

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
MALI  
SUPERIEUR ET DE LA  
Foi  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU**

**Un Peuple- Un But- Une**



**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011**

**N°...**

**TITRE**

**EVALUATION DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS PRENATALES  
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II  
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement...../...../2011 Devant  
la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

**Par**

***M. Adama THIAM***

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**  
**(Diplômé d'État)**

**JURY**

**Président :**

**Pr Salif DIAKITE**

**Membres :**

**Dr Samba TOURE**

**Dr Modibo TRAORE**

**Directrice de thèse :**

**Pr SY Assitan SOW**

## Dédicaces

Je dédie ce travail :

**A Allah**, le tout miséricordieux, le très miséricordieux, pour Sa grâce, Son amour, pour la santé, la force et le courage qu'IL m'a donnés pour mener à bien ce travail.

**Au messager Mohamed**, que la paix et le salut soient sur lui, sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivront jusqu'à la fin du monde.

**A mon père Feu Abdoulaye THIAM :**

Mon cher papa, j'aurai aimé du fond du cœur que tu sois encore en vie pour partager ces moments décisifs de ma vie. Hélas, le merveilleux Dieu en a décidé autrement et fervents croyants que nous sommes, nous nous soumettons à Sa volonté. Puisse Allah, le seigneur des cieux et de la terre te pardonner et t'accueillir dans son paradis. Amen.

**A ma mère Sira BAH :**

Ta foi inébranlable en Dieu, ton humanisme, ta générosité ... resteront pour nous un repère sûr. Puisse ce travail être un bonheur pour nous tous. Qu'Allah le tout puissant te garde encore longtemps parmi nous. Amen.

**A toutes mes tantes et oncles :**

Je m'abstiens de citer des noms de peur d'en oublier. Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos bénédictions de tous les jours que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

**A tous mes frères et sœurs :**

Merci pour vos soutiens moraux et matériels. Vous avez été toujours présents à mes côtés même dans les moments difficiles. Soyez rassurés que je vous serai éternellement reconnaissant. Ce travail est le vôtre. Puisse Allah l'omnipotent perdurer entre nous l'entente, l'entraide et la solidarité.

**A tous mes cousins et cousines :**

Ce travail est le vôtre. Je vous remercie tous et recevez à travers ce travail ma profonde reconnaissance. Merci mille fois pour vos soutiens de tous les jours.

**A toutes mes belles sœurs :**

Merci infiniment de m'avoir mis à l'aise dans vos foyers respectifs. Puisse Allah donner à vous-mêmes, à vos enfants et maris respectifs une belle part dans ce monde et une belle part dans l'au-delà.

**A mon beau pays le MALI** dont la générosité m'a permis d'avoir une instruction poussée. Que Dieu me donne la force, le courage, la longévité et surtout une santé de fer pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire. Puisse Allah le très miséricordieux, faire que tous les fils de notre cher MALI s'entendent sur l'essentiel.

## **Mes vifs remerciements**

### **A notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMPOS :**

Merci de votre bonne gestion de cette faculté.

### **A tout le personnel de la FMPOS :**

Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait que la FMPOS jouit d'une renommée internationale. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

### **A mes maîtres formateurs :**

Présentée et soutenue par MONSIEUR Adama THIAM

**Dr Ballan Macalou, Dr Issa Koné, Dr Mamadou Haïdara, Dr Seydou Z Dao, Dr Mohamed Diaby, Dr Ibrahim Diallo.**

Chers maîtres, vos simplicités, vos rigueurs et surtout vos disponibilités font de vous incontestablement de très bons encadreurs. Recevez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance. Puisse Allah le maître du jour du jugement dernier exaucer vos vœux les plus ardents. Amen

**A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune II**

Merci pour l'accueil chaleureux et votre bonne collaboration.

**A toutes les sages femmes du centre de santé de référence de la commune II**

Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

**A tout le personnel de l'unité CPN**

Merci de votre bonne collaboration et du soutien que vous m'avez accordés. Mille fois merci, ce travail est le vôtre.

**A tous mes aînés du centre**

Merci de votre soutien et encadrement.

**A tous mes cadets du centre**

Merci infiniment, patience, courage et persévérance.

**A tous mes amis et particulièrement à Mr Madou Diarra et Mr Boubacar Kanté :**

Ce travail est le vôtre. Je ne vous oublierai jamais. Vous avez été de bons amis et à vos côtés je ne me suis jamais ennuyé. Je vous remercie infiniment tous.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY**

**Professeur SALIF DIAKITE**

**► Professeur honoraire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).**

Honorable maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons bénéficié de votre enseignement de qualité au cours de notre parcours universitaire. L'assiduité, la ponctualité, la clarté, la simplicité et votre haute culture scientifique font de vous un grand maître. Veuillez accepter ici cher

maître l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorder santé et prospérité.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur SAMBA TOURE**

► **Médecin Gynécologue Obstétricien,**

► **Chef de Service Adjoint de Gynécologie Obstétrique**

**au Centre**

**Hospitalier Universitaire**

**Point G,**

► **Enseignant à l'institut national de formation en sciences de la santé**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse, malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur MODIBO TRAORE**

**► Médecin Spécialiste en Santé Publique**

**► Coordinateur du Programme National de Lutte  
contre la Tuberculose à la Direction Nationale de la  
Santé (DNS)**

Cher Maitre,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'amélioration de la qualité de ce travail. Nous avons été touchés par la gentillesse avec laquelle vous nous avez reçus. Cher Maitre, recevez nos sentiments de respect et de reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE  
Professeur SY ASSITAN SOW**

► **Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odontostomatologie.**

► **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**

► **Chevalier de l’ordre national du Mali.**

Honorable Maître,

Nous sommes très sensibles à l’honneur que vous nous avez fait, en nous acceptant dans votre service avec enthousiasme. Nous avons beaucoup appris auprès de vous. La probité, l’honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d’écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand maître. Nous vous prions d’accepter l’expression de nos sentiments de reconnaissance et de profond respect. Qu’Allah vous accorde santé et longévité.

## ABREVIATIONS

**ABOSAC:** *Association Bozolaise de Santé Communautaire*

**ASACOBENKADI :** Association de Santé Communautaire de Bakaribougou

**ASACOHI :** Association de Santé Communautaire de l’Hippodrome

**ASACOME :** Association de Santé Communautaire de Médine

**ATCD :** Antécédent

**BIP :** Bi-pariétal

**BONIABA :** Association de Santé Communautaire de Bozola Niaréla Bagadadji

**BCF:** Bruit du Cœur Fœtal.

**BW:** Bordet Wassermann

**CAT :** Conduite à tenir

**CCC:** Communication pour le Changement de Comportement

**CPN:** Consultation Prénatale

**CPS:** Cellule de Planification et de Statistique

**CSCOM :** Centre de Santé Communautaire

**CSREF:** Centre de Santé de Référence

**DCI:** Dénomination Commune Internationale

**DDR :** Date des dernières règles

**DNSI:** Direction Nationale de la Statistique et de l’informatique

**DPA :** Date Probable d’Accouchement

**ECBU:** Examen Cytobactériologique des Urines

Présentée et soutenue par MONSIEUR Adama THIAM



**EDSM:** Enquête Démographique et de Santé au Mali

**FM :** Frottis Mince

**FNUAP:** Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations

**FV :** Frottis Vaginal

**GE :** Goutte Epaisse

**HU:** Hauteur Utérine

**IST:** Infection Sexuellement Transmissible

**MSSPA:** Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées.

**NFS:** Numération Formule Sanguine

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**ORL :** Oto Rhino laryngologie

**PTME :** Prévention de la Transmission Mère-Enfant

**PMI :** Protection Maternelle et Infantile

**PU :** Prélèvement Urétral

**RPMM:** Réseau africaine de Prévention de la Mortalité Maternelle

**Selles POK :** Parasites Œufs Kystes

**SONU:** Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences

**SP:** Sulfadoxine Pyriméthamine

**UNICEF:** Fond des Nations Unies pour l'Enfance

**USA :** United State of America: États-Unis d'Amérique

**VAT:** Vaccin Anti Tétanique

**VIH:** Virus de l'Immunodéficience Humaine

**VS :** Vitesse de Sédimentation

## SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>I-INTRODUCTION:</b> .....	<b>1</b>
<b>II-OBJECTIFS:</b> .....	<b>3</b>
<b>III-GENERALITES:</b> .....	<b>4</b>
<b>IV-METHODOLOGIE:</b> .....	<b>17</b>
<b>V-RESULTATS:</b> .....	<b>32</b>
<b>VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION:</b> .....	<b>63</b>
<b>VII-CONCLUSION</b> .....	<b>79</b>
<b>VIII-RECOMMANDATIONS:</b> .....	<b>80</b>
<b>IX-REFERENCES:</b> .....	<b>81</b>

## I-INTRODUCTION

La CPN est un suivi médical de la grossesse permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse et de définir le mode de l'accouchement. A cet effet l'Organisation Mondiale de la Santé et les gouvernements ont adopté la politique de la consultation prénatale (CPN) de qualité, les soins dispensés au cours de la grossesse et après l'accouchement.

L'OMS recommande au moins 4 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse [1].

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes reçoivent les soins prénatals de qualité (99%), tandis que dans les pays en développement elles ne sont que de 1%. [1]

En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines grandes villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la CPN et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage femme; à Bamako au Mali: 86,5% des CPN sont faites par les sages femmes; 2,8% par les infirmières et 1,6% par les médecins [2].

Le 10 décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle et communautaire de santé de la reproduction (création et opérationnalisation des structures de santé communautaires ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures) [1].

Par la suite, en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel que défini par la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) dont « les soins prénatals de qualité » sont l'une des composantes [3].

Selon l'OMS, au Mali le pourcentage de femmes ayant fait au moins une CPN pour une raison liée à la grossesse par du personnel qualifié en soins obstétricaux est de 13% en milieu rural et de 83% à Bamako.

Selon l'EDSM 2006, le taux de mortalité maternelle est de 464 sur 100000 naissances vivantes autrement dit au Mali une femme court un risque de 1/24 de décès pendant les âges de procréation (15-49 ans).

Au cours de la même période 1997-2001 pour 57% des naissances la mère avait seulement bénéficié d'au moins d'une CPN auprès du personnel formé.

Par contre environ 3/5 des naissances (60%) se sont déroulées à domicile et 2/5 des naissances (40%) ont été assistées par du personnel de santé.

Pourtant les décès et les handicaps pourraient être évités si les femmes suivaient régulièrement les soins avant et après l'accouchement.

Malgré la valeur et l'intérêt accordés à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur la CPN, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante comme en témoignent les indicateurs. [4]

L'ensemble des femmes enceintes doit par conséquent bénéficier d'une surveillance prénatale et d'un suivi obstétrical de qualité; celles qui y échappent peuvent représenter une population où les risques sont élevés. Malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction au Mali, on ne sait pas encore avec précision le niveau réel de la qualité de la CPN au Mali.

Ce qui nous a amené à initier cette étude dans le csréf de la commune II du district de Bamako.

## **II-OBJECTIFS:**

### **1- OBJECTIF GENERAL:**

Etudier la qualité de la CPN dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako du 01 novembre 2008 au 30 décembre 2008.

## **2- OBJECTIFS SPECIFIQUES:**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
- Décrire les procédures de la CPN dans le CSRéf de la commune II.
- Déterminer le niveau de performance des prestataires.
- Corréler la performance des prestataires et la compliance des femmes.

## **III-GENERALITES:**

### **1- Historique de la consultation prénatale:**

La mise en place de programmes de politique de santé destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme: à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en

Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptibles de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternel et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement. Mais c'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. En 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension internationale et morale.

En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié « de profondément enraciné dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société »

Au cours du XXe siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [1].

Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde.

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du

Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995.

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [1, 9].

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté il y a près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux de Donabedian en 1966, puis dans les pays anglo-saxons et par la suite en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Coll., Lacronique Armogathe et Weil.

Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la réforme hospitalière [5].

## **2. Définitions usuelles:**

### **2.1 L'évaluation:**

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

### **2.2 La qualité des soins:**

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices. [4,14].

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé 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 susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition.

Les soins de qualité sont le résultat d'une dynamique complexe comportant des dimensions multiples. L'entité « soins » comporte des aspects indissociables qui sont:

- la relation soignante soignée (respect de la dignité humaine);

- la démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient;
- la continuité des soins;
- les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse;
- l'autonomisation [10].

### **2.3 Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN):**

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à trois fins essentielles:

- \*Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,
- \*Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,
- \*Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [5].

### **2-4 Politique et normes des services:**

#### **2-4-1 La politique :**

Elle définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité. [3]

#### **2.-4-2 Les normes:**

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert. [3].

### **2.5 Les procédures:**

Elles décrivent des gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [3].

### **2.6 La grossesse:**

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement. [3].

### **2.7 Facteurs de risque au cours de la grossesse:**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée. [5]



### **2.8 Grossesse à haut risque:**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. 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.

### **2.9 La maternité sans risque:**

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence

en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement. [12]

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse. [12]

### **2.10 La mortalité maternelle:**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délais de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en 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. [8].

### **2.11 Taux de mortalité maternelle:**

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer [8].

### **2.12 L'aire de santé ou secteur sanitaire:**

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire [5].

### **2.13 La carte sanitaire:**

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources. [6].

#### **2.14 Le paquet minimum d'activité (PMA):**

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations [6].

#### **2.15 L'évacuation:**

C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement. [5].

#### **2.16 Référence:**

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence [5].

### **3. LES ASPECTS TECHNIQUES DE LA CONSULTATION PRENATALE:**

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

- 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.

Le diagnostic de la grossesse est très facile même dans les deux premières semaines.

Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évaluer le pronostic de cette grossesse débutante, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale [13].

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois fins 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 risque décelé;
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence [9].

#### **3.1 CONSULTATION PRENATALE RECENTREE**

### 3.1.1 CONCEPT:

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que le nombre de visites.

