N.I.C.E.F / O.M.S / F.N.U.A.P.**

Élimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005.  
Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition.  
Novembre 2000.P. 23.

**22- ROUGEMONT A., BRUNET J. et JAILEY**

Planifier, gérer, évaluer, santé en pays tropicaux.  
Doin. Editeur, Paris, p. 751.

**23- HART M. A. et COLL**

Considération pratique. Intégration des soins de santé maternelle et infantile dans les SSP.

**24- De Maeyer EM, Adiels Tegman M.**

The prevalence of anaemia in the world.  
World Health Stat Q 1985; 38:302- 16.

**25- MSSPA**

Rapport d'inventaire et évaluation sanitaire au Mali, 1987.

**26- Division Santé Communautaire/ Ministère de la Santé**

Procédures des services de santé de la reproduction (MALI) Bamako,  
Ministère de la santé, Mars 2000, 230P.

**27- SACKO Massambou**

La qualité de la surveillance prénatale dans le district de Bamako.  
Enquête N°3. Thèse de santé publique de l'université de Paris VI (ISD), 1998

**28- DNSI- CPS / MSSPA**

Enquête démographique et de santé III Mali juin 2002. 450P.

**29- Herberg S, Galan P,**

Epidémiologie des anémies nutritionnelles et politiques de prévention. In : nutrition et Santé Publique, Approche épidémiologique et politique de prévention.

Techniques et documentation, Paris, 1985 : 177- 210.

**30- ONUSIDA- OMS.**

Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/ SIDA, juin 1998.

Editions ONUSIDA- OMS, Genève, 1998 : 75p.

# ANNEXES

**EQUIPEMENT ET MATERIEL DE CPN ET D'ACCOUCHEMENT**

## **SELON LES NORMES ET PROCEDURES.**

### **a- Matériel technique :**

- Table gynécologique ;
- Pèse personne ;
- Boite personne ;
- Boite à instrument ;
- Thermomètre ;
- Jeu de spéculum (3 dimensions) ;
- Tensiomètre ;
- Stéthoscope biauriculaire ;
- Stéthoscope obstétrical ;
- Haricot inoxydable ;
- Trousse d'analyse d'urines ;
- Lampe baladeuse ou bâche ;
- Alézés balance clinique adulte ;
- Mètre ruban ;
- Toise murale ;
- Gants ou doigtiers ;

### **b- Support de surveillance de la mère :**

- Registre de consultation ;
- Registre d'accouchement ;
- Registre d'évacuation ;
- Carnet de grossesse ;
- Fiche de référence ;
- Fiche de suivi de grossesse ;
- Echographie ;
- Cardiotocographe ;
- Négatoscope ;
- Kit mini laparotomie ;
- Boite à curetage ;
- Niveau hôpitaux ;
- Matériels de spécialisation.



## QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE LA STRUCTURE

### 1- DONNEES PHYSIQUES

#### 1.1- Les locaux

<b>Propriétaire</b>	
Etat	
Association	
Commune	
Particulier	

<b>Valeur d'acquisition</b>	<b>Montant</b>	<b>Année</b>	<b>Origine du financement</b>
Construction			
Achat			

<b>Location</b>	
Loyer mensuel	F CFA

<b>Valorisation du bâtiment</b>	
Coût paramétrique du m2 en F CFA	
Coût total des locaux	

<b>Description des bâtiments</b>				
<b>Bâtiment</b>	<b>Nombre de pièces</b>	<b>Surface du bâtiment</b>	<b>Matériaux</b>	<b>Etat du bâtiment</b>

<b>Eclairage des locaux</b>
-----------------------------

Réseau public
Groupe électrogène
Energie solaire
Lampe à pétrole
Lampe à gaz
Autres, précisez

<b>Approvisionnement en eau</b>
Réseau public
Autres, précisez

<b>Les toilettes</b>	
Existe-t-il des toilettes ?	
Si oui, lesquels ?	A chasse eau
	Latrines

<b>Elimination des déchets</b>	
Existe-t-il un système d'élimination des déchets médicaux ?	
Si oui, lequel ?	Incinérateur
	Fosse
	Autre, précisez

<b>Existe-t-il un moyen de communication ?</b>	
Si oui, lequel ?	Téléphone
	Radiophonie

Etat des locaux	Oui	Non
Excellent		
Bon		
Passable		
Mauvais		

Mesures d'hygiène	Oui	Non
-------------------	-----	-----

Les locaux sont balayés tous les jours		
Des ordures traînent dans certains lieux		

Laboratoire fonctionnel /...../ 1= oui 0= non

Existence d'une pharmacie /...../ 1= oui 0= non

Si oui, préciser les sources d'approvisionnement .....

