

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

République du Mali  
Un Peuple – Un But – Une Foi

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T-B**

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2013 – 2014

N° \_\_\_\_/

# Thèse

INFLUENCE DE LA QUALITE DES CONSULTATIONS  
PRENATALES SUR L'ISSUE DE LA GROSSESSE  
DANS LE CSREF DE LA COMMUNE II DU DISTRICT  
DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le /.../.../2014  
Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Par : **M. MOHAMED DOURRA**  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

## JURY

**Président :**

**Pr AG RHALY ABDOULAYE**

**Membres :**

**Dr MAMADOU HAIDARA**

**Co-directrice :**

**Dr KEITA SIDIBE ASSA**

**Directeur de thèse :**

**Pr HAMADOUN SANGHO**

# **DEDICACES**

Je dédie tout d'abord ce travail

❖ **A ALLAH** : le tout puissant, le tout miséricordieux, le très miséricordieux

Merci Seigneur de me permettre de vivre ce jour,

Merci d'avoir fait de moi un musulman,

Donne-moi Allah par ta grâce la faveur de rester soumis à ta volonté.

Donne-moi le courage d'accomplir avec amour et dévotion mon métier.

Enfin Seigneur donne-moi l'intelligence et l'indulgence de toujours assister et soulager ceux qui souffrent.

Amen.

❖ **A mon pays le Mali** : Mon beau pays,

Tu m'as tout donné, tu m'as tout appris et gratuitement.

Je reste fier et digne d'être ton fils.

A ton appel, je répondrais partout où besoin sera.

❖ **A mon père Dourra Ibrahim Maiga (in-memoriam)** :

Tes sacrifices et ta rigueur bienveillante ont forgé en nous tes enfants une éducation basée sur la probité morale, le respect et la dignité en toute circonstance. Tu resteras éternellement une partie de moi car de toi j'ai tout appris. Repose en paix.

❖ **A ma mère Lalla Touré :**

Femme d'honneur et de courage, tes conseils, ton soutien et tes prières m'ont permis de garder la foi dans la difficulté et d'espérer un avenir radieux. Tu as consacré ta vie à notre éducation et à notre réussite. Tes peines, tes privations, tes sacrifices ne seront pas vaines inchallah.

Je suis fier de t'avoir comme mère. je t'aime de toutes mes forces.

❖ **A ma tante Adam Touré :**

Modèle de dignité et de bienfaisance. Ton affection et ton éducation m'ont formé à être persévérant et combatif avec plus d'émulation dans toutes les situations de la vie. Reçois ici toute ma reconnaissance.

❖ **A mon Parrain et Oncle Dr Mohamed Cissé :**

Ton soutien ne m'a jamais fait défaut, tes conseils ont éclairé ma voie et resteront pour moi un repère sûr. Qu'Allah te donne encore longue vie dans la santé et qu'il fasse que je puisse jouer pleinement mes devoirs envers toi.

❖ **A mes frères et sœurs :**

➤ **Ibrahim Dourra :**

Tu m'as toujours accompagné et montré la voie de la loyauté. Ton soutien et ton accompagnement ont été un tremplin vers mon accomplissement. Trouve ici mes sentiments fraternels.

➤ **Mariam Coulibaly :**

Pour ton soutien moral et ton affection. Sois rassurée de mon profond amour et de ma constante disponibilité.

➤ **Ali Maiga:**

Pour ton esprit de famille et ton soutien moral et matériel. je te suis reconnaissant.

➤ **Boubacar Maiga :**

Pour ton accompagnement et tes conseils. Sois rassuré de ma disponibilité.

➤ **Yaya Dao :**

Merci pour ton soutien sans faille. Reçois ici l'expression de ma profonde gratitude.

➤ **Binta Maiga :**

Pour m'avoir donné de l'affection et de la tendresse. ton soutien n'a jamais fait défaut. Trouve ici toute ma gratitude.