Elles reconnaissent que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent. [3]

### 3.1.2 CONDITION ET PRINCIPE DE LA CPN RECENTREE:

✓ **Conditions:** Ce sont:

- Un prestataire qualifié.
- L'éducation sanitaire.

✓ **Principes:** Ce sont:

- La détection et le traitement précoce des complications de la grossesse.
- La promotion des moustiquaires imprégnées.
- L'utilisation de la SP pour la chimio prophylaxie.
- La préparation à l'accouchement.

La consultation prénatale recentrée programme au moins quatre visites au cours de la grossesse.

- Première visite: Avant 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée, ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.
- Deuxième visite: entre la 15<sup>ème</sup> et la 27<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.
- Troisième visite: entre 28<sup>ème</sup> à 34<sup>ème</sup> semaines d'aménorrhée.
- Quatrième visites : à la 36<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

Au cours de cette dernière, l'examen du bassin est impératif. Le praticien doit déterminer le pronostic de l'accouchement, la voie d'accouchement ainsi que le lieu d'accouchement.

### 3.2 LES MOYENS TECHNIQUES UTILISES AUX DIFFERENTES PERIODES DE LA GROSSESSE:

### **3.2.1 La première CPN:**

Elle doit être faite pendant le premier trimestre de la grossesse.

Elle comporte les temps suivants:

#### **3.2.1.1 L'interrogatoire des femmes enceintes:**

Cet interrogatoire doit respecter des règles de confidentialités et discrétion, afin que la femme n'hésite pas à répondre à toutes les questions.

Outre le diagnostic de la grossesse, il faut rechercher:

- le début de la grossesse (date des dernières règles);
- les signes sympathiques de la grossesse: ils apparaissent vers la fin du premier mois. Il s'agit: des nausées, des vomissements, de tension mammaire, de météorisme abdominal, d'irritabilité et de fatigue.

- les antécédents:

- ° Médicaux: toute anomalie antérieure à la grossesse, mais pouvant avoir une incidence sur la grossesse actuelle: HTA, cardiopathie, diabète, infection urinaire, asthme.

- ° Familiaux: en particulier les maladies héréditaires (drépanocytose, asthme, diabète...).

- ° Chirurgicaux: utérus cicatriciel, traumatisme ou intervention sur le petit bassin.

- ° Obstétricaux: il s'agit des antécédents de fausses couches, d'interruption volontaire de grossesse, de stérilité, des grossesses antérieures et leur déroulement (menace d'accouchement, prématurité, HTA, etc.) et de la modalité au cours de l'accouchement (terme à l'accouchement, travail spontané ou déclenché, durée du travail, épisiotomie, forceps, césarienne, complication de la délivrance), poids des enfants à la naissance et pathologies du nouveau-né;

- ° Les antécédents de maladies: diabète, HTA, infection urinaire, cardiopathie, pneumopathie, etc.

- ° Les habitudes alimentaires: tabac, alcool, drogue, ration alimentaire, etc.

- ° La nature, l'intensité et les horaires du travail.

#### **3.2.1.2 Examen physique:**

L'examen se fait sur une femme déshabillée. Il précisera le poids, la taille, la mesure de la pression artérielle, la fréquence cardiaque et l'auscultation cardio-pulmonaire.

Il sera complété par un examen gynécologique (palpation des seins, l'examen au spéculum et toucher vaginal)

#### **3.2.1.3 Examens complémentaires:**

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatale en vigueur au Mali [14], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse:

- le groupe sanguin et rhésus;
- la recherche des albumines et sucres dans les urines;
- le BW
- le test d'EMMEL
- la numération formule sanguine
- la glycémie à jeun
- sérodiagnostic de rubéole et celui de la toxoplasmose; plus ou moins la recherche de la syphilis (VDRL, TPHA), et la sérologie du SIDA qui n'est pas obligatoire.

Il faut faire une échographie de datation en cas de doute sur le terme, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite ultérieure à tenir.

### **3.2.2 La deuxième CPN:**

Elle est faite pendant le deuxième trimestre.

A ce stade de la grossesse, le médecin et les sages femmes ont un rôle essentiel de surveillance et de prévention.

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

Vers 22SA lors de la première grossesse, plus tôt pour les suivantes, la femme perçoit les mouvements actifs du fœtus ; d'abord simple frôlement, ils prennent peu à peu de la force et de la netteté.

L'activité cardiaque fœtale est contrôlée à chaque examen par les ultrasons, mais avec le stéthoscope, les bruits du cœur n'étaient audibles qu'à partir de 24SA.

**3.2.2.1 L'interrogatoire:** va rechercher les éléments nouveaux, les éventuels risques menaçant et la mère et le fœtus.

**3.2.2.2 L'examen:** Mesure de la hauteur utérine; le reste est le même qu'au premier trimestre.

Cependant, le toucher vaginal doit être fait avec minutie et précision (le col et ses modifications), en effet c'est au cours du deuxième trimestre que peuvent déjà survenir les menaces d'interruption de grossesse, notamment par béance du col.

Lors de chaque examen qui devra être répété chaque mois, seront contrôlées la prise du poids (ne doit pas dépasser 2kg par mois à ce stade), la mesure de la tension artérielle

(doit rester inférieure à 140/90mmhg). On recherchera le sucre et l'albumine dans les urines, les anticorps immuns si la femme est Rh négatif.

Une échographie de principe sera demandée entre 19 et 21SA dans le but essentiel de reconnaître les 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'intérêt des CPN à cette période est la recherche des facteurs de risques et la mise en œuvre sans plus tarder de leur traitement préventif ou déjà curatif.

### **3.2.3 Le dépistage des grossesses à risque:**

#### **3.2.3.1 Les facteurs de risque:**

Un facteur de risque est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée.

-Grossesse à risque: c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Ils sont classés en trois catégories:

- ° Les facteurs de risques présents avant même la grossesse.
- ° Ceux qui apparaissent au cours de la grossesse.
- ° Enfin les derniers qui surviennent au cours de l'accouchement.

#### **3.2.3.2 Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse: Ils sont:**

.L'âge inférieur à 16 ans et supérieur à 35 ans; Taille: inférieur à 1,50m

.La multiparité supérieure à 6; Le niveau d'alphabétisation

.Le statut matrimonial; Les conditions socio-économiques basses; poids inférieur à 40 kg; les travaux intenses;

.L'intervalle inter génésique inférieur à 24 mois; les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra-utérine, avortement à répétition, stérilité secondaire, accouchement prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle,)

.Les pathologies cardio-respiratoires sévères.

#### **3.2.3.3 Les facteurs de risque au cours de la grossesse: Ce sont:**

La métrorragie, l'HTA, la toxémie ou la pré-éclampsie, les infections, le paludisme+++, l'anémie, la malnutrition, les grossesses multiples, les présentations vicieuses, l'éclampsie....

#### **3.2.3.4 Les facteurs de risque apparaissant au cours de l'accouchement:**

Eclampsie, des hémorragies de la délivrance, placenta prævia, rupture utérine, souffrance fœtale.

### **3.2.4 POUR LES CONSULTATIONS ULTERIEURES:**

**3.2.4.1 Interrogatoire:** précise les éléments nouveaux tels que les plaintes de la femme, recherche les signes des pathologies intercurrentes.

**3.2.4.2 Examen physique:** il sera complété par la recherche des œdèmes, le palper abdominal pour préciser la taille et la présentation du fœtus, et l'auscultation des bruits du cœur fœtal.

**3.2.4.3 Examen au neuvième mois:** il faut évaluer les modalités de l'accouchement. L'examen général recherche les éléments cités précédemment.

**3.2.4.4 Examens complémentaires:** idem à la première consultation.

Les examens, sont orientés selon la pathologie décelée au cours de la CPN.

Le nombre d'échographie sera augmenté en cas de grossesses gémellaire, de retard de croissance in utero, de diabète gestationnel et à terme en cas de bassin rétréci (pour évaluer les mensurations fœtales);

### **3.2.5 SURVEILLANCE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS:**

La grossesse pendant cette période sera surveillée comme précédemment. C'est au cours de ces dernières consultations que le pronostic de l'accouchement sera porté et l'agent de santé doit aider la gestante et sa famille à :

1. Identifier le lieu de l'accouchement.
2. Identifier la personne qui va effectuer l'accouchement
3. Savoir comment contacter cette personne.
4. Prévoir comment se rendre au lieu d'accouchement.
5. Identifier la personne qui va accompagner et lui tenir compagnie.
6. Identifier la personne qui va s'occuper des enfants et de la famille en l'absence de la gestante.
7. S'accorder sur la personne qui va autoriser la gestante à aller à la maternité.
8. Epargner pour financer le coût de l'accouchement et des complications éventuelles.
9. Préparer un paquet contenant du savon et des habits propres pour la mère et l'enfant.

10. Prévoir un donneur de sang éventuel.

*La préparation du plan d'accouchement doit commencer dès la première visite de CPN*

## **IV-Méthodologie**

### **1. Cadre d'étude :**

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Dispensaire puis PMI (Protection Maternelle et Infantile) jusqu'en 1998, date à laquelle il fut érigé en centre de santé de référence.



Deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Les centres de santé communautaires dont 5 en commune II : ASACOHI (Hippodrome), ASACOME (Médine), ASACOBenkadi (Bakaribougou), Boniaba (Niarela), ABOSAC (Bozola) et une mutuelle Valentin de Pablo (TSF) sont le troisième niveau. Les hôpitaux constituent le premier niveau.

### **Situation géographique et service**

La commune II couvre une superficie de 17km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267km<sup>2</sup>.

Elle est limitée :

- Au nord par le pied de la colline du Point G,
- Au sud par le fleuve Niger,
- A l'est par le marigot de Korofina,
- A l'ouest par la route goudronnée N°Boulevard du peuple passant par l'IOTA traversant le grand marché jusqu'au Pont des Martyrs.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médinacoura, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'gomi).

Le centre de santé de référence se trouve à Missira rue 283 porte1015. Il comporte plusieurs services :

- L'administration,
- Le bureau des entrées,
- L'infirmerie,
- Le laboratoire,
- La pharmacie,
- Le service d'odontostomatologie,
- Le service d'oto-rhino-laryngologie
- Le service d'ophtalmologie,
- Le service de médecine,
- Le service de pédiatrie,
- Le service du programme élargi de vaccination (PEV),
- Le service social,

### **-Le service de gynécologie-obstétrique :**

#### **a) Description :**

Il occupe le rez-de-chaussée. A l'étage se trouvent l'administration et les autres services.

Il comporte :

- Un bloc opératoire,
- Un bureau de la sage femme maitresse,
- Une salle de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Une salle de médecins en spécialisation en gynécologie-obstétrique,
- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement,
- Une salle de prise en charge des nouveau-nés,
- Une salle d'échographie,
- Une salle de garde pour les infirmiers anesthésistes et réanimateurs,
- Trois salles d'hospitalisations contenant cinq lits chacune,
- Une toilette externe pour le personnel,
- Une unité de consultation prénatale,
- Une unité de consultation postnatale,
- Une unité de prévention de la transmission mère-enfant(PTME),
- Une unité de consultation gynécologie et de grossesse à haut risque,
- Une unité de suite de couche immédiate.

**b) Le Personnel :**

IL comprend :

- Une spécialiste en gynécologie-obstétrique qui est le chef de service,
- Six médecins, un pharmacien
- Dix-sept étudiants en médecine faisant fonction d'internes,
- La sage-femme maitresse,
- Vingt quatre sages-femmes,
- Deux assistants médicaux en anesthésie réanimation et un infirmier anesthésiste réanimateur
- Vingt aides-soignantes,
- Cinq manœuvres,
- Trois chauffeurs.

**c) Fonctionnement :**

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre, un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales qui fonctionne également vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par la gynécologue obstétricienne deux jours par semaine (Lundi-Mercredi) .Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières-obstétriciennes et des aides-soignantes sauf le dépistage du cancer du col de l'utérus les mardis et les mercredis.

Une équipe de garde composée de médecins en spécialisation, d'étudiants en médecine, de sage-femme, d'infirmière obstétricienne, d'infirmier anesthésiste réanimateur, d'aides-soignantes, de manœuvres, d'un chauffeur d'ambulance supervisée par le professeur assure le travail 24H/24.

Régulièrement, un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente où l'équipe de garde effectue le compte rendu de leurs prestations. Le staff est dirigé les lundis et les mercredis par le chef de service de gynécologie-obstétrique. Une à deux fois/semaine (mercredi ou vendredi à 11heures) un exposé est organisé pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment rencontrées dans le service.

## **2. Période de l'étude :**

Elle s'est déroulée du 01 novembre 2008 au 30 décembre 2008 soit une période de 2 mois.

## **3. Population d'étude :** Il s'agit :

-Du personnel médical (une gynécologue obstétricienne, deux médecins, quatre sages-femmes, deux infirmières-obstétriciennes et quatre aides-soignantes).

-Des gestantes admises dans le service pour CPN.

## **4. Echantillonnage :**

### **4.1 Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans l'étude toutes les gestantes venues à la consultation prénatale durant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'étude.

### **4.2 Critères de non inclusion :**

N'ont pas été incluses dans l'étude les gestantes ayant refusé de se soumettre à l'examen et à notre questionnaire. Les parturientes ont été exclues.

### **4.3 Technique et déroulement de l'échantillonnage :**

C'est une étude qualitative ayant porté sur 200 gestantes qui se sont présentées au centre pour solliciter des soins et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et à nos questions. C'est une étude transversale sur la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques des prestataires et l'opinion des gestantes.

Elle a consisté à observer les prestataires (sage-femme, infirmière, obstétricienne) dans la réalisation des gestes techniques et à noter ce qui est fait et ce qui ne l'est pas ; dans une grande discrétion à questionner la gestante sur ses opinions.

### **5. Type d'Etude :**

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive transversale.

Cette étude s'est donc inspirée du postulat d'ADEVIS DONABEDIAN sur l'évolution de la qualité des soins et services et comporte :

- Une étude des structures.
- Une étude de procédures et des résultats.