Etat des salles d'attentes	Oui	Non
Bien équipées		
Assez bien équipées		
Mal équipées		
Très mal équipées		

## 1.2- Sur l'équipement

	Effectif total	
	CPN	Accouchement
<b>1. Matériels techniques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- table gynécologique</li> <li>- pèse personne</li> <li>- boîte à instrument</li> <li>- thermomètre</li> <li>- spéculum</li> <li>- tensiomètre</li> <li>- stéthoscope biauriculaire</li> <li>- stéthoscope obstétrical</li> <li>- haricot inoxydable</li> <li>- trousse d'analyse d'urines</li> <li>- lampe baladeuse ou bâche</li> <li>- alézés balance clinique adulte</li> <li>- mètre ruban</li> <li>- toise murale</li> <li>- gants ou doigtiers</li> </ul>		
<b>2. Moyens de déplacement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulances</li> <li>- voitures</li> <li>- autres, précisez</li> </ul>		

<b>3. Mobiliers non spécifiques</b> - lits - armoires - bureaux - tables - bancs - chaises - fauteuils		
<b>4. Chaîne de froid</b> - réfrigérateurs - congélateurs - récipients iso thermiques		
<b>5. Matériel de stérilisation</b> - cocottes - poupinels		

### 1.3- Ressources humaines

Personnel	Effectif total	Salaires mensuel moyen
Médecins spécialistes		
Médecins généralistes		
Infirmiers diplômés d'Etat		
Sages- femmes		
Infirmiers 1 <sup>er</sup> cycle		
Techniciens de labo.		
Gérant de la pharmacie		
Instrumentiste		
Chauffeur		
Secrétaire		
Caissier		
Manoeuvres		

Statut du personnel	Nombre
Fonctionnaire	
Contractuels	
Agents de la mairie	
Conventionnaires D/S	
Conventionnaires d'Etat	
Agents INSP	

**1.4- Formation continue (nombre de participants au cours des 12 derniers mois)**

<b>Personnel</b>	<b>Nombre de participants</b>	<b>Nombre de jours de formation</b>
Médecins		
Infirmiers		
Sage- femmes		
Infirmiers 1 <sup>er</sup> cycle		
Matrones		
Aides soignantes		

**1.5- Nombre de visites de supervision au cours des 12 derniers mois**

Equipe de santé régionale	
Equipe de santé communautaire	
Autres, précisez	

**2- ORGANISATION DU TRAVAIL**

a) Quels sont les horaires de travail dans le C.S.Réf.V ?

b) Quels sont les jours de consultation prénatale ?

Par qui sont elles effectuées ? (1- 4)

1= médecin

2= sage femme

3= matrone

4= autre, précisez

c) Quels sont les jours de consultations médicales ?

Par qui sont elles effectuées ? (1- 3)

1= médecin

2= infirmier

3= autres

d) Quels sont les jours et horaires de visite ?

e) Quels sont les jours et horaires de staff ?

**3- SYSTEME DE TARIFICATION**

a) Existe-t-il des registres de consultations ?

Si oui, lesquels ?

b) Présentation du système de tarification pour l'année 2005.



Q18- Salutations d'usage de départ / ..... / 1= oui 0= non

### **QUALITE DE L'INTERROGATOIRE**

Interroge la gestante sur :

Q19- Age / ..... / 1= oui 0= non

Q20- Profession de la gestante / ..... / 1= oui 0= non

Q21- Profession du mari / ..... / 1= oui 0= non

Q22- Situation socio économique de la famille / ..... / 1= oui 0= non

Q23- Résidence habituelle / ..... / 1= oui 0= non

Q24- Durée de la présence à Bamako / ..... / 1= oui 0= non

Q25- Statut matrimonial / ..... / 1= oui 0= non

Q26- Niveau de scolarité / ..... / 1= oui 0= non

Q27- Modalités de transport pour venir au centre / ..... / 1= oui 0= non

Q28- Antécédents obstétricaux / ..... /  
A- nombre de grossesses B- nombre d'accouchements  
C- nombre d'avortements D- nombre de naissances vivantes  
E- nombre de morts nés F- nombre d'enfants décédés  
G- age et cause des décès H- antécédents de césarienne  
I- antécédents de forceps J- antécédents de ventouse  
K- antécédents d'éclampsie L- demande état de santé des enfants  
M- intervalle inter génésique