➤ **Maharafa Maiga**

Pour tes conseils et ton soutien. Je n'oublierais jamais les sacrifices fraternels

➤ **A tous les membres de ma famille :**

Pour votre assistance morale et matérielle. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

# **RECONNAISSANCES ET REMERCIEMENTS**

❖ **A mes oncles Moussa Doudou et Yacouba Traoré :**

Pour votre assistance inestimable et votre attachement à mon égard. Toutes mes sincères reconnaissances.

❖ **A mes tantes Ana Touré, Zeinabou Touré et Kadidia Haidara :**

Pour votre constante disponibilité et votre sensibilité à mes problèmes.

Recevez toute ma reconnaissance.

❖ **A mon cousin Hamèye Dicko :**

Pour ton soutien sans faille surtout dans les moments difficiles. Tu as été toujours là pour moi et pour tout. Merci et Qu'Allah te donne une longue et agréable vie.

❖ **A mes amis :**

- Drissa Koné
- Dr Abdoul Aziz Maiga
- Dr Touhami Mohamed
- Yacouba K Koné
- Souleymane Koné
- Aimé Paul
- Espoir
- Adama B Coulibaly
- Assa Diarra
- Marius
- Tata Tangara

- Rokiatou Diarra
- Youssouf Kansaye
- Dr Adama Pléah
- Assa Diarra

Ce travail est le vôtre, il est la volonté et la consécration de votre soutien manifeste. Je ne retiendrai de vous que les agréables souvenirs et moments vécus ensemble. Soyez assurés de ma constante disponibilité et recevez ici l'expression de toute mon amitié.

❖ **A mon groupe syndical : la renaissance convergence syndicale**

Je garderai de chacun de vous une cordialité fraternelle. Je vous serai indéfiniment redevable.

❖ **A tout le personnel du CREDOS :**

Pour votre aimable sympathie et votre sincère cordialité. Recevez ici l'expression de mes respectueuses considérations.

❖ **Au personnel du service de Gynéco-obstétrique du CSREF de la commune II :**

Pour leur disponibilité et leur grande générosité. Les moments passés avec vous ont été d'une richesse inestimable. Soyez remerciés pour la formation.

❖ **Au corps professoral de la F.M.O.S :**

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

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury : **Pr Ag Rhaly Abdoulaye 1**

- ✚ Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS;
- ✚ Ancien Directeur Général de l'INRSP ;
- ✚ Ancien secrétaire général de l'OCCGE ;
- ✚ Membre du comité d'éthique de la FMOS ;
- ✚ Chevalier international des palmes académiques du CAMES ;
- ✚ Docteur HONORIS CAUSA de l'université LAVAL CANADA.

Cher maître,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et votre présence est un honneur pour nous.

Espérant que ce travail sera à la hauteur de vos espérances, veuillez trouver ici Honorable maître l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge : **Dr Haidara Mamadou**

🚩 Gynécologue obstétricien ;

🚩 Chef du service de Gynéco-obstétrique du CSREF de la commune II.

Cher maître,

Nous avons apprécié votre simplicité, vos qualités intellectuelles et humanitaires.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de courage.

Puisse Dieu vous garder en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs.

A notre maitre et co-directrice de thèse : **Dr Keïta Sidibé Assa**

- ✚ Master en Santé publique ;
- ✚ Directrice Générale Adjointe du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).

Cher maître,

Votre rigueur dans le travail, l'amour du travail bienfait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire.

Votre caractère sociable fait de vous une femme de classe exceptionnelle, une enseignante dévouée. Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation et même pour notre éducation.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

Puisse Allah vous garder longtemps dans la santé et la quiétude.

Merci infiniment.

A notre maître et directeur de thèse : **Pr Hamadoun Sangho**

- ✚ Maître de Conférences Agrégé en santé publique ;
- ✚ Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).

Cher maître,

Honorable Maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous avoir comme Directeur de thèse.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui forcent l'admiration.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération.

# **SIGLES ET ABREVIATIONS**

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**CPN** : consultation prénatale.