### **6. Critère de jugement :**

Nous nous sommes référés sur la politique sectorielle de santé et sur les normes et procédures en CPN au Mali.

### **7. Collecte des données:**

Elle a été faite selon des questionnaires individuels:

- 1 questionnaire pour l'étude de la structure sanitaire.
- 1 questionnaire pour l'opinion des gestantes.
- 1 questionnaire pour l'observation des consultations prénatales.

L'ensemble de ces questionnaires est annexé à ce document.

La technique de collecte des données a été faite par une interview et une exploitation des documents tels que les carnets et ou les registres des sages femmes.

L'étude de la structure a reposé sur un recueil rétrospectif des données du centre de santé. Elle a consisté en une description des capacités de production (locaux, ressources humaines, équipements du centre) ; et celle de la description de l'organisation du travail.

Elle a porté également sur une observation transversale de la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et sur l'opinion des gestantes en ce qui concerne les prestations qui leur sont offertes par le personnel du centre de santé.

Ces supports des données sont également portés à l'annexe.

### **8. Les variables étudiées :** Il en y a deux types :

- Les variables dépendantes : la qualité des consultations prénatales.

-Les variables indépendantes : la durée de l'étude ; la qualification des agents (Sage femmes, Infirmières obstétriciennes, Médecins, l'âge, le sexe) ; l'existence d'une salle de CPN ; l'existence du personnel ; l'ancienneté des agents dans le service.

L'étude a porté sur :

### **8.1 La structure :**

Pour apprécier le niveau de qualité au centre de santé, 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, la ventilation, l'aération et l'orientation des ouvertures).
- 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) ;
- L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et le hangar pour la vaccination) ;
- Les autres salles du centre (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 la communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

### **8.2 Procédure de la CPN :**

L'observation portait sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques de la gestante

- La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante
- L'accueil
- Le nombre de CPN réalisées
- La réalisation des gestes techniques de l'examen clinique
- Les soins préventifs
- Les relations humaines
- La prescription
- Les conseils donnés à la gestante
- Les rendez-vous

L'opinion de la gestante sur la qualité des soins

### **9. La Procédure de l'enquête :**

Le déroulement de l'étude a été le suivant :

~Les observations ont été faites dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passive. Les fiches d'enquêtes utilisées ont permis de répondre rapidement aux questions.

~L'opinion des gestantes a été demandée à la sortie de la salle de consultation après l'observation.

### **10. Plan d'analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur logiciels Word, Excel version 2007 et SPSS version 11.0.

### **11. Niveau de qualité de la structure :**

Les exigences et attentes pour effectuer un service de qualité dans la structure sanitaire sont définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité de soins en milieu urbain. Ces références sont en rapport avec :

#### **Les normes architecturales:**

- Matériaux de construction: Les bâtiments en ciment, bien peints avec une toiture en dalle.
- Etat du local: Il est en bon état. Les murs sont sans fissuration, bien peints avec des portes et des fenêtres en bon état.
- Système de protection contre la poussière ; la clôture.
- Système de ventilation et d'aération.

- **Le dispositif en place pour l'accueil :**

- Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées fonctionnel
- Présence et qualification du personnel d'accueil : Il est composé de deux comptables, une technicienne supérieure de la santé et une aide-soignante.
- Existence de pancarte pour l'orientation des différents services.

- **La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :**

- Structure de la salle: L'unité de CPN est constituée d'une salle pour l'interrogatoire et l'enregistrement des gestantes. A l'intérieur de la dite salle se trouvent un bureau, deux armoires. Il s'y trouve également un box en contre plaque pour l'examen physique. A l'intérieur du dit box se trouve une table gynécologique.

⇒ **L'existence et la fonctionnalité du laboratoire :**

- Equipement adéquat
- Personnel: Il comprend un assistant médical biologiste, quatre techniciens de santé et une aide-soignante.
- Formation du personnel: Il est organisé au moins une fois par an à l'Institut National de Recherche en Santé Publique une formation à l'intention du personnel sur des techniques de diagnostic sur le paludisme, le virus de l'immunodéficience humaine-SIDA (syndrome immunodéficience acquise) et la tuberculose.

⇒ **Le depot de médicaments :**

- Normes architecturales: IL s'agit d'une salle en ciment, climatisée avec une toiture en dalle. A l'intérieur de la dite salle se trouvent un magasin et des réfrigérateurs.
- Equipement: Les médicaments sont disposés dans des rayons. Il y'a deux réfrigérateurs, deux climatiseurs et des fiches de stocks. La pharmacie est informatisée et est sur réseau.
- Mode d'approvisionnement : IL est assuré par les grossistes agréés par l'état en première position par la Pharmacie Populaire du Mali et ensuite viennent les autres pharmacies privées. L'approvisionnement des médicaments se fait trimestriellement après l'inventaire.

- Personnel: Il comprend un pharmacien, une technicienne supérieure de santé, un comptable et deux aides- soignantes
- Formation du personnel: Il est organisé annuellement ou tous les deux ans, une formation de recyclage à la direction nationale de la santé à l'intention du personnel.

⇒ **Etat des toilettes :**

- Normes architecturales; Il s'agit des toilettes en ciment avec des toitures en dalles sans fissuration ni sur le mur ni sur les toits et bien peints.
- Equipement: Ce sont des toilettes avec un carrelage à l'intérieur, des lavabos et des touches. Elles disposent d'un système d'aération et des fosses septiques pour l'évacuation des égouts.
- Propreté: Les toilettes pour le personnel sont propres mais sales pour les patientes.

- **système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets**

- Robinets ou puits: Ils sont en bon état.
- Poubelles : Elles sont en plastique et en bon état. Les déchets sont emmenés journalièrement au CHU du Point G pour incinération.
- Incinérateur : Il est inexistant.

⇒ **Système d'éclairage et de communication :**

- Téléphone (fixe et mobile) fax, Internet fonctionnel
- Réseau Public d'électricité de la société d'Énergie Du Mali Société Anonyme et groupe électrogène sont fonctionnels

**12. Système de classement :**

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour critère de l'observation et l'opinion de la gestante. Chaque référence composée de critère a été cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliquée à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut réaliser pour les treize références est de 52. Le détail sur les cotations est représenté dans le **tableau I en annexe**. L'échelle de l'évaluation se présente comme suit:

**Niveau IV:** 95 à 100% de score maximal soit un score total de 49,4 à 52.

**Niveau III:** 75 – 94% de score maximal. Soit un score total de 39 – 48,88

**Niveau II:** 50 – 74% de score maximal soit un score total de 26 – 38,48.

**Niveau I:** moins de 50% de score maximal soit un score total de moins de 26.



Le niveau de qualité des accouchements et des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires.

**L'analyse a porté sur deux types d'échelle :**

- **Une première échelle où les CPN sont dites :**
  - de Bonne qualité si toutes les variables discriminatoires sont réalisées;
  - de moins bonne qualité si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée
- **une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité :**
  - Elevé (Q4) 95 –100% des gestes de la dimension sont réalisés
  - Assez élevé (Q3) 75 – 94, 99% des gestes de la dimension sont réalisés
  - Moyen (Q2) 50 – 74,99% des gestes de la dimension sont réalisés.
  - Faible Q1 moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés.

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus.

C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la proportion de gestantes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 ; Q3) et d'avoir un classement par le niveau du dit centre ces critères du classement ont été

**Niveau IV :** 75 à 100% des gestantes recevaient des soins de bonne et d'assez bonne qualité

**Niveau III :** 50 – 74,99% des gestantes recevaient des soins de bonne et assez bonne qualité

**Niveau II :** 25 à 49,99% des gestantes recevaient des soins de bonne et assez bonne qualité.

**Niveau I :** moins de 25% des gestantes recevaient des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

**13. POUR L'ETUDE ANALYTIQUE:** Elle analyse la relation entre un facteur d'exposition et un phénomène de santé. Elle comprend :

**a) Une étude transversale :** Le principe est de mesurer à un moment donné la fréquence de l'exposition et la fréquence du nombre total de personnes présentant le phénomène de santé.

**b) Une étude exposés/non exposés ou < de cohorte > (étude longitudinale :** Une cohorte est définie comme un groupe de sujets, sélectionnés selon les caractéristiques

particulières, et suivi au cours du temps. Elle consiste à comparer les incidences du phénomène de santé étudié dans deux groupes : le groupe exposé au facteur étudié et le groupe non exposé au facteur étudié. Elle peut être :

**-Prospective :** Lors de mise en place de l'enquête, le phénomène de santé étudié n'est pas encore survenu. C'est le suivi de la population qui permet d'enregistrer l'événement.

**-Rétrospective(ou cohorte historique) :**L'événement recherché s'est produit avant le début de l'enquête. On recherche les informations dans le <passé>.

Ainsi nous avons évalué le niveau de qualité des prestations suivant certaines rubriques. Pour chaque item nous avons adopté la cotation de 0 à 1. Pour chaque rubrique le score total attendu dépendait du nombre des questions en faveur. Notre appréciation a été relevée par le taux de bons scores sur le total des points attendus multiplié par 100.

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes:

**- Au niveau de l'accueil:**

Q14+Q15 -Langue de communication; consultante comprenait-elle la langue ?

Q16- A-t-on fait appel à un interprète ?

Q17- Salutation conforme aux convenances sociales

Q18- La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ?

Q19- Demande du carnet de grossesse précédente.

Score maximum attendu = 5

Score minimum attendu = 0.

**- Au niveau de l'examen physique:**

Q63- Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation

Q64- Pesée

Q65- Mesure de la taille

Q66- Recherche d'une boiterie

Q67- Aider à monter sur la table

Q68- Examen des conjonctives

Q69- Mesure de la TA (cmhg)

Q70- Auscultation cardiaque

Q71- Auscultation pulmonaire

Q72- Palpation de l'abdomen

Q73- Mesure de la hauteur utérine (HU)

Q74- Auscultation du bruit du cœur fœtal

Q75- Position du fœtus

Q76- Examen au spéculum

Q77- Toucher vaginal

Q78- Recherche des œdèmes

Q79- Aider à descendre de la table.

Q93-Dire le résultat de l'examen à la gestante

Score maximum attendu =18

Score minimum attendu = 0.

**- Relations humaines:**

Q90- Gentillesse du ton

Q91- Attitude envers la gestante

Q92- Manifestation d'intérêt pour la gestante

au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ?

Q95- A-t-il demandé à la consultante de revenir ?

Q96- Lui a-t-il précisé quant ?

Q97- Présence de tierce personne pendant la consultation.

Score maximum attendu =6

Score minimum attendu = 0.

**- Au niveau des Conseils:**

Q100- A-t-on donné des conseils

Q101- A-t-on expliqué les signes d'alerte ? Et que faire s'ils survenaient ?

Q102- Si oui quels sont les signes d'alerte ?

OPC32- Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ?

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu =0.

**- Au niveau de l'hygiène:**

Q103- Un tissu est-il posé sur la table d'examen ?

Q104- Si oui est-il fourni par le centre ?

Q105- Est-il différent pour celui des femmes précédentes ?

Q106- Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner une autre consultante ?

Q107- Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ?

Q108- À la fin de la consultation le matériel est-il changé ?

Q109- Le matériel est-il correctement nettoyé ?

Q110- Le matériel est-il correctement désinfecté ?

Q111- Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?

Q112- Si oui laquelle ?

Score maximum attendu = 10

Score minimum attendu = 0.

**- Au niveau de la conclusion:**

Q113- Le praticien a-t-il tiré une conclusion ?

Q114- Référence vers un autre établissement +Q15- Nom de l'établissement de référence.

Q116- Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA ?

Q117- Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ?

Q118- Lui a-t-il dit où aller accoucher ?

Q119- Lui a-t-il dit pourquoi ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

**- Respect physique et psychique:**

OPC8- L'ordre de passage a-t-il été respecté ?

OPC9- Comment étiez vous installé pendant l'attente ?

OPC11- Avez-vous trouvé l'attente longue ?

OPC12- La personne qui vous a reçu a-t-elle été agréable ou désagréable envers vous ?

OPC13- Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous ?

OPC17- Avez-vous été satisfaite ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

**- Respect de l'intimité:**

OPC15- Votre intimité a-t-elle été respectée ?

OPC81- Examen à l'abri des regards ?

OPC99- Y avait-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de consultation.

Score maximum attendu =3

Score minimum attendu = 0.

**- Respect de la confidentialité:**

Q97- Présence de tierce personne pendant la consultation

OPC14- Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle (secret médicale).

Score maximum attendu = 2

Score minimum attendu = 0.

#### **14. DEFINITIONS OPERATOIRES:**

##### **–Grossesse multiple:**

C'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus deux ou plus de deux fœtus.

–**Primigeste** = il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.

–**Paucigeste** = c'est une femme qui est à sa deuxième, troisième ou quatrième grossesse.

–**Multigeste**= c'est une femme qui est à sa cinquième ou sixième grossesse.

–**Grande multigeste**= il s'agit d'une femme qui fait sept grossesses ou plus

–**Nullipare** = il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.

–**Primipare** = c'est une femme qui a accouché une fois.

–**Paucipare** = c'est une femme qui a accouché deux, trois ou quatre fois;

–**Multipare** = c'est une femme qui a accouché cinq ou six fois.

–**Grande multipare**= il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

–**La durée de la CPN**= Le temps mis pour une consultation prénatale.

## **V-Résultats**

### **1- Etude des structures :**

#### **L'étude comporte:**

- Les données physiques (locaux, équipements), les données humaines

- La description des capacités de protection (locaux et équipement) et des ressources humaines

**L'unité de consultation prénatale est constituée de :**

- Un couloir servant de lieu d'accueil avec 3 bancs, à l'entrée du dit couloir, y siège un point pour la vaccination antitétanique.
- Une pièce pour l'interrogatoire / l'enregistrement des gestantes cette salle non climatisée est dotée d'une toise, d'un appareil à tension et d'une pèse personne.
- Un box à l'intérieur de la salle pour l'examen physique et le counseling car le dépistage du VIH est systématique chez les nouvelles après counseling.