Q29- Antécédents de maladie / ..... /  
A- infection urinaire B- HTA  
C- diabète D- oedèmes  
E- affection cardiaque F- affection pulmonaire  
G- MST H- drépanocytose

Q30- Détermination de la date des dernières règles / ..... / 1= oui 0= non

Q31- Détermination de la date probable de l'accouchement / ..... /  
1= oui 0= non

Q32- Détermination de l'âge de la grossesse /.... / 1= oui 0= non

Q33- Interrogatoire sur le déroulement de la grossesse /..... /

- |                                     |                        |
|-------------------------------------|------------------------|
| A- vomissements                     | B- fatigue             |
| C- palpitations                     | D- dyspnée             |
| E- oedèmes                          | F- troubles urinaires  |
| G- fièvre                           | H- pertes liquidiennes |
| I- leucorrhées                      | J- métrorragies        |
| H- perception des mouvements fœtaux |                        |

Q34- Hygiène de vie pendant la grossesse (1 – 4) / ..... /

- |               |                   |
|---------------|-------------------|
| 1= le repos   | 2= l'alimentation |
| 3= le travail | 4= autres         |

### **QUALITE DE L'EXAMEN CLINIQUE**

#### **Examen général**

Q35- Pesée /.... / 1=oui 0= non

Q36- Mesure de la tension artérielle /.... / 1= oui 0= non

Q37- Prise de la température /.... / 1= oui 0= non

Q38- Mesure de la taille /..... / 1= oui 0= non

Q39- Examen des conjonctives /... .. / 1= oui 0= non

Q40- Examen des membres inférieurs /..... / 1= oui 0= non

Q41- Recherche boiterie /..... / 1= oui 0= non

Q42- Auscultation cardio pulmonaire /.... / 1= oui 0= non

#### **Examen obstétrical**

Q43- Examen des seins /.... / 1= oui 0= non

Q44- Palpation abdominale /..... / 1= oui 0= non

Q45- Recherche position tête fœtale /.... / 1= oui 0= non

Q46- Mesure de la hauteur utérine /..... / 1= oui 0= non



Q47- Auscultation des BDCF /..... / 1= oui 0= non

Q48- Examen au spéculum /..... / 1= oui 0= non

Q49- Toucher vaginal /..... / 1= oui 0= non

### **Examens complémentaires**

Q50- Examens complémentaires /..... /

A- Groupe sanguin

C- Test d'Emmel

E- Echographie

G- Frottis vaginal

I- sérologie VIH

B- Sucres / albumines

D- Bordet Western

F- NFS

H- Sérologie de la toxoplasmose

J- Sérologie de la rubéole

### **Soins préventifs**

Q51- Fer /..... / 1= oui 0= non

Q52- Chloroquine /..... / 1= oui 0= non

Q53- Acide folique /..... / 1= oui 0= non

Q54- Vaccination anti tétanique /..... / 1= oui 0= non

### **Conseils**

Q55- Le praticien a donné des conseils /..... / 1= oui 0= non

Q56- Conseils (1 – 5) /..... /

1= sur le repos

3= sur les MST/ SIDA

5= sur le planning familial

2= sur l'alimentation

4= sur les signes d'alertes

### **HYGIENE PENDANT LA CONSULTATION**

Q57- Nettoyage des mains avant chaque examen /..... / 1= oui 0= non

Q58- Existence de champ posé sur la table d'examen /..... / 1= oui 0= non

Q59- Tissu différent d'une femme à l'autre /..... / 1= oui 0= non

Q60- Champ fourni par le centre	/..... /	1= oui	0= non
Q61- Champ fourni par la consultante	/..... /	1= oui	0= non
Q62- Utilisation de gants ou de doigtiers	/..... /	1= oui	0= non
Q63- Changement de matériel en fin d'examen	/..... /	1= oui	0= non
Q64- Matériel correctement nettoyé et désinfecté en fin d'examen	/..... /	1= oui	0= non