**HU** : hauteur utérine.

**TA** : tension artérielle.

**NFS** : numération formule sanguine.

**CSREF** : centre de santé de référence.

**CREDOS** : centre de recherche, d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant.

**SNIS** : système national d'information sanitaire.

**OMS** : organisation mondiale de la santé.

**SA** : semaines d'aménorrhées.

**EDSM** : enquête démographique et de santé au Mali.

**CCC** : communication pour le changement de comportement.

**VIH** : virus de l'immunodéficience humaine.

**FMOS** : faculté de médecine et d'odontostomatologie.

**SP** : sulfadoxine-pyriméthamine.

**TPI** : traitement préventif intermittent.

**MII** : moustiquaire imprégnée d'insecticide

# **SOMMAIRE**

**SOMMAIRE**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>HYPOTHESE ET OBJECTIFS.....</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>9</b>
<b>IV.</b>	<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>21</b>
<b>V.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>44</b>
<b>VI.</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>71</b>
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>80</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>82</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCES.....</b>	<b>84</b>

**ANNEXES**

# **INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé recommande que les femmes initient les soins prénatals avant la fin du quatrième mois de grossesse et qu'elles fassent quatre visites à intervalles réguliers avant l'accouchement.

Dans toute société, la grossesse est un événement physiologique particulier qui attire l'attention des couples et des familles. C'est pourquoi les soins prénatals ont été adoptés de façon universelle. Cependant, dans leur réalisation pratique, de grandes différences existent.

En Afrique subsaharienne le nombre de décès maternels pour 100000 naissances vivantes atteint 900, Au Mali ce taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes alors que le taux de mortalité néonatale est de 60 pour 1 000 naissances [1].

Plusieurs facteurs ont été répertoriés comme affectant la fréquentation des centres de Consultations prénatales dans ces pays: le statut des femmes, leur situation matrimoniale (la grossesse est honteuse si la femme n'est pas mariée), l'économie et le statut économique (l'économie générale du pays ou de la communauté, le bien être économique de la famille, la personne qui contrôle les finances dans la famille ou le ménage), les croyances défavorables qui concernent la grossesse, etc. Un autre facteur non moins important est la qualité des services offerts, le nombre insuffisant et la mauvaise répartition des centres de CPN. Tous ces arguments alourdissent le coût de la grossesse dans les pays en développement et rendent sa prise en charge très aléatoire.

Au Mali, selon la dernière enquête démographique et de santé réalisée en 2006, pour 70 % des naissances, la mère s'était rendue en consultation prénatale, au moins une fois, auprès de personnel de santé, soit un médecin, une infirmière, une sage femme ou une matrone/auxiliaire formée. Ce taux de couverture prénatale

variait significativement selon le lieu de résidence, plus élevé en ville qu'en campagne (87 % contre 64 % en milieu rural). Par contre, il faut noter que c'est en milieu rural que la fréquence des consultations prénatales a le plus augmenté depuis l'EDSM-III (64 % en 2006 contre 47 % en 2001). Par ailleurs, le recours aux soins prénatals était d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé : en effet, 96 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire de l'enseignement vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 87 % de celles ayant un niveau primaire ou fondamental et seulement 67 % des mères non scolarisées. Ces différents constats sont des indices qui indiquent que le profil sociodémographique a une influence sur la surveillance prénatale. C'est compte tenu de ce qui précède, qu'un nouveau modèle de consultation prénatale a été préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il met l'accent sur les éléments essentiels qui ont prouvé qu'ils amélioreraient le résultat de la grossesse. Ce modèle qui réduit le nombre de visites prénatales à 4 pour les grossesses à faible risque s'est avéré aussi efficace que l'ancien et coûte moins cher ; ce qui en fait une meilleure option pour les pays pauvres. Cette nouvelle politique, focalisée sur l'essentiel, a été adoptée par le Gouvernement Malien en quête d'un système de santé qui répondrait mieux aux besoins des citoyens. Elle est appelée communément consultation prénatale recentrée et occupe une place de choix dans le document de politique, normes et procédures des services de santé de la reproduction au Mali.

Cette CPN recentrée a pour conditions et principes un prestataire qualifié, une éducation sanitaire et un local adéquat dont les éléments sont la détection et le traitement précoces des problèmes et complications de la grossesse, la prévention des maladies et des complications, la préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications, et enfin la promotion de la santé.