**NB:** Chaque fois que la sage femme rentre avec une gestante dans le box de consultation, ce box est fermé jusqu'à la fin de la consultation et ou du counseling.

La protection contre la poussière et les mouches est de bonne qualité au niveau de la salle de CPN.

- Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques. L'unité de CPN compte : un bureau, 2 bancs, 2 armoires, une table métallique, une table gynécologique.
- Inventaire des petits équipements : une pèse personne, une toise, un tensiomètre, un stéthoscope médical, un stéthoscope obstétrical, 9 spéculums de bonne qualité, un mètre ruban. Le personnel est composé de 4 sages-femmes assurant la permanence tous les jours ouvrables, 2 infirmières obstétriciennes et les stagiaires.
- Les locaux sont en très bon état : Vitre, grillage, rideau, ventilateur, un lavabo avec un robinet fonctionnel.

**Système de tarification:**

- La 1<sup>ère</sup> visite la gestante paye 700FCFA (500 FCFA pour le carnet de suivi et la consultation) et 200 F CFA si elle n'a pas de carnet de vaccination,
- 500 FCFA pour chaque consultation ultérieure.

**Une pharmacie :** avec des médicaments en DCI approvisionnés essentiellement par la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et accessoirement par d'autres marchés privés. Le coût moyen des médicaments était de 1968 FCFA.

**Les moyens de transports :**

Le centre de santé de référence de la commune II dispose d'une ambulance et d'un véhicule TOYOTA 4X4, tous deux en bon état. Ils assurent la liaison entre le centre et les autres structures de santé. Leur maintenance est assurée par le garage SEPAU (Service d'Entretien Park Auto). Le csréf de la commune II dispose également d'une motocycliste pour le transport du courrier et d'une tricycliste pour le transport des déchets biomédicaux.

## V RESULTATS

### 1. ETUDE DES STRUCTURES :

#### 1.1 Etude descriptive de la structure :

**Tableau I :** Niveau de la qualité des structures au CSREF CII.

References	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Norme Architecturale	+				4	Protection contre la poussière et les moustiques, satisfaisante.
2. Dispositif d'accueil et orientation	+				4	Disponibilité du personnel assistant
3 Structure / équipement CPN		+			3	Matériel technique de bonne qualité mais incomplet
4. Equipement de la salle d'attente				+	1	Pas de salle d'attente (Existence d'un couloir servant de salle d'attente)
5. Unité de consultation – Gynécologique	+				4	Matériel complet (salle de consultation avec box)
6. Unité suite de couche immédiate	+				4	Une salle ave 5lts, aération et ventilation suffisante
7. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des médicaments	+				4	Protection suffisante contre la poussière, climatisation satisfaisante. Initiative de Bamako IB) est. appliquée. Le coût moyen des médicaments est 1968FCFA.
8. Laboratoire fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens biologiques

						les plus courants : groupage rhésus, taux Hémoglobine, BW, HIV, NFS, VS, Goutte épaisse, examen du crachat pour la recherche de la tuberculose.
9. Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée, propriété insuffisante. Les toilettes sont au nombre de 9. Il en a 3 pour patients dont 2 pour femme et 1 pour homme.
10. Bloc opératoire		+			3	Matériel technique complet absence de service de réanimation adéquate
11. Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets	+				4	L'approvisionnement en eau est assuré par l'Énergie Du Mali Société Anonyme. Incinérateur inexistant, les déchets sont emmenés journalièrement au CHU du Point G pour incinération.
12. Unité d'hospitalisation		+			3	3 salles avec 5 lits chacun. Propreté, ventilation, protection anti-moustique satisfaisante.
13. Système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public. Téléphone pour la réception, le groupe électrogène est fonctionnel.

NB : A=4 ; B=3 ; C=2 ; D=1.

+ = désigne le niveau de qualité coché. Score maximal( SC.Max)=52

## 1.2 Etude analytique de la structure :

### Niveau de la qualité :

Niveau 4 : 95-100%SC.MAX soit 48 à 52

Niveau 3 : 75-94%SC.MAX soit 40 à 47,99

Niveau 2 : 50-74%SC.MAX soit 30 à 39,99

Niveau 1 : moins de 50%SC.MAX soit moins de 30

Le centre est de niveau III en rapport avec la qualité satisfaisante des références évaluées soit un score de 45/52 (86,53%).



## **2. Etude des procédures**

### **2.1 Etude descriptive :**

#### **2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :**

**Tableau II :** Répartition par tranche d'âge des gestantes

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
≤19 ans	23	11,5
20-24ans	68	34
25-29ans	47	23,5
30-34ans	39	19,5
35-39ans	18	9
40ans et plus	5	2,5

La tranche d'âge de 20-24 ans était la plus représentée avec un taux de 34%. L'âge moyen était de 23, 64 ans avec des extrêmes allant de 15ans à 45 ans. 11, 5% avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans et 2,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40ans.

**Tableau III:** Répartition des gestantes en fonction du niveau d'alphabétisation

<b>Niveau d'alphabétisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
Non scolarisées en français		
	106	53
Primaire	48	24
Secondaire	19	9,5

Supérieur	11	5,5
Enseignement coranique		
	16	8

Plus de la moitié (53%) des gestantes était non scolarisée en français.

**Tableau IV:** Répartition des gestantes en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
	<b>N=200</b>	
Ménagère	162	81
Elève/Etudiante	10	5
Vendeuse	16	8
Commerçante	6	3
Fonctionnaire	4	2
Autres	2	1

Autres : Teinturière (01) coiffeuse (01).

Les ménagères étaient les plus représentées dans notre échantillon (81%).

**Tableau V:** Répartition des gestantes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
	<b>N=200</b>	
Mariée	180	90
Célibataire	19	9,5
Veuve	1	0,5

La quasi-totalité (90%) des gestantes était mariée. Aucun cas de divorcée n'a été enregistré au cours de notre étude.

**Tableau VI:** Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisées.

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
Aucune CPN au préalable		
	15	7,5
1-2 CPN	25	12,5
3CPN	106	53
4 et plus	54	27

Plus de la moitié des gestantes (soit 53%) était à leur troisième CPN.

**Tableau VII:** Répartition des gestantes en fonction de la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
Primigeste	59	29,5
Paucigeste	67	33,5
Multigeste	61	30,5
Grande multigeste	13	6,5

Les paucigestes étaient majoritaires soit 33,5% de l'échantillon.

**Tableau VIII:** Répartition des gestantes en fonction de la parité

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	

Nullipare	52	26
Primipare	42	21
Paucipare	56	28
Multipare	37	18,5
Grande multipare	13	6,5

28% des gestantes étaient paucipares.

**Tableau IX** : Répartition des gestantes en fonction de l'âge de la grossesse.

<u>L'âge de la grossesse</u>	<u>Effectif</u>	<u>Pourcentage</u>
	<b><u>N=200</u></b>	
1 <sup>er</sup> trimestre	58	29
2 <sup>ème</sup> trimestre	81	40,5
3 <sup>ème</sup> trimestre	61	30,5

40,5% des gestantes étaient au second trimestre de leur grossesse.

## **2.2 Domaines de qualité**

### **2.2.1 L'interaction gestante-personnel de soins prénatals :**

#### **-Respect physique et psychique :**

**Tableau X** : Répartition des gestantes en fonction des conditions d'accueil.

<u>Conditions d'accueil</u>	<u>Effectif</u>	<u>Pourcentage</u>
	<b><u>N=200</u></b>	
Gentillesse du ton	181	90,5

Bonne attitude envers la gestante	188	94
Manifestation d'intérêt pour la gestante	198	99
Salutations d'usage au départ	192	96
Invite à s'asseoir	200	100

Le respect physique et psychique étaient satisfaisants dans 95,9% des cas donc le centre est de niveau IV dans ce domaine.

### **-Respect de l'intimité**

**Tableau XI** : Répartition des gestantes selon la qualité du respect de l'intimité de la gestante.

<b>Qualité du respect de l'intimité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
Présence de tierces personnes pendant l'interrogatoire	10	5
Présence des accompagnateurs	0	
Présence de tierces personnes pendant		

---

 l'examen physique

(obstétrical)

0

---

L'intimité de la gestante n'était pas respectée dans 5% des cas, donc respectée dans 95% des cas. De ce fait, le centre est de niveau IV dans ce domaine.

### **-Respect de la confidentialité**

**Tableau XII:** Répartition des gestantes selon la qualité du respect de la confidentialité

<b>Qualité du respect de la confidentialité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Présence de tierces personnes pendant la consultation	N=200	
Non respect du secret médical	10	5
	0	

La confidentialité n'était pas respectée dans 5% des cas, donc respectée dans 95% des cas. De ce fait le centre est de niveau IV pour ce domaine.

## **2.2.2 Démarche clinique et thérapeutique**

### **2.2.2.1 Qualification du personnel :**

**Tableau XIII:** Répartition des prestataires selon la qualification

<b>Qualification</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sage femme	180	90
Infirmière obstétricienne		
	20	10
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

*NB* : Aucun cas de consultation par une aide-soignante ni une matrone n'a été signalé  
 Dans 90% des cas les CPN étaient réalisées par les sages femmes donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

#### **2.2.2.2 Durée de la CPN :**

**Tableau XIV:** Répartition des gestantes selon la durée de la CPN

<b>Durée de la CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
Moins de 5 minutes	14	7
5-10 minutes	132	66
Plus de 10 minutes	54	27

La grande majorité des CPN (66%) s'était déroulée dans une durée moyenne de 5-10minutes, donc le centre est de niveau II dans ce domaine.

**2.2.2.3 L'interrogatoire au cours de la CPN:****2.2.2.3.1 Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux :**

**Tableau XV:** Fréquence de réalisation liée aux antécédents obstétricaux chez les gestantes

<b><u>Interrogatoire sur les</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
<b><u>ATCD obstétricaux</u></b>	<b><u>N=200</u></b>	
Nombre de grossesse	200	100
Nombre d'accouchement	200	100
Nombre d'avortement	200	100
Nombre de mort-nés	200	100
Nombre de naissances vivantes	200	100
Nombre d'enfants décédés	200	100
Age et cause des décès (souffrance néonatale)	60	30
Césarienne	200	100
Forceps et Ventouse	200	100
Eclampsie	190	95

Cet interrogatoire était conduit dans 92,5% des cas donc le centre est de niveau III dans ce domaine.



**2.2.2.3.2 Interrogatoire sur les ATCD médicaux :****Tableau XVI:** Fréquence de réalisation liée aux ATCD médicaux chez les gestantes.

<u>Interrogatoire sur</u>	<u>Effectif</u> <u>(N=200)</u>	<u>Pourcentage</u>
Affection cardiaque	119	59,5
Tuberculose	50	25
Drépanocytose	200	100
HTA	200	100
Infection urinaire	200	100
Diabète	200	100
Asthme	200	100
IST/VIH	40	20

Cet interrogatoire était conduit dans 75,5% des cas donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

### **2.2.2.3.3 Histoire de la grossesse actuelle**

**Tableau XVII:** Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse actuelle.

<b><u>Histoire de la grossesse</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
<b><u>actuelle</u></b>	<b><u>N=200</u></b>	
Détermination de la date des dernières règles	50	25
Détermination de l'âge de la grossesse	159	75
Détermination de la date probable d'accouchement	159	75

L'âge de la grossesse et la date probable d'accouchement étaient déterminés dans 75% des cas chacun, donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

**2.2.2.3.4 Les examens para cliniques :**

**Tableau XVIII :** Répartition des gestantes en fonction des examens para cliniques demandés.

<b>Examens para cliniques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
Groupage rhésus	190	95
BW	180	90
HIV	200	100
NFS	130	65
Test d'Emmel	180	90
Echographie	190	95
Albumine/Sucre dans les urines	190	95
Toxoplasmose	80	40
Goutte épaisse	19	9,5
ECBU+PV	20	10
Rubéole	75	37,5
Glycémie	130	65

Les examens complémentaires étaient demandés dans 60,92% des cas donc le centre était de niveau II dans ce domaine.

**Tableau XIX :** Répartition des gestantes en fonction des examens para cliniques obligatoirement demandés.

<b>Examens para cliniques obligatoirement demandés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	

Groupage rhésus	190	95
HIV	200	100
BW	180	90
NFS	130	65
Albumine/Sucre dans les		
urines	190	95
Test d'Emmel	180	90
Toxoplasmose	80	40
Rubéole	75	37,5
Glycémie à jeun	130	65

Les examens para cliniques obligatoires étaient demandés dans 75,27% des cas donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

#### **2.2.2.3.5 Interrogatoire sur le déroulement de la grossesse actuelle chez les gestantes :**

**Tableau XX** Fréquence de demande d'apparition des symptômes pouvant être liés à la grossesse actuelle.

<b><u>Interrogatoire sur</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
	<b><u>N =200</u></b>	
Vomissement	162	81
Fatigue	30	15
Survenue de palpitations		
	10	5
Survenue de dyspnée	40	20

Survenue d'œdèmes	160	80
Perception mouvements fœtaux	150	75
Pertes liquidiennes	58	29
Leucorrhées	190	95
Métrorragie	50	25
Troubles urinaires	200	100
Fièvre	180	90

L'observation du tableau montrait que la fatigue, la survenue de palpitations, de dyspnée, les pertes liquidiennes et les métrorragies étaient moins demandées dans l'interrogatoire donc le centre est de niveau II dans ce domaine.

#### **2.2.2.3.6 Interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la CPN :**

L'interrogatoire sur l'hygiène de vie était fait chez 40% des gestantes donc le centre est de niveau I dans ce domaine. L'interrogatoire sur l'hygiène de vie se portait essentiellement sur le mode de vie alimentaire, professionnel et de transport des gestantes.