### **RESPECT DE L'INTIMITE ET DE LA CONFIDENTIALITE**

Q65- Examen à l'abri des regards	/.... /	1= oui	0= non
Q66- Absence de tierces personnes	/... /	1= oui	0= non
Q67- Présence de plusieurs soignantes	/.... /	1= oui	0= non
Q68- Présence d'autres membres du personnel	/..... /	1= oui	0= non
Q69- Entrées et sorties injustifiées	/.... /	1= oui	0= non

### **CONTINUITÉ DES SOINS**

Q70- Elle donne un rendez vous à la gestante	/.... /	1= oui	0= non
Q71- Elle a précisé le jour de la prochaine CPN	/.... /	1= oui	0= non
Q72- Elle a dit où aller accoucher	/.... /	1= oui	0= non
Q73- Elle a dit pourquoi aller accoucher dans un tel lieu	/.... /	1= oui	0= non
Q74- Elle a expliqué les signes d'alerte et la CAT	/.... /	1= oui	0= non

### **AUTONOMISATION**

Q75- Annonce de la date probable de l'accouchement	/.... /	1= oui	0= non
Q76- Explication sur l'évolution de la grossesse	/.... /	1= oui	0= non
Q77- Annonce de l'appartenance à un groupe à risque	/.... /	1= oui	0= non

Q78- Explication sur le déroulement de la consultation /.... / 1= oui 0= non

Q79- Indication sur le lieu de l'accouchement /.... / 1= oui 0= non

Q80- Explication des signes d'alertes et CAT /.... / 1= oui 0= non

Q81- Explication sur les raisons de la demande des examens para clinique  
/ .... / 1= oui 0= non

Q82- Explication sur les raisons du choix du lieu de l'accouchement /.... /  
1= oui 0= non

### **CONCLUSION EN FIN DE CPN**

Q83- RAS /...../ 1= oui 0= non

Q84- Classement dans un groupe à risque /...../ 1= oui 0= non

Q85- Référence vers un médecin du centre /...../ 1= oui 0= non

Q86- Référence vers une autre structure /...../ 1= oui 0= non

## Annexe 4 : FICHE D'ENQUETE N° 3

### OPINION SUR LES CONSULTATIONS PRENATALES

Q1- Age /..... / ans

Q2- Profession (1 – 5) /..... /

1= ménagère                      2= fonctionnaire                      3= vendeuse  
4= aide ménagère              5= autres, précisez

Q3- Niveau de scolarité (1 – 5) /..... /

1= analphabète                      2= primaire                      3= secondaire  
4= supérieur                      5= coran

Q4- Etat matrimonial (1 – 4) /..... /

1= célibataire                      2= mariée  
3= veuve                      4= divorcée

Q5- Résidence habituelle (1 – 4) /..... /

1= Bamako                      2= ville de l'intérieur  
3= village                      4= ne sait pas

Q6- Nombre de grossesse /..... /

Q7- Nombre d'accouchement /..... /

Q8- Etes vous déjà venue au C.S.Réf.V ? (1- 3) /..... /

1= oui, une fois                      2= oui, plusieurs fois                      3= non

Q9- Pour quelles raisons ? (1- 4) /..... /

1= CPN                      2= consultation médicale  
3= accouchement                      4= autres, précisez

Q10- Modalités de transport (1 – 4) /..... /

1= à pied                      2= transport collectif                      3= taxi  
4= véhicule personnel                      5= autres, précisez

Q11- Pourquoi avoir choisi le centre où nous sommes ?

1. l'établissement est proche de mon domicile
2. l'attente n'est pas longue
3. personnel accueillant
4. personnel compétant
5. les structures sont bonnes

6. je connais quelqu'un dans cet établissement
7. les tarifs sont peu élevés
8. conseils d'une connaissance
9. autres raisons, précisez

Q12- Les frais de consultations sont ils abordables ? /...../ 1= oui 0= non

Q13- Avez-vous reçu un ticket avec un numéro ? /...../ 1= oui 0= non

Q14- L'ordre de passage a-t-il été respecté ? /...../ 1= oui 0= non

Q15- Avez-vous trouvé l'attente longue ? /...../ 1= oui 0= non

Q16- Comment étiez vous installée pendant l'attente ? (1 – 4) /...../  
 1= très confortablement 2= assez confortablement  
 3= assez inconfortablement 4= très inconfortablement

Q17- Vous avez été bien accueillie ? /...../ 1= oui 0= non

Q18- La consultation a-t-elle été confidentielle ? /...../ 1= oui 0= non

Q19- Avez-vous pu tout dire ? /...../ 1= oui 0= non

Q20- Votre intimité a-t-elle été respectée ? /...../ 1= oui 0= non

Q21- Vous a-t-on expliqué l'importance du bilan prénatal ? /...../  
 1= oui 0= non

Q22- Avez-vous effectué votre bilan prénatal ? /...../ 1= oui 0= non

Q23- si non, précisez la raison .....