La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse, elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement, l'identification d'éventuelles complications. L'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse.

Sur les deux cent dix millions de femmes enceintes recensées chaque année, quelques huit millions souffrent de complications parfois mortelles et beaucoup ont des séquelles, voir une incapacité permanente. On estime qu'en l'an 2000, 529 000 femmes sont mortes pendant la grossesse ou l'accouchement de causes en grande partie évitables. A l'échelle mondiale le taux de mortalité maternelle n'a guère évolué ces dix dernières années [2].

Les écarts entre les régions sont énormes : 99% de décès maternels se produisent dans les pays en développement. Le risque à la naissance de mourir d'une affection maternelle est de 1 sur 16 en Afrique subsaharienne, 1 sur 58 en Asie du Sud-est et de 1 sur 4000 dans les pays industrialisés [2].

Malgré l'amélioration des soins prénatals au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée au Mali, comme dans le reste des pays de la sous région, avec des taux se situant autour de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les résultats de l'EDSM-IV suggèrent que le comportement procréateur, mais aussi les conditions sanitaires, continuent à constituer un risque important de mortalité dans un pays où la fécondité reste encore très élevée. La fécondité précoce, les grossesses rapprochées, le manque de soins prénatals et l'absence d'assistance à l'accouchement sont autant de facteurs qui font courir aux femmes des risques élevés de décès lors de l'accouchement.

A cet égard, au Mali, comme dans les autres pays de l'Afrique au Sud du Sahara, pour parvenir à une réduction de la mortalité maternelle, des efforts devraient être entrepris principalement dans deux domaines :

- La disponibilité des soins prénatals et la possibilité d'accoucher dans les établissements sanitaires, surtout en zone rurale.
- L'éducation des femmes, des familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à hauts risques et, en particulier, les accouchements de femmes très jeunes. En outre, des programmes éducatifs devraient insister sur le fait que les femmes enceintes à risque doivent être conduites dans des établissements équipés pour prendre en charge les cas d'accouchement avec complications.

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

En vue de satisfaire les besoins individuels, socioculturels, et médicaux des gestantes, une amélioration de la qualité des soins est importante pour assurer aux femmes une meilleure santé, accroître leur accès aux services de santé maternelle tout en utilisant les ressources limitées. Cela exige que le personnel qui dispense ces soins possède les connaissances, les compétences, les ressources et les attitudes répondant à l'attente des clientes.

Au Mali il y'a eu une augmentation du taux d'utilisation de la CPN de 78% en 2007 à 84% en 2008. Cependant elle varie de 48% pour la région de Kidal à 94%

pour le district de Bamako [3]. Annuaire 2008 du système national d'information sanitaire (SNIS).

Selon l'EDS-M IV, plus de trois femmes sur dix soit (35 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Dans 28 % des cas, elles n'ont effectué que 2 ou 3 visites prénatales et, dans seulement 6 % des cas, elles n'ont effectué qu'une seule visite [4].

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que, dans 30 % des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Dans 23 % des cas, la première visite prénatale a eu lieu entre 4 et 5 mois de grossesse et, dans 13 % des cas, elle a eu lieu relativement tard, entre 6 et 7 mois de grossesse. Enfin, on constate que dans 3 % des cas, les femmes ont attendu le dernier stade de la grossesse pour effectuer la première visite prénatale.

Il est désormais possible de signaler des changements prometteurs. En effet le consensus s'élargit sur l'importance des soins qualifiés.

Les personnes qualifiées plus spécialisées, telles que les médecins doivent pouvoir prendre en charge les complications liées à la grossesse en fournissant des soins obstétricaux essentiels et notamment des actes chirurgicaux [4].