#### **2.2.2.4 Examen physique( général et obstétrical)**

**Tableau XXI:** Fréquence de réalisation des paramètres de l'examen physique chez les gestantes

<b><u>Paramètres de l'examen</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
<b><u>physique</u></b>	<b><u>N=200</u></b>	
Explique le déroulement de la consultation	150	75
Pesée	190	95
Mesure de la taille	190	95
Recherche de la boiterie	0	
Aide à monter sur la table	190	95
Examen des conjonctives	200	100
Prise de la TA	190	95
Enlève soutien gorge	180	90

Auscultation cardiaque		
	20	10
Auscultation pulmonaire		
	20	10
Palpation de l'abdomen		
	200	100
Mesure de la HU (n=188)		
	184	97,8
Recherche position du		
fœtus (n=188)	188	100
Auscultation des BCF		
(n=188)	170	90,4
Recherche des œdèmes		
inférieurs	200	100
Examen au spéculum	38	19
Toucher vaginal	200	100
Aide à descendre	200	100
Examen à l'abri des regards		
	200	100
Eclairage suffisant	200	100
Annonce des résultats de		
l'examen	200	100

---

L'observation du tableau montrait que la recherche de la boiterie était ignorée dans l'examen et l'auscultation cardio-pulmonaire était rarement explorée donc le centre est de niveau II dans ce domaine.

**2.2.2.5 Appartenance à un groupe à risque :****Tableau XXII :** Répartition des gestantes en fonction des facteurs de risque notés

Facteurs de risque notés	Effectif	Pourcentage
	<b>N=50</b>	
HIV	2	4
HTA	4	8
Grande multipare	13	26
ATCD de mort-nés	3	6
Utérus cicatriciel	4	8
Age<16ans	2	4
Drépanocytose	2	4
Rhésus négatif	4	8
Dernier accouchement		
dystocique	5	10
Asthme	3	6
Diabète	2	4
Taille<150centimètres	2	4
Utérus bicatriciel	2	4

La grande multiparité était le facteur de risque dominant avec 26% des cas.

**2.2.2.6 Hygiène de la consultation :**

**Tableau XXIII :** Fréquence de réalisation liée à l'hygiène de la consultation chez les gestantes par les prestataires.

<b>Questions explorées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b><u>N= 200</u></b>	
Existence de l'alèze sur la table d'examen	200	100
L'alèze posé sur la table d'examen est fourni par le centre	200	100
L'alèze posé sur la table d'examen est différent d'une gestante à l'autre	0	
Le praticien se lave les mains avant chaque examen	200	100
Utilisation des gants en vrac	200	100
Changement de matériel en fin de consultation	200	100
Matériel correctement lavé et mis dans l'eau de contamination	200	100
Matériel correctement désinfecté/stérilisé	200	100
Fautes d'hygiène	0	

L'alèze en bon état, posé sur la table lors de la CPN était fourni par le centre mais il n'était pas changé entre deux consultations. Aucune faute d'hygiène n'a été notée pendant la consultation, donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

**2.2.2.7 La continuité des soins :**



**Tableau XXIV :** Fréquence de réalisation des variables relatives à la continuité des soins chez les gestantes par les prestataires.

<u>Paramètres de continuité des soins</u>	<u>Effectif</u> N= 200	<u>Pourcentage</u>
Le praticien a expliqué comment évoluait la grossesse	190	95
Il a demandé à la gestante de revenir	200	100
Il a précisé quand revenir	200	100
Il lui a dit de venir accoucher au csréf	140	70
Il lui a dit pourquoi aller accoucher dans tel ou tel lieu	110	55
Explique les signes d’alerte et la CAT	110	55

L’évolution de la grossesse était très bien expliquée aux gestantes (95%). Le lieu de l’accouchement était précisé dans 70% des cas. Les signes d’alerte et la CAT étaient expliqués aux gestantes après la CPN (55%), donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

**2.2.2.8 Autonomisation :**

**Tableau XXV :** Fréquence de réalisation des variables relatives à l’autonomisation de la gestante par les prestataires.

<u>Paramètres d’ autonomisation de la gestante</u>	<u>Effectif</u> N=200	<u>Pourcentage</u>
--	--------------------------	--------------------

Date probable		
d'accouchement	159	75
Explique comment évolue la grossesse	190	95
Explique les signes d'alerte et la CAT	110	55
Demande les examens complémentaires	190	95
Explique les raisons de cette demande	170	85
Il lui a dit où aller accoucher	159	75
Il lui a dit pourquoi	110	55
Il lui explique le déroulement de la consultation	200	100

L'observation du tableau montrait que le niveau de qualité de l'autonomisation de la gestante était satisfaisant dans 79,37% donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

## **2-3 Etude analytique :**

### **2.3.1 La qualité de la dimension humaine de la CPN :**

**Tableau XXVI:** Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction patiente-soignant.

<b><u>Qualité de l'interaction</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
<b><u>patient-soignant</u></b>	<b><u>N=200</u></b>	
Respect physique et psychique	191,8	95,9
Respect de l'intimité	190	95
Respect de la confidentialité	190	95

L'observation du tableau montrait que le centre était de niveau IV sur le plan de l'interaction patiente-soignant.

### **2.3.2 Accès au centre :**

**Tableau XXVII:** Répartition des gestantes en fonction du moyen de transport utilisé pour venir au centre.

<b>Moyen de transport utilisé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
A pied	102	51
Véhicule collectif (Sotrama)	64	32
Taxi	13	6,5
Véhicule personnel	10	5
Moto	11	5,5

Plus de la moitié (51%) des gestantes venaient au centre à pied.

### **2.3.3 Organisation pratique et commodité de la CPN :**

**Tableau XXVIII:** Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'organisation de la CPN et les commodités pratiques dans le centre.

<b>Questions explorées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b><u>N= 200</u></b>	
Délivrance d'un ticket	200	100
Respect de l'ordre de passage	185	82,5
Mode d'installation		
-très inconfortable	9	4,5
-assez inconfortable	3	1,5
-assez confortable	158	79
Très confortable	30	15
Ignore l'existence de toilette accessible au centre		
	60	30
Affirme l'absence de		

toilette dans le centre	0	0
Affirme l'existence de		
toilette propre	85	42,5
Affirme l'existence de		
toilette sale	55	27,5

Selon 82,5% des gestantes, l'ordre de passage était respecté et 42,5% affirmaient l'existence de toilettes propres.

### **2.3.4 Critères de choix du centre :**

**Tableau XXIX :** Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix du centre.

<b>Critères de choix</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=200</b>	
Proximité du domicile	88	44
Connaissance d'une		
personne au centre	17	8,5
Attente pas longue	8	4
Compétence du personnel		
	34	17
Personnel accueillant	25	12,5
Tarifs peu élevés	5	2,5
Bon tarif des médicaments		
	7	3,5
Conseil d'une connaissance		
	16	8

La proximité du centre était le critère essentiel de choix du centre (44%). La compétence du personnel venait ensuite (17%). 12,5% des gestantes affirmaient la chaleur de l'accueil du personnel.

### **2.3.5 Fréquentation antérieure du centre :**

**Tableau XXX :** Répartition des gestantes en fonction de la fréquentation antérieure du centre.

<b><u>Fréquentation du centre</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
	<b><u>N= 200</u></b>	
N'a jamais fréquenté le centre	52	26
Est venue une fois dans le centre	11	5,5
Est venue plusieurs fois dans le centre	137	68,5
Motif de fréquentation		
-consultation médicale	73	36,5
-CPN	143	71,5
-Accouchement	85	42,5

74% des gestantes avaient fréquenté une ou plusieurs fois le centre et chacune avait la CPN comme motif majeur de fréquentation (71,5%).

### **2.3.6 Satisfaction des gestantes sur l'état des locaux abritant la CPN et la qualité des prestations.**

**Tableau XXXI :** Répartition des gestantes en fonction de leur satisfaction par rapport aux locaux et aux prestations.

<b><u>Opinion des gestantes</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
	<b><u>N=200</u></b>	
Etat des locaux :		
-vieux et sales	0	0
-récents et sales	2	1
-vieux et propres	180	90
-récents et propres	18	9
Satisfaction par rapport aux prestations :		
-non satisfaites		
-peu satisfaites	10	5
-satisfaites	12	6
-très satisfaites	18	9
	160	80

La proportion des gestantes trouvant que les locaux sont vieux et propres était de 90%.

80% des gestantes étaient très satisfaites sur la qualité des prestations.

**Tableau XXXII :** Répartition des gestantes en fonction de la molécule prescrite (en prévention du paludisme, de l'anémie ...)

<b><u>Molécule prescrite</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
	<b><u>N=200</u></b>	
SP	180	90
Fer/Acide folique	190	95
Autres	100	50

La prescription du fer/acide folique venait en tête avec un taux de 95%.

**Tableau XXXIII :** Répartition des gestantes en fonction des explications données sur la prescription des médicaments.

<b><u>Explication sur la</u></b>	<b><u>Effectif</u></b>	<b><u>Pourcentage</u></b>
<b><u>prescription</u></b>	<b><u>N=200</u></b>	
Oui	195	97,5
Non	5	2,5

Sur les 200 gestantes qui avaient reçu une ordonnance 195 (soit 97,5%) avaient bénéficié d'explication par rapport à la posologie et aux effets bénéfiques et secondaires des médicaments.

**2.3.7 Par rapport à la vaccination :** Les praticiennes demandaient le carnet de vaccination dans 100% des cas. La vaccination antitétanique était également effectuée dans 100% des cas.

**Tableau XXXIV :** Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé selon le risque.

<u>Conclusion</u>	<u>Effectif</u>	<u>Pourcentage</u>
	<b><u>N=200</u></b>	
RAS	150	75
Classement dans un groupe		
à risque	50	25
Référence vers l'unité gynécologique	15	7,5

\* questions en rapport avec les 50 gestantes classées à risque.

Le quart (25%) des gestantes de notre échantillon d'étude était classé à risque et seulement 15/50 des gestantes classées à risque (soit 30%) qui étaient référées.

**Tableau XXV :** Répartition des gestantes référées à l'unité gynécologique en fonction des facteurs de risque.

<u>Facteurs de risque</u>	<u>Effectif</u>	<u>Pourcentage</u>
	<b><u>N=15</u></b>	
HIV	2	13,3
HTA	4	26,6
Asthme	3	20
Diabète	2	13,3
Utérus bicatriciel	2	13,3
Drépanocytose (forme SS)	2	13,3

30% des gestantes classées à risque étaient référées à l'unité gynécologique.

## VI-Commentaires et discussion

### 1- Méthodologie :

Notre étude a été prospective. Elle a été faite selon le modèle d'Adevis DONABEDIAN.



L'enquête a porté sur 200 gestantes ayant fréquenté l'unité CPN du CSREF de la commune II du 01 Novembre 2008 au 30 Décembre 2008.

Au cours de notre étude nous avons rencontré des difficultés de plusieurs ordres: la majorité des gestantes était analphabète. Certaines d'entre elles assimilaient difficilement nos explications. Nous avons eu souvent du mal à appliquer le protocole de notre questionnaire.

Sur le plan organisationnel, l'inexistence d'une salle d'attente et l'étroitesse de la salle de CPN ont également constitué des difficultés.

Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé principalement des études faites au Mali.

## **2- Qualité des structures :**

En ce qui concerne la qualité des structures. nous avons hiérarchisé ces niveaux de qualité qui sont au nombre de 4. Cette hiérarchisation a été faite selon les références auxquelles un score a été attribué (voir Tableau I).

Une observation était faite pour chaque référence.

Ainsi pour la norme architecturale le niveau de qualité du CSRéf de la Commune II a été scoré à 4 c'est-à-dire qu'il y avait une protection satisfaisante contre la poussière et les moustiques. En 2002 Konaté S. [15] avait trouvé le même résultat. Le dispositif d'accueil et d'orientation a été scoré à 4. Les équipements de la salle de CPN ont été scorés à 3, c'est-à-dire matériels techniques de bonne qualité mais incomplets (nombre de spéculums insuffisants).

Ce résultat concorde avec celui de Goita N. [5] qui avait trouvé un score de 3 mais elle avait été scorée 0 par Fomba S. [6] en 2003 et par Konaté S [15] en 2002 respectivement dans le CSREF des communes VI et II

Le dépôt de médicaments ; les normes architecturales et le coût des médicaments ont été scorés à 4, car il y avait une protection satisfaisante contre la poussière, une climatisation satisfaisante, l'initiative de Bamako (IB) est appliquée. Goita N. [5] avait trouvé le même résultat tandis que Fomba S. [6] et Konaté S. [15] avaient trouvé chacun 3 car la protection des médicaments et du local contre la poussière était insuffisante et l'initiative de Bamako n'était pas appliquée.

Le laboratoire était fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants, octroyant au centre le score 4; comme chez Goita N. [5] qui avait aussi trouvé 4 pour cette référence; par contre chez Fomba S. [6] le laboratoire était en cours d'aménagement dont le score était 0.

Le système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets ont été scorés à 4. On note l'existence d'un réseau public d'approvisionnement en eau potable. Malgré l'inexistence d'un incinérateur, les déchets étaient journalièrement emmenés au CHU du Point G pour incinération. Ce résultat était identique à ceux de Goita N. [5], Fomba S. [6], Konaté S. [15] qui avaient tous eu le score 4.

Le système d'éclairage et de communication ont été scorés à 4, car le groupe électrogène était fonctionnel et il existait la disponibilité des moyens de communication en dehors des heures de service.

A l'analyse de la qualité de notre structure, le CSREF de la commune II a été classé niveau 3 car le score total a été de  $45/52=0,865$  soit 86,5 % ce qui correspondait au niveau III donc le centre était de bonne qualité dans ce domaine. En 2006 Goita N. [5] a trouvé un niveau IV au CSRef de la Commune V tandis que Konaté S. [15] avait trouvé en 2002 que le centre de santé de référence de la commune II était de niveau 2. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les centres de santé au fil des années sont en train d'être améliorés.