Q24- Vous a-t-on expliqué comment prendre vos médicaments ? /...../  
 1= oui 0= non

Q25- Comment avez-vous trouvé les locaux ? (1 – 4) /...../  
 1= récents et propres 2= récents et sales  
 3= vieux et propres 4= vieux et sales

Q26- Comment était l'état des toilettes ? /...../ 1= propres 0= sales

Q27- Avez-vous été satisfaite ? /...../ 1= oui 0= non

## **LISTE DES VARIABLES DISCRIMINATOIRES :**

Les variables suivantes sont considérées comme discriminantes. Si l'une vient à manquer, elle remet en cause l'ensemble de la qualité de la qualité des soins dans la catégorie mentionnée. Les tableaux ci-dessous sont structurés selon le domaine de la qualité défini préalablement.

### **I- Interaction patient soignant (relations humaines)**

<b>Catégories</b>	<b>Variables discriminantes</b>
<b>Respect physique et Psychique</b>	Salutations conformes aux convenances sociales en début de consultation ; Invitation à s'asseoir ; Gentillesse du ton ; Attitude patiente du soignant.
<b>Respect de L'intimité</b>	Examen à l'abri des regards (agencement de l'espace de consultation, existence de paravent, de volets ou de rideaux) Absence de tierce personne (hormis médecin ou sage femme) ; Aucune entrée ni sortie injustifiée pendant la consultation.
<b>Respect de la confidentialité</b>	Aucune entrées et sorties injustifiées ; Absence de tierces personnes.

### **II- Démarche clinique et thérapeutique**

<b>Qualification du personnel</b>	Seul un médecin, une sage femme ou une infirmière Obstétricale doit pratiquer une CPN ;
<b>Interrogatoire</b>	<b>1- Pour la première CPN :</b> - Le praticien doit demander les antécédents obstétricaux. On considère qu'il est impératif de s'enquérir au moins du : Nombre de grossesses ; Nombre d'accouchements ; Nombre de naissances vivantes, d'enfants décédés ou la notion de césarienne. Les autres variables ne sont pas exclues, mais elles ne sont pas discriminantes. - Le praticien doit demander les antécédents médicaux. Les informations à recueillir portent sur : l'HTA, le diabète, les affections cardiaques.

	<p>Les autres variables ne sont pas exclues, mais elles ne sont pas discriminantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le praticien doit déterminer la date probable de l'accouchement.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>2- Pour toutes les CPN :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des questions portant sur l'hygiène de vie pendant la grossesse doivent être posées. Cela inclut obligatoirement des questions relatives à l'alimentation. L'activité professionnelle, le travail ménager et le repos sont des questions accessoires.</li> <li>- Le praticien doit questionner la patiente sur le déroulement de la grossesse.</li> </ul>
<b>Examen clinique</b>	<p>Pour que l'examen clinique soit considéré comme étant de qualité, il doit comprendre les différents éléments déterminés par l'âge de la grossesse et le numéro de la CPN :</p> <p><b>1- Pour toutes les CPN et quelque soit l'âge de la grossesse, il faut pratiquer les gestes suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure de la tension artérielle ;</li> <li>- Auscultation cardiaque ;</li> <li>- Palpation de l'abdomen ;</li> <li>- Mesure de la hauteur utérine ;</li> <li>- Recherche des oedèmes.</li> </ul> <p><b>2- Pour toutes les CPN et pour les grossesses du second trimestre, il faut pratiquer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultation des bruits du cœur fœtal.</li> </ul> <p><b>3- Pour toutes les CPN et pour les grossesses du troisième trimestre, il faut rajouter les gestes suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultation des bruits du cœur fœtal ;</li> <li>- recherche position fœtale.</li> </ul> <p><b>4- Pour toute première CPN quelque soit l'âge de la grossesse, il faut rajouter les gestes suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure de la taille ;</li> <li>- Le toucher vaginal ;</li> <li>- La recherche de la boiterie.</li> </ul> <p>La pesée est considérée comme accessoire.</p>