Bien conduite, la CPN devrait permettre de mener la grossesse à terme et d'assurer l'accouchement dans des conditions de sécurité optimales pour la mère et son nouveau-né. Cependant le contexte dans lequel cette activité est organisée et pratiquée au niveau du district de Bamako ne laisse guère espérer un résultat très probant d'où l'intérêt de cette étude qui permettra de décrire les procédures de la CPN dans le CSREF de la commune II, de déterminer le niveau de performance des prestataires et enfin d'évaluer l'impact réel des soins prénatals de qualité sur l'issue des grossesses des femmes en commune II du district de Bamako.

# **HYPOTHESES ET OBJECTIFS**

## **II. HYPOTHESES ET OBJECTIFS**

### **2.1. HYPOTHESE**

La qualité des consultations prénatales a une influence sur l'issue de la grossesse.

### **2.2. OBJECTIFS**

#### **2. 2.1. Objectif général :**

Etudier l'influence de la qualité des soins prénatals sur l'issue de la grossesse dans le CSREF de la commune II du district de Bamako en 2013.

#### **2.2.2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques des femmes suivies en CPN en commune II du district de Bamako en 2013 ;
- déterminer la qualité des soins offerts aux femmes enceintes ;
- mesurer la proportion des issues favorables et défavorables ;
- déterminer la relation entre la qualité de la CPN et les issues de grossesse en commune II du district de Bamako du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014.

# **GENERALITES**

### III. GENERALITES

#### 3.1. Définitions opératoires des concepts

- **Influence** : Influence est l'action qu'une chose exerce sur une personne ou sur une autre chose.
- **la qualité des soins** : C'est l'exécution correcte (conformes aux normes) d'interventions que l'on sait sûres, qui sont abordables pour la société, qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et qui répondent aux besoins des clients.

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

Les soins de qualités sont le résultat d'une dynamique complexe comportant des dimensions multiples.

- **Grossesse à risque:**

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

- **Grossesse multiple :**

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

- **Gestité:** nombre total de grossesses contractées par une femme ;
- **Primigeste** : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse ;
- **Pauci geste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse ;
- **Multi geste:** c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième

Grossesse ;

- **Grande multi geste:** il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.

- **Accouchement** : terminaison de la grossesse après 6 mois révolus.
- **Parité** : nombre total d'accouchements d'une femme.
- **Nullipare**: il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare**: c'est une femme qui a accouché une fois.
- **Pauci pare**: c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare**: c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.
- **Grande multipare**: il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus

### 3.2. Revue de la littérature

La consultation prénatale (CPN) est une des principales activités des services de santé du district de Bamako. Bien conduite, elle devrait permettre de mener la grossesse à terme et d'assurer l'accouchement dans des conditions de sécurité optimales pour la mère et son nouveau-né.

La revue documentaire nous a permis de comprendre que la multiplication des CPN pendant la grossesse ne peut pas prévenir les complications au moment de l'accouchement ou après la naissance.

Les conclusions des études les plus récentes conduisent à penser que quatre CPN par grossesse (12, 26, 32, 36 SA) permettent de mettre en place les interventions d'efficacité prouvée pour la mère et le nouveau-né. De forts investissements pour les soins prénatals ont été faits dans les pays en développement, soutenus par les espoirs mis dans « l'approche à risque. La consultation prénatale (CPN) connaît un succès réel auprès des femmes en Afrique de l'Ouest : là où elle est accessible, les femmes l'utilisent largement malgré des conditions d'accueil souvent médiocre. Dans le même temps, la mortalité maternelle et la mortalité néonatale n'ont pas diminué, elles ont même augmenté dans certains pays. Or, pendant au moins deux décennies, la CPN et le planning familial ont bien souvent été les

seules actions réellement organisées en matière de santé féminine, encore que leur objectif était plutôt la diminution de la mortalité infanto-juvénile.

### **3.2.1. Aspects techniques de la CPN**

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois objectifs essentiels :

- la vérification du déroulement optimale de la grossesse et le dépistage de tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- le traitement et l'orientation de la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un facteur de risque décelé ;
- l'établissement du pronostic de l'accouchement, la prévision des conditions d'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence.

Durant les différentes CPN, les activités suivantes sont menées.

#### **3.2.1.1. La première CPN : elle comporte les étapes suivantes:**

##### **a) l'accueil**

Le prestataire doit chaleureusement accueillir la gestante avec respect et amabilité

- lui souhaiter la bienvenue ;
- lui offrir un siège ;
- se présenter à la femme.

**b) L'interrogatoire des gestantes**

- En plus du diagnostic de la grossesse il faut rechercher les informations suivantes:
- le début de la grossesse (date des dernières règles) ;
- les signes sympathiques de la grossesse : ils apparaissent vers la fin du premier mois et il s agit de nausées, de météorisme abdominal, d'irritabilité et de fatigue ;
- les antécédents obstétricaux : il s'agit des antécédents de fausses couches, d'interruption volontaire de grossesse, d'infertilité, de grossesses antérieures et leur déroulement (menace d'accouchement, prématurité, HTA, etc..) et de la modalité de l'accouchement (terme à l'accouchement, travail spontané ou 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, néphropathie, etc....
- Les antécédents chirurgicaux : myomectomie, rupture utérine , plastie utérine.
- les habitudes alimentaires : tabac, alcool, drogue, ration alimentaire etc ;
- la nature, l'intensité et les horaires de travail.

**c) L'examen physique**

Il s agit d'un examen minutieux qui précisera la taille, le poids, la mesure de pression artérielle, la fréquence cardiaque et l'auscultation cardio-pulmonaire. Il sera complété par un examen obstétrical (palpation des seins, toucher vaginal, et l'examen au spéculum).

#### **d) Les examens complémentaires**

Selon les normes et procédures de la surveillance prénatale au Mali, 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 B.W ;
- le test d'Emmel.

Il faut l'échographie pelvienne de datation en cas surtout de doute sur le terme de la grossesse, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite à tenir ultérieure.

Elle sera demandée aussi pour préciser le siège intra-utérin de la grossesse et son évolutivité.

#### **3.2.1.2. Pour les consultations ultérieures**

**a. l'interrogatoire** : recherchera les signes de pathologies intercurrentes ainsi que les autres plaintes de la femme.

**b. l'examen physique** : il sera compléter par la recherche des œdèmes, le palper abdominal pour préciser la taille fœtale ainsi que la présentation du fœtus et l'auscultation des bruits du cœur fœtal.

**c. l'examen au neuvième mois** : il doit établir le pronostic de l'accouchement, et prévoir les conditions de l'accouchement.

Il comprend :

- un examen général et un examen obstétrical qui vont rechercher les éléments cités précédemment.

- l'examen obstétrical doit apprécier l'état du bassin.

Le bassin est apprécié de trois manières :

- ✓ La pelvimétrie interne au toucher mensurateur.
- ✓ La radio pelvimétrie.
- ✓ La pelvimétrie externe à l'aide d'un pelvimètre.

Le bassin est soit normal, dans ce cas l'accouchement est favorable par la voie naturelle ; soit il est limite et on fait recours à l'épreuve du travail ; soit il est généralement rétréci dans ce cas l'accouchement se fait exclusivement par la césarienne.

L'OMS a préconisé un nouveau modèle de CPN mettant l'accent sur les éléments essentiels qui ont prouvés qu'ils amélioreraient le résultat de la grossesse, ce model qui réduit le nombre de visites prénatales à 4 pour les grossesses à faibles risque s'est avéré aussi efficace que l'ancien et coûte moins cher ,ce qui en fait est une meilleure option pour les pays pauvres, c'est pourquoi le gouvernement Malien l'a adopté en vue d'obtenir un système de santé qui répondrait mieux aux besoins des citoyens. Elle est appelée communément CPNR et occupe une place de choix dans le document de politique, normes, et procédures des services de santé de la reproduction au Mali.

### **3.2.2. La consultation prénatale recentrée :**

#### **1. Concept**

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

Elle adhère au fait que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue 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.

La CPN-R encourage des soins basés sur l'évaluation des risques et non leur approche parce que cette dernière n'est pas une stratégie efficace pour les soins prénatals du fait que l'on ne puisse prédire les complications. Toutes les femmes enceintes sont à risque de développer des