### **3- Etude des procédures :**

#### **3.1 Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :**

Dans notre étude la tranche d'âge 20 à 24 ans était la plus représentée avec un taux de 34%. L'âge moyen était de 23,64 ans avec des âges extrêmes allant de 15 à 45 ans. 11,5% avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans et 2,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Chez GOITA N. [5] 12,5% des gestantes avaient moins de 19 ans et 5,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Des études ont montré que ces deux couches sont les plus touchées par la mortalité maternelle et périnatale [24].

Cependant la majorité de nos gestantes était non scolarisée en français ou de niveau primaire soit respectivement 53%; 24%. Le taux de non scolarisées était inférieur à celui de Goita. N [5] qui avait trouvé 67,50% de gestantes non scolarisées et 20% ayant le niveau primaire. Une enquête mondiale sur la fécondité a permis de constater que la fécondité était inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes. Les femmes sans instruction avaient en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité [12].

33,5% de nos gestantes étaient au moins à leur deuxième grossesse et 21% avaient déjà fait une maternité. Cela facilite la tâche aux prestataires car les femmes sont plus réceptives en matière d'Information, d'Education et de Communication.

L'exploration de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants ou pas). Au cours de notre enquête nous avons recensé 90% de gestantes mariées de même que chez Konaté S. [15] qui était de 93,5%. Cela était une bonne chose car pourrait être favorable pour une issue meilleure de la grossesse.

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses soit 81% des cas, tandis que les fonctionnaires ne constituaient que 2%. Cela s'expliquerait par le fait que les non scolarisées étaient les plus représentées. Chez Goita N. [5] et Fomba S. [6] ces taux représentaient respectivement 71,5%; 84,5%.

### **3.2 Interaction gestante-personnel de soins prénatals:**

Nous nous sommes référés aux domaines tels le respect physique et psychique, le respect de l'intimité et de la confidentialité de la consultante prénatale pour explorer la qualité de l'interaction gestante-prestataire de soins prénatals lors de la CPN.

#### **3.2.1 Respect physique et psychique :**

Le respect physique et psychique étaient bien respectés dans 95,9% des cas (Niveau IV). Ce volet est un atout majeur qui traduit la chaleur de l'accueil, chose héritée de nos traditions ancestrales.

### **3.2.2 Respect de l'intimité :**

Aussi bien à l'observation qu'au niveau de l'opinion des gestantes, l'intimité était respectée dans 95% des cas au cours de la CPN (Niveau IV). Des efforts restent à fournir car « la salle de CPN est très étroite et dépourvue de rideaux.

### **3.2.3 Respect de la confidentialité :**

La CPN était confidentielle dans 95% des cas (Niveau IV). Cependant les rares cas de présence de tierces personnes (accompagnantes) pendant la consultation posaient un désagrément qui portait préjudice au respect de la confidentialité.

Au total il y avait une interaction gestante-personnel de soins de bonne qualité. Ce constat était similaire à ceux de Konaté S [15] et de Koita M [21]

## **3.3 Démarche clinique et thérapeutique :**

### **3.3.1 Qualification du personnel :**

Il ressortait de notre étude que la CPN était majoritairement effectuée par les sages femmes, soit 90% et 10% par les infirmières obstétriciennes donc le centre est de niveau III dans ce domaine. Les consultations en majorité avaient été faites par le personnel qualifié, cela avait un impact favorable sur la qualité des CPN. Goita N [5] avait trouvé 65% de cas de CPN faites par les sages femmes et 10% des CPN faites par les infirmières obstétriciennes ; ce qui pourrait mettre en cause la qualité de la CPN. Contrairement à beaucoup de centres au Mali, aucun cas de CPN n'avait été effectué par les matrones.

### **3.3.2 Durée de la CPN :**

Dans 66% de cas les CPN avaient été faites entre 5 à 10 minutes ; dans 7% des cas elles avaient duré moins de 5 minutes. La courte durée d'une consultation met en cause la qualité de celle-ci; cela veut dire que des étapes n'ont pas été respectées. D'une manière générale nous dirons que la durée des CPN était meilleure par rapport à celle de Goita N [5] qui avait 17% des CPN déroulées en moins de 5 minutes, ainsi qu'à celle de Fomba S [6] qui avait 60% de CPN réalisées en moins de 5 minutes.

### **3.3.3 Interrogatoire au cours de la CPN :**

#### **3.3.3.1 Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux :**

Cet interrogatoire était riche ; mais les praticiennes ne se renseignaient sur l'état de santé des enfants et sur la cause de leur décès que respectivement dans 25% et 30% des cas. Cependant ces renseignements étaient utiles pour identifier d'éventuelles pathologies héréditaires, métaboliques, ou infectieuses fréquentes dans la famille. Aussi la connaissance de ces notions permettra de prodiguer des soins appropriés aux gestantes pour protéger le fœtus dans la mesure du possible.

### **3.3.3.2 Interrogatoire sur les ATCD médicaux :**

A ce niveau les variables : HTA, diabète, asthme, drépanocytose, infection urinaire figuraient bien dans le partiel des ATCD notés. D'autres tels que les IST/VIH n'étaient recherchés que dans 20% alors que ceux-ci peuvent être à l'origine d'infections néonatales très fréquentes avec des conséquences fœtales : mort fœtale in utero, fœtopathies. Ce sont des infections néonatales très fréquentes guérissant le plus souvent sous traitement, mais pouvant laisser des séquelles (syphilis, gonococcie, infection génitale à Chlamydiae, mycoplasme, trichomonas, candidoses, herpès) d'où l'intérêt de leur observation.

### **3.3.3.3 Interrogatoire sur l'histoire de la grossesse actuelle :**

La DDR n'était pas connue en général, car on a constaté que 75% gestantes ignoraient leur DDR. Par contre Koita M [21] et de Konaté S [15] avaient trouvé respectivement que 88% et 99,5% des gestantes ignoraient leur DDR. Connaitre le début de la grossesse permettra de suivre au mieux l'évolution de cette dernière, de reconnaître les retards de croissance intra-utérin, les excès de volume de l'utérus (grossesses multiples, hydramnios, fibrome), et de déterminer la date de l'accouchement, afin d'éviter les complications du post-terme. Au demeurant 75% des gestantes connaissaient l'âge de leur grossesse. Les praticiens ne mentionnaient pas l'âge de la grossesse dans le carnet de CPN des gestantes.

Les gestogrammes (roulettes calendrier) utilisés par les sages femmes et les médecins sont d'un usage pratique : ils donnent à partir de la DDR et d'une échographie précoce le terme de la grossesse. Il est heureux de constater que ces gestogrammes étaient présents tout au long de notre enquête.

Dans notre étude, nous constatons que 75% des gestantes avaient été informées de leur date probable d'accouchement, donc le centre est de niveau III dans ce domaine d'où la

nécessite d'efforts à faire pour que toutes les gestantes puissent être informées de leur date probable d'accouchement.

#### **3.3.3.4 Interrogatoire sur le déroulement de la grossesse chez les gestantes :**

Cet interrogatoire était assez bien conduit. Les éléments comme la fatigue, les palpitations, la dyspnée, les pertes liquidiennes, les métrorragies étaient moins demandées dans l'interrogatoire. Les pertes liquidiennes et les métrorragies pourront orienter vers une menace d'avortement, d'accouchement prématuré ou d'avortement. L'interrogatoire sur la fatigue, la dyspnée et les palpitations orientera la praticienne à faire des examens complémentaires à la recherche de leurs causes.

#### **3.3.3.5 Interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la grossesse :**

L'interrogatoire sur le mode de vie professionnelle, alimentaire, et de transport des gestantes était fait dans 40% des cas. Ce constat était meilleur comparé à celui de Konate S [15] et de Koita M [21] qui trouvaient tous deux qu'il n'y avait aucun interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la grossesse. Ces renseignements pourront guider la sage femme à proposer aux femmes enceintes un changement de comportement dans la prévention des risques au cours de la grossesse. C'est ainsi que des conseils utiles pourraient leur être prodigués pour une bonne évolution de la grossesse et de l'accouchement.

Après un bon interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la grossesse on pourra prodiguer des conseils suivants aux femmes enceintes :

- changement de poste de travail chez les femmes enceintes exposées aux radiations et aux produits toxiques [18],
- suppression des travaux durs, avec prescription de repos surtout au dernier trimestre de la grossesse. Le repos est nécessaire pour une bonne assimilation digestive [19,20],
- les déplacements de plus de 300 km, ou supérieur à 3 heures ne doivent pas être autorisés ; il faut préférer le train pour les voyages longs (trains auto couchette par exemple). Le port de la ceinture de sécurité est vivement recommandé, y compris pour les petits trajets et même à l'arrière. Le voyage par avion n'est pas contre-indiqué mais déconseillé au-delà de 7 mois en raison du risque d'accouchement prématuré. En cas de voyage par avion de plus de 3heures, la gestante doit boire beaucoup, se lever et marcher toutes les 2heures (prévention des phlébites) [17] ;

-L'activité sportive doit être modérée, en dessous des capacités habituelles. On doit leur conseiller de boire beaucoup, lutter contre l'hyperthermie, ne pas faire de sport en altitude > 2 km. La marche, la natation, la gymnastique et le vélo dans les 6 premiers mois de la grossesse sont autorisés. Il sera en outre déconseillé les sports collectifs (football, basketball, volleyball, handball, athlétisme et équitation [17] ;

-Leur apprendre les avantages et les techniques de l'allaitement, les difficultés qu'elles risquent de rencontrer etc. Préparer les bouts de seins par de légers massages lorsqu'elles présentent des mamelons rétractiles.

On doit leur autoriser le port de soutien-gorge [17].

-Leur conseiller une alimentation équilibrée car les gestantes sous alimentées accouchent de nouveau-né de petite taille (d'où une fréquence élevée de mortalité et de morbidité néonatale et infantile), et de nouveau-né d'un poids insuffisant à la naissance (un poids < 2500 grammes).

La consommation du thé, des tisanes, du café ou des préparations culinaires (potage) doit être autorisée car ceux-ci permettent une bonne épuration rénale et constituent une bonne prévention de l'infection urinaire [17]. Mais le tabac et l'alcool sous toutes leurs formes sont déconseillés pendant la grossesse. Le tabac entraînerait un retard de croissance intra-utérin au-delà de 10 cigarettes inhalées par jour. Il augmente le risque d'HTA, de décollement placentaire, de souffrance fœtale pendant la grossesse et de l'accouchement surtout les femmes au-delà de 35 ans. Si le sevrage est impossible, on doit supprimer l'inhalation de fumée. Pour l'alcool, on a un risque tératogène : toxicité pour le système nerveux central ce qui entraîne un retard de croissance intra-utérin [17,20].

A la lumière de tout cela, notre enquête a révélé une véritable lacune à ce niveau qu'il conviendrait de combler.

#### **3.3.4 Analyse par rapport à l'examen physique :**

La manœuvre de Léopold est la suite des sept examens manuels à réaliser lors de l'examen prénatal de la femme enceinte : la mesure de la hauteur utérine, la détermination du pôle fœtal sus pubien, l'exploration des flancs utérins, l'étude de l'engagement, l'auscultation des BCF, la pelvimétrie externe et l'exploration du fond utérin [22]. Cette manœuvre n'était pas bien respectée car l'exploration des flancs utérins et la pelvimétrie externe étaient absentes



La mesure de la taille était bien conduite au cours de la première CPN. La mesure de la hauteur utérine, l'auscultation des BCF, la recherche de la position fœtale étaient aussi correctes vers le deuxième trimestre de la grossesse.

L'examen au spéculum est important surtout lors de la première CPN. Mais cet examen doit se faire chez toutes les gestantes vu l'ampleur des infections génitales féminines dans notre milieu d'une part, et des signes d'appel comme leucorrhées, douleurs pelviennes, pertes liquidiennes voire métrorragies d'autre part.

La prise régulière du poids oriente sur l'état nutritionnel des gestantes, en particulier son augmentation au cours de la grossesse. Cela implique la connaissance préalable de la DDR, du poids et la taille initiaux de la mère. De nombreux nutritionnistes estiment que le poids et la taille de la mère avant la gestation (en fonction de la taille) sont des facteurs de la nutrition du fœtus. Les femmes de petit poids pour leur taille, et/ou de petite taille semblent avoir plus de risque de mettre au monde des enfants de petits poids. Le petit poids des femmes s'expliquerait par des grossesses multiples et rapprochées, la malnutrition avant la conception, les travaux physiques pénibles [17].

L'examen du bassin est obligatoire au 9<sup>ème</sup> mois de la grossesse. Malheureusement les praticiennes n'observaient pas la boiterie chez les gestantes. Ce qui du coup ne mène pas à une meilleure surveillance prénatale parce que ce handicap déformant le bassin, représente un facteur de risque pour la grossesse [18].

C'est seulement 20% des gestantes qui ont bénéficié d'une auscultation cardio-pulmonaire bien qu'existaient des signes d'appel tels que toux, dyspnée et œdèmes des membres inférieurs d'où la nécessité d'efforts à faire pour rendre cette auscultation cardio-pulmonaire systématique.

### **3.3.5 continuité des soins :**

Dans notre étude, l'interrogatoire sur la continuité des soins» était bien conduit dans 79,16% des cas (niveau III). Par contre Konaté S [15] et Koita M [21] trouvaient tous deux un niveau faible (niveau I). Les variables en rapport avec les rendez-vous étaient satisfaites à 100% mais la variable liée à l'explication sur les signes d'alerte et la CAT n'était satisfaisante qu'à 55% des cas. Il est indispensable de s'appesantir sur ce point.

### **3.3.6 Autonomisation :**

Dans notre étude, nous constatons que 75% des gestantes avaient été informées de leur date probable d'accouchement. Le déroulement de la consultation, l'évolution de la grossesse, les signes d'alerte et la CAT étaient expliqués respectivement dans 100% ; 95% et 55% des cas. L'identification du lieu de l'accouchement était faite dans 75% des cas. Le choix de ce lieu d'accouchement était expliqué dans 55% des cas.

A l'analyse de tout cela, l'interrogatoire sur l'autonomisation de la gestante était bien conduit dans 79,37% donc le centre est de niveau III dans ce domaine. Konaté S [15] avait trouvé un niveau faible (niveau I).

Ce paramètre si important de la CPN mérite d'être rehaussé.

### **3.4 Décision et diagnostic :**

#### **3.4.1 Analyse par rapport aux examens para cliniques :**

Ils représentent une arme efficace pour la détection des pathologies associées à la grossesse. Au total chez 75,27% des cas, les examens para cliniques obligatoires étaient demandés. Goita N [5] et Fomba S [6] avaient trouvé respectivement 99% et 96,6% mais quant à Konaté S [15], lui avait trouvé 41.5%. Nous avons enregistré 95% de femmes ayant bénéficié du groupage sanguin rhésus; Goita N. [5] avait eu 99% cela s'expliquerait par le fait que le groupage sanguin est systématique. (Il a été demandé aux 5% des gestantes d'amener leurs anciens carnets).

Dans 95% des cas, les gestantes avaient bénéficié de la prescription d'albumine/sucre dans les urines; Goita N. [5] avait trouvé 40%. Au cours de la consultation la demande de cet examen doit être systématique.

La sérologie VIH était proposée dans 100% des cas. Cet examen devrait être systématiquement proposé et effectué selon l'accord des gestantes. Par contre chez Goita N. [5], elle était proposée à 96% des gestantes. Les raisons de cette insuffisance peuvent être multiples (réactif en rupture).

L'échographie étant un moyen important de diagnostic et de surveillance de la grossesse.

Toutes les femmes devraient en bénéficier au moins 3 fois au cours de leur grossesse:

~ 1<sup>ère</sup> échographie (de datation) à 12 SA (11-13 SA) au moindre doute sur le terme, systématiquement.

~ 2<sup>ème</sup> échographie (morphologique) à 22 SA (21-23 SA): biométrie, vélocimétrie (Doppler) des artères utérines et ombilicales, n'est pas systématique.

~ 3<sup>ème</sup> échographie (pronostic d'accouchement) à terme.

Dans notre enquête elle était demandée dans 95% des cas. Par contre chez Goita N. [5] elle n'avait été demandée que dans 29% de cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les sages femmes ne connaissent pas l'importance de cet examen.

### **3.4.2 Les soins préventifs :**

Les mesures préventives portaient sur la supplémentation en fer+ acide folique (anti anémique), la prescription de la sulfadoxine pyriméthamine (anti palustre) et celle du vaccin antitétanique. La prescription du fer+acide folique et de la SP était faite respectivement dans 95%, 90% des cas. La vaccination antitétanique était effectuée dans 100% des cas. Chez Goita N. [5] ces taux étaient respectivement à 100% des cas pour la prescription du fer acide folique et sulfadoxine pyriméthamine) et 28.5% des cas pour la vaccination d'où la nécessité d'efforts à faire quant à la prévention contre le paludisme et à la supplémentation en fer et en acide folique. Le paludisme au cours de la grossesse peut être cause d'avortement, d'accouchement prématuré, de retard de croissance intra-utérin, de mort in utéro etc. L'anémie, le résultat de la carence en fer expose au risque de prématurité, de petit poids de naissance, de mortalité périnatale pour le nouveau-né. La mère du fait de l'anémie risque de faire une hémorragie de la délivrance et une infection dans le postpartum (endométrite).

### **3.4.3 Groupes à risque (notion de risque) :**

Nous avons enregistré 50 femmes présentant des grossesses à risque (soit 25%). 30% seulement d'entre elles étaient référées à l'unité gynécologique (médecin gynécologue). **Goita N [5]** avait trouvé que sur 46,5% des femmes classées à risque, il n'y avait eu référence que dans 2% des cas et quant à **Konaté S [15]** sur 22,5% de femmes classées à risque il n'y avait eu aucune référence vers le niveau supérieur (médecin gynécologue). C'est le côté néfaste de l'exercice de la médecine en Afrique de façon générale et au Mali en particulier d'où la nécessité d'efforts à faire pour corriger ces insuffisances.

Les grossesses à risque doivent être surveillées de façon rigoureuse (toutes les 3 semaines jusqu'à la fin du deuxième trimestre, puis tous les 15 jours jusqu'à l'accouchement). Malheureusement tout se limite à leur identification. Les gestantes méconnaissent leur risque et ne bénéficiaient d'aucune considération particulière liée à leur état. Il existe deux catégories de facteurs de risque : les ATCD médicaux, obstétricaux et sociaux de la

gestante et les risques qui se manifestent au cours de la période prénatale. Une fois les facteurs de risque décelés, ils peuvent justifier la nécessité d'une intervention (traitement spécifique, des visites de contrôle plus fréquentes, référence à l'hôpital pour des examens plus approfondis [23].

Les grossesses à haut risque sont nombreuses et variées : cas de primipares jeunes ou âgées ; des grandes multipares ; des femmes de petite taille à bassin étroit et vicié ; les femmes atteintes de diabète, d'anémie, de toxémie gravidique, de cardiopathies, de néphropathies, de HIV, de drépanocytose, de tuberculose, d'asthme ; les femmes rhésus négatif ; les femmes ayant un utérus cicatriciel, bi cicatriciel voire tri cicatriciel etc. [22].

#### **3.4.4 Par rapport à l'hygiène de la consultation et au risque infectieux :**

Il ressortait de notre étude que les prestataires se lavaient les mains entre deux consultations. Les gants utilisés étaient des gants en vrac et les matériels étaient correctement désinfectés (spéculum et pinces utilisés lors de CPN). Cependant 70% des consultantes avaient étalé leur propre pagne sur la table d'examen, donc le centre est classé niveau III dans ce domaine.

## **4 Etude des résultats :**

### **4.1 Modalité de transport :**

La plupart des gestantes venaient à pied au centre.

### **4.2 Analyse par rapport à l'organisation de la CPN et les commodités pratiques :**

Concernant l'opinion des gestantes sur l'hygiène dans le centre, il y' avait :

- en faveur de la propreté des locaux : 99% d'opinions favorables.
- en faveur de la propreté des toilettes : 42,5% d'opinions positives.
- et 27,5% affirmait l'existence de toilettes sales.

Ce résultat sur l'état de propreté des toilettes était conforme à nos constats. Dans la rubrique opinion des gestantes sur la dimension humaine, 82,5% des gestantes étaient favorables au respect de l'ordre de passage, 94% affirmait que le mode d'installation était confortable.

On notait heureusement que toutes les gestantes avaient le ticket pour la CPN, ce qui permettait de respecter l'ordre d'arrivée sauf de rares fois où il était perturbé à cause des protégées. Il était heureux de signaler que durant notre enquête aucun cas de gestantes accroupies ou arrêtées par faute de place n'était constaté. 30% des gestantes ignoraient l'existence de toilettes accessibles au centre. Ce qui va à l'encontre des règles d'hospitalité, donc de la qualité de l'accueil. Beaucoup d'efforts sont à déployer à ce niveau.

### **4.3 Critères de choix du centre :**

Dans 44% des cas, les gestantes choisissaient le centre parce qu'elles vivaient à proximité. Ce qui n'a pas de rapport avec la bonne qualité des soins. Mais les conditions d'accueil et la compétence du personnel étaient favorables pour beaucoup d'autres. Ce volet accueil est très important en matière de qualité de soins.

Pour ce qui est des tarifs des prestations, les gestantes n'avaient pas de difficultés financières d'accès aux soins. La disponibilité des médicaments est une condition

essentielle à l'accès aux soins, leur pénurie fait baisser les taux moyens d'occupation des lits.

## **VII-Conclusion**

Au terme de notre étude, l'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre de santé de référence de la commune II est de niveau III.

L'évaluation de la qualité de la dimension humaine de la CPN montre que le CSRéf de la Commune II est de niveau IV. Cependant le centre de santé de référence de la commune II ne dispose pas d'un service social fonctionnel.

Par ailleurs il n'y avait pas de collaboration étroite entre les sages femmes et le médecin gynécologue obstétricien pour la prise en charge des gestantes présentant des facteurs de risque.

Les gestantes à travers leurs opinions ont exprimé leur entière satisfaction par rapport à l'accueil et à la prestation des soins.

## VIII-Les recommandations

### Les recommandations suivantes s'adressent :

#### Au personnel de santé:

- Améliorer la collaboration entre sages-femmes et médecin gynécologue obstétricien dans le cadre d'un travail en équipe.
- Procéder à l'examen correct du bassin en fin de grossesse.
- Sensibiliser les femmes pour qu'elles se présentent au centre de santé dès le début de la grossesse (CCC).
- Informer les femmes enceintes sur le contenu du plan de l'accouchement.

#### Aux autorités sanitaires et politiques :

- Instaurer un système d'identification et de prise en charge gratuite des personnes démunies.
- Renforcer les formations post universitaires dans le cadre de la formation continue.
- Doter le centre de santé de référence de la commune II d'une grande salle de CPN et une salle d'attente selon les normes exigées.
- Assurer une formation continue des sages-femmes des CSCOM pour une amélioration de la qualité des CPN à ce niveau ;
- Remplacer les fiches individuelles de CPN par des carnets de suivi de grossesse ;
- Préparer et diffuser des messages éducatifs sur l'importance de la CPN chez la femme enceinte ;
- Améliorer l'accès des femmes à l'éducation en augmentant le taux de scolarisation des filles.

#### Aux gestantes:

- Suivre les conseils prodigués par les agents de santé lors des CPN.

#### A la population:

- Offrir un soutien matériel et psychologique à toutes les gestantes.
- Favoriser la scolarisation des filles dans le but de promouvoir leur émancipation future.

## IX-Références

1- O.M.S: Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261 P.



**2- Maguiraga M.:** Etude de la mortalité maternelle au Mali: Causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Th. Med. FMPOS. 2000; n°110.

**3- Anonyme:** Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali; 2005.

**4- Source d'information DNSI-CPS/MSSPA:** Information générale sur les données des communes du district de Bamako. Année 2003.

**5- Goita N.:** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Th. Med. FMPOS. 2006; n° 210.

**6- Fomba S.:** Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du District de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Th. Med. FMPOS. 2003; 103 p; n° 64.

**7- Traoré M. K.:** Qualité de la surveillance prénatale du centre de santé de la commune de Banconi. Th. Med. FMPOS. 2001; n° 49.

**8- Papiernik E., Cabrol D., Pons J. C.:** Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique- Paris; Flammarion, médecine sciences, 1995. Pages 7535-7537.

**9- OMS. (Chronique):** Mortalité maternelle: soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5), 1986,193-202.

**10- Fenerstein M.T.:** Furning the Tide Safe Mother Lood. A distribution manual. London Mc Millan 1993.

**11- Kamissoko M.:** Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalanbancoro, zone périurbaine de Bamako. Th. Pharm. FMPOS. 2004; n°87.

**12- OMS:** Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle. 1<sup>ère</sup> éd.

Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996. Genève. P: 16.

**13- Merger R., Levy J., Melchior J.:** Précis d'obstétrique. 6<sup>ème</sup> éd, Paris.Masson.1995.; 597 P- P71.

**14- Division santé familiale:** Programme de santé familiale. Plan quinquennal.1988-1992. Mali Décembre 1987.

**15- Konaté S.:** Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Th. Med. FMPOS. 2002; n° 33.

**16- Donabedian Adévis:** Exploration in assessment and monitoring, vol 1.

The definition of quality and approaches to its assessment.Health administration. Michigan. Press, An Arbor.1980.

**17- Coordination: Thoulon J.M., Puech F., Boog G.:** universités Francophones obstétrique Ellipses au Pelf/Uref. 1995(p; 867).

**18- Angoulvent P. :** La grossesse. Collection encyclopédique.

Presse Universitaire de France, 1990.

**19- Source: Bernard R. P. in Fayad et Abdalla M. I.**

Medical education in the field of primary maternal child health care, Proceedings of the international conference on MCH. Cairo, Egypt, 1983.

**20- Sankalé M et Mazer A. :** Guide médicale de la famille. Afrique et Océan Indien. 1991. France EDICEF, P : 143.

**21- Koita M.:** Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Th. Med. FMPOS. 2001; n° 41.

**22- Bernard et Geneviève (P)**

Dictionnaire médical pour les régions tropicales sous la direction de Jean Courte Joie, Harmattan, Paris, 1984.

**23- Hart. R.H, Belsey.M.A, Tarino.E:** Intégration des soins de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaire. Considération pratique. OMS Genève 1991. P 101..

**24 - M S.F., Balladur O., Bizieau O.:** Obstétrique en situation d'isolement; 1<sup>er</sup>éd. Paris: Hatier; 1992. P. 222.

**Annexes**

## FICHE D'ENQUETE

### I-OBSERVATION DES CPN

Structure : .....N° fiche : .....N° dossier ou carnet CPN : .....

**Q1 1 = Date d'observation**.....

**Q2 2 = Heure de la visite** : .....

**3 = Durée de la visite** : .....a : heure début.....b : heure fin : .....

#### 4 Caractéristiques de la gestante (Si demandées)

Nom : ..... ; Prénom : .....

**Q3 Age (ans)** :  ans

**Q4 Ethnie**  1=Bambara ; 2=Peulh ; 3=Malinké ; 4=Bozo ; 5=Sonrai ;  
6 = Soninké ; 7 = Dogon ; 8 = Autre (à préciser).....

**Q5 profession** : =ménagère ; 2=vendeuse ; 3=fonctionnaire ;  
4 = aide ménagère ; 5 = commerçante ; 6 = autre (à préciser).....

**Q6 Niveau scolaire** : 1 = Analphabète ; 2 = primaire ; 3 = secondaire ; 4 = supérieur ;  
5 = coran

**Q7 Etat matrimonial** : 1=célibataire ; 2 = mariée ; 3=veuve ; 4=divorcée

**Q8 Résidence** : .....

**Q9 Numéro de la grossesse ou de la CPN** : .....

**Q10 A-t-elle été identifiée pendant sa grossesse comme appartenant un groupe à risque ?**

1= oui ; 2 = n 3 = si oui quel facteur ?

1 = Age sup 16 ans ; 2 = Primipare âgée (30 ans ou +) ; 3 = Grande multipare (sup ou =  
6 accouchements) ; 4 = Dernier accouchement dystocique (césarienne, forceps, ventouse)

5 = ATCD de mort-né ; 6 = Taille inf 150cm ; 7 = HTA ; 8 = Poids inf 45kg ; 9 =

Autre : .....

**Q11 Nombre de CPN réalisées** :

#### 5 Caractéristique de la personne qui a pris en charge la parturiente

**Q12 Qualification** : Médecin ; 2 = Sage femmes ; 3 = Matrone ; 4 = Infirmière  
obstétricienne ; 5 = Autres(à préciser) : .....

**Q13 Statut** : Fonctionnaire ; 2 = Contractuel ; 3 = Stagiaire ; 5 =Autre :

.....

#### 6 Accueil :

Q14 Langue de communication : 1  français ; 2 = Bambara ; 3 = Autre :

.....

Q15 Consultante comprenait-elle la langue : 1 =  ; 2 = non

Q16 Si non a-t-on fait appel à un interprète ? : 1 =  ; 2 = non

Q17 Salutation conforme aux convenances sociales : 1 =  = non

Q18 Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir : 1  ; 2 = non

Q19 Demande du carnet de la grossesse précédente : 1 =  présent ; 2 = non,  
absent

## 7 Interrogatoire

### 7-1 Sur la situation personnelle de la consultante (1 à 10)

Q 20 1-Age  ans

Q21 2- Situation socio-économique de la famille 1=iveau ; 2=Moyen ;  
3=Favorable

Q22 3- Profession de la consultante

Q23 4- Niveau de scolarité

Q24 5- Profession du mari

Q25 6- Lieu de résidence

Q26 7- Durée de présence dans la capitale

Q27 8- Distance parcourue pour venir au centre

Q28 9- Moyen de transport utilisé pour venir au centre

Q29 10- Echanges avec la consultante pour mieux la connaître

### 7-2 Antécédents :

#### 7-2-1 Antécédents obstétricaux

Q30 1- Nombre de grossesse Q31 2- Nombre d'accouchements

Q32 3- Nombre d'avortements Q33 4- Nombre de mort-nés

Q34 5- Nombre de naissances vivantes Q35 6- Nombre d'enfants décédés

Q36 7- Age et causes des décès Q37 8- Demande état de santé des enfants

Q38 9- Césarienne Q39 10- Forceps ou ventouse Q40 11 Eclampsie

Q41 12- Autre Q42 Préciser

#### 7-2-2 Antécédents de maladie

Q43 Infection urinaire Q44 Hypertension artérielle Q45 Diabète

Q46 Affection cardiaque Q47 Tuberculose Q48 MST

Q49 Drépanocytose Q50 Autre Q51 Précisions

### 7-3 Détermination de la date probable d'accouchement

**Q52** 1- Détermination de la date des dernières règles

**Q53** 2- Détermination âge de la grossesse

#### **7-4 Déroulement de la grossesse**

**Q54** Vomissement **Q55** Fatigue **Q56** Survenue palpitations

**Q57** Survenue dyspnée **Q58** Survenue d'œdèmes **Q59** Perception mouvements actifs fœtus **Q60** Pertes liquidiennes **Q61** Pertes vaginales

**Q62** Métrorragies **Q63** Troubles urinaires **Q64** Fièvre **Q65** Autre

**Q66** Précisions

#### **7-5 Hygiène de vie pendant la grossesse**

**Q67** 1-Question sur le travail professionnel ménager (nature, intensité, horaires...)

**Q68** 2-Question sur le travail ménager (nature, intensité, horaires...)

**Q69** 3-Repos (importance, modification activités à cause de la grossesse...)

**Q70** 4- Alimentation **Q71** 5- Autre **Q72** Précisions

#### **8- Examens cliniques**

**Q73** 1-Explique déroulement consult **Q74** 2- Pesée

**Q75** 3- Mesure de la taille **Q76** 4- Recherche boiterie **Q77** 5- Aide à monter sur la table **Q78** 6- Examen conjonctives **Q79** 7- Mesure de la TA **Q80** 8- Enlève soutien gorge **Q81** 9- Auscultation cardiaque

**Q82** 10- Auscultation pulmonaire **Q83** 11- Palpitation abdomen

**Q84** 12- Mesure Hauteur Utérine **Q85** 13-Ausc bruits cœur fœtal

**Q85** 14- Position fœtus **Q86** 15 Recherche œdèmes

**Q87** 16- Examen au spéculum **Q88** 17- Toucher vaginal

**Q89** 18- Aide à descendre **Q90** 19 Eclairage était-il suffisant ?

**Q91** 20- Examen à l'abri des regards **Q92** 21 –Autre **Q93** 22-Dire le résultat de l'examen à la gestante

#### **9- Examens para cliniques**

**Q94** A-t-on demandé des examens para cliniques

**Q95** Si oui a-t-on expliqué pourquoi ?

**Q96** Si oui a-t-on expliqué où aller ?

#### **10- Vaccinations**

**Q97** A-t-on demandé carnet de vaccination ?

**Q98** A-t-on proposé une vaccination ? 0- non 1-sur le champ 2- à une date ultérieure

#### **11- Grossesse à risque**

**Q99** La consultante a-t-elle été classée dans une « grossesse à risque » ?

## **12- Prescription**

**Q100** Une prescription a-t-elle faite ? **Q101** A-t-on expliqué pourquoi ?

## **13- Relations humaines**

13-1 Attitude praticien

**Q102** Gentillesse du ton **Q103** Attitude patiente **Q104** Manifestation d'intérêt pour la consultante **Q105** A-t-il fait les salutations d'usage à son départ ?

13-2 Pendant ou au décours de l'examen, le praticien a-t-il expliqué clairement à la consultante ?

**Q106** Comment évoluait la grossesse ?

**Q107** A-t-il demandé à la consultation de revenir ?

**Q108** Lui a-t-il précisé quand ?

**Q109** 13-3 Présence de tierces personnes pendant la consultation

0-Non

1-Oui plusieurs sages femmes

2-Oui, d'autres membres du personnel

3-Oui, par des accompagnants

4-Oui, d'autres personnes

**Q110** Lesquelles

**Q111** Nombre total de personnes dans la salle.....

**Q112** 13-3 Y-a-t-il des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation

0-Non 1-Oui, un peu 2-Oui, beaucoup

## **15 Conseils**

**Q113** A-t-on donné des conseils ? (plus, Réponses possibles)

0-Non 1-Sur le repos 2-Sur l'alimentation 3-Sur les MST/Sida

4-Autre **Q114** Si autre, précision

**Q115** A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire s'ils survenaient ?

**Q116** Si oui, quels signes d'alerte ?

## **16 Hygiène de la consultation**

**Q117** Le tissu est-il posé sur la table d'examen ? **Q118** Oui, est-il fourni par le centre ? (si non, il s'agit du pagne de la femme)

**Q119** Oui, est-il différent des femmes précédentes ?

**Q120** Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultation ?

Q121 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ?

Q122 A la fin de la consultation, le matériel est-il changé ?

Q123 Le matériel est-il correctement nettoyé ?

Q124 Le matériel est-il correctement désinfecté ?

Q125 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?

Q126 Si oui, laquelle

### 17-Conclusion

Q127 Le praticien a-t-il tiré une conclusion ?

Q128 Si oui, laquelle ?

0= RAS 1=Classement dans un groupe à risque 2= Référence vers l'unité gynécologique du centre

Q129 Le praticien a-t-il annoncé à la consultante la date probable d'accouchement ?

Q130 Si elle appartient à un groupe à risque, le lui a-t-il annoncé ?

Q131 Lui a-t-il dit où aller accoucher ?

Q132 Lui a-t-il dit pourquoi ?

Q133 Dire le résultat de l'examen à la gestante ?

## II Opinion sur les CPN

### 1. Examen du carnet de la grossesse

OPC1 Possession d'un carnet de grossesse : i ; 2 = non

#### Terme de la grossesse

OPC2 Date des dernières règles : = oui ; 2 = non

OPC3 Date de terme prévu pour l'accouchement : i ; 2 = non

### 2. Modalité du transport

OPC4 Etes-vous venue ? = à pied ; 2 = en véhicule collectif ; 3 = taxi ; 4 = en véhicule personnel ; 5= Autres (à préciser) :.....

### 3. Critères de choix du centre

OPC5 Pourquoi avez vous choisi ce centre :

1 = Parce que cet établissement est proche de mon domicile

2 = Parce que je connais quelqu'un dans cet établissement

3 = Parce que l'attente n'est pas trop longue

4 = Parce que le personnel est compétent

5 = Parce que le personnel est accueillant

6 = Parce que les tarifs sont peu élevés

7 = Parce que ici on peut acheter les médicaments à bon tarif



8 = Parce qu'une connaissance me l'a conseillé

9 = Autres raisons :

**OPC6** Etes vous déjà venue dans cette formation sanitaire ?  non ; 2 =

oui ;

3 = Oui, plusieurs fois

**OPC7** Pour quelles raisons :  consultation médicale ; 2 = consultation prénatale ;

3 = accouchement ; 4=Autre(à préciser) :

.....

**OPC8** L'ordre de passage a-t-il été respecté :  oui ; 2 = non

**OPC9** Comment étiez vous installée pendant l'attente ? 1=inconfortablement ;

2 = confortablement ;

**OPC10** Y avait-il des toilettes accessibles dans le service ? : 1  2 = oui ; 3 =

oui, mais salle ; 4 = oui, et propre ; 5 = ne sais pas

**OPC11** Avez vous trouvé l'attente longue ? :  1 = oui ; 2 = non

**OPC12** La personne qui vous a reçu a-t-elle été ? :  1 = Agréable ; 2 =

Désagréable

**OPC13** Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous ?

1 = oui ; 2 = non

**OPC14** Avez vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (Secret médical) :

1 = oui ; 2 = non

**OPC15** Votre intimité a-t-elle été respectée ?  oui ; 2 = non

3 = Si non, pourquoi ...

**OPC16** Comment avez vous trouvé les locaux ?  vieux et sales ; 2 = nouveau

mais sales ; 3 = Vieux mais propres ; 4 = nouveau et propres

**OPC17** Avez vous été satisfaite ?  = oui; 2 = non

3 = Si non Pourquoi ...

**OPC18** S'agit-il de votre première CPN ?

1 = oui ; 2 = non

**OPC19** Si non ou avez-vous consulté la première fois ?

1 = Dans le service prénatal d'un autre établissement ; 2 = Dans ce même service

**OPC20** Pourquoi avez vous changé de service prénatal ?

1 = J'ai payé trop cher dans le service précédent

2 = j'ai été mal accueilli dans le service précédent

3 =j e connais une sage femme ou une autre personne qui peut m'aider dans cet établissement

4=j'ai déménagé ; 5=autre ,expliquer:.....

**OPC21** Depuis combien de mois êtes- vous enceinte :.....mois

**OPC22** Vous a-t-on prescrit des examens para cliniques : 1 =  2 = non

**OPC23** Si oui, lesquels ?  1 = NFS ; 2 = Taux d'hémoglobine ; 3=groupe rhésus

4 = BW ; 5 = HIV ; 6 = Toxoplasmose ; 7 = Test d'Emmel ; 8 = Echographie ; 9 = Albumine/sucre ; 10= Autre (à préciser) :.....

**OPC24** Si oui, vous a-t-on expliqué pourquoi :  i ; 2 = non

**OPC25** Avez vous l'intention d'effectuer ces examens para cliniques ?

1 = non ; 2 = oui, certains ; 3 = oui, tous

**OPC26** Si non Pourquoi ?:.....

**OPC27** Vous a-t-on prescrit des médicaments ?  ui ; 2=non

**OPC28** Si oui lesquels : 1=SP ; 2=Fer ; 3=Acide folique ;

4 = Autres(à préciser) : :.....

**OPC29** Avez vous fait le VAT ?  1 = oui ; 2 = non

**OPC30** Comment devrez vous vous procurez de ces médicaments ?

1 = Moi même ; 2 = Mon mari; 3 = Mes parents ; 4 = Autre :

.....

**OPC31** Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN ? 1=oui ; 2=non

**OPC32** Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ?

1 = non, on ne m'a rien dit de particulier

2 = on m'a dit de ne pas accoucher à domicile

3 = on m'a dit de venir accoucher à la maternité et d'y venir dès le début du travail

4 = on m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé

5 = Césarienne prophylactique

## **SERMENT D'HIPPOCRATE :**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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 je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y 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 ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect 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.

Prése

JE LE JURE.

## **Fiche signalétique**

**Nom** : THIAM

**Prénom** : Adama

**Titre de la thèse** : Evaluation de la Qualité des Consultations Périnatales au centre de santé de référence de la Commune II du District de Bamako.

**Année universitaire** : 2008-2009

**Pays d'origine** : République du Mali

**Lieu de dépôt** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie et Obstétrique ; Santé publique.

**Résumé de la thèse** : en matière de naissance toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux adéquats.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau actuel de la qualité des CPN au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako ; décrire les structures en place, notamment les infrastructures et le plateau technique ; préciser les procédures et en déterminer les résultats.

C'est ainsi que sur le plan structural, le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako a été classé à un niveau III. C'est-à-dire que les références évaluées étaient assez satisfaisantes à 86,53%, avec un score de 45.

En ce qui concerne la qualité des prestations, celle-ci était de niveau III car l'examen physique souffrait souvent de certaines lacunes telles que :

- L'auscultation cardio-pulmonaire ;
- L'appréciation de l'état du bassin ainsi que le pronostic de l'accouchement dans le carnet.

Par contre, les gestantes ont exprimé leur entière satisfaction par rapport à l'accueil, qui était bon dans 95,9% des cas. L'intimité et la confidentialité étaient respectées chacune dans 95% des cas.

**Mots CLES** : Evaluation, Qualité, Consultation périnatale.