<b>Examens complémentaires et soins préventifs</b>	Les examens de laboratoires doivent être demandés pour toutes les premières CPN. Une prescription médicale préventive doit être systématique.
<b>Hygiène</b>	Le tissu posé sur la table d'examen doit être différent d'une femme à l'autre ; Le praticien doit se laver les mains avant d'examiner la consultante ; Le praticien doit utiliser des gants ou un doigtier ; Le matériel souillé doit être changé (concernant uniquement les gants ou le doigtier).

### III- La continuité des soins

<b>Rendez vous</b>	Le praticien doit dire à la femme de revenir pour la prochaine CPN et lui proposer le moment ;
<b>Signes d'alertes</b>	Le praticien doit expliquer les signes d'alerte et la conduite à tenir en cas de leur survenue ;
<b>Lieu de l'accouchement</b>	Si l'âge de la grossesse est supérieur à 8 mois, le praticien doit dire à la femme où aller accoucher et les raisons.



#### IV- L'autonomisation

<b>Conseils</b>	Le praticien doit donner des conseils sur l'alimentation et le repos.
<b>La femme comme actrice de sa santé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Pour toutes les CPN et quelques soit l'age de la grossesse, le praticien doit :<ul style="list-style-type: none"><li>Annoncer la date probable de l'accouchement ;</li><li>Dire à la gestante comment évolue la grossesse ;</li><li>Expliquer les signes d'alerte et la conduite à tenir en cas de leur survenue.</li></ul></li> <li>- Si des examens complémentaires sont prescrits à la patiente, le praticien doit expliquer les raisons ;</li> <li>- Pour la première CPN et si c'est une première grossesse, le praticien doit également expliquer le déroulement de la grossesse ;</li> <li>- Si l'age de la grossesse est supérieur à 8 mois le praticien doit dire à la femme où aller accoucher et les raisons ;</li> <li>- Si l'age de la grossesse est supérieur à 8 mois et que la femme présente un risque, le praticien doit annoncer à la femme si elle appartient à un groupe à risque.</li></ul>

## Fiche signalétique

**Noms :** Sitouck Wonguem

**Prénom :** Sandra

**Titre de la thèse :** Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

**Année universitaire :** 2005- 2006

**Pays d'origine :** Cameroun

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto- stomatologie de Bamako (FMPOS), BP : 1805 Bamako- MALI

**Secteur d'intérêt :** Obstétrique, santé publique

**Résumé :** L'étude menée dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako d'août à septembre 2005 a été transversale pour l'observation des consultations prénatales, et rétrospective pour les données de la structure. Elle nous a permis de déterminer le niveau actuel de qualité de la structure, des procédures des CPN, et de rapporter la perception des utilisatrices par rapport aux prestations reçues.

Cette étude a révélé que :

- la structure était de niveau III ;
- 71% des CPN étaient réalisées par du personnel qualifié ;
- L'unité de consultation prénatale était sous équipé ;
- L'application des procédures était encore lacunaire ;
- Les gestantes avaient été satisfaites des prestations reçues dans la majorité des cas.

Globalement, nous avons classé le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako sur le plan qualité des CPN niveau III. La qualité de la structure et des procédures des CPN reste encore à améliorer afin d'atteindre le niveau requis (niveau IV). Ainsi nous avons formulé des recommandations dont leur mise en œuvre contribuera à atteindre cet objectif.

**Mots clés :** consultation prénatale, qualité des soins

# **SERMENT D'HYPOCRATE**

*En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**hypocrate**, je promets et je jure au nom de l'**être Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

***Je donnerai mes soins gratuits** à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.*

***Je ne participerai à aucun partage** clandestin d'honoraires.*

***Admis à l'intérieur des maison**, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

***Je ne permettrai pas que** des considérations de religion, de nation, de race, de parti politique ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient*

***Je garderai le secret absolu de la vie humaine** dès la conception. **Même sous la menace**, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

***Respectueux et reconnaissant** envers mes **Maîtres**, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

***Que les hommes m'accordent** leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

***Que je sois couvert d'opprobre** et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**JE LE JURE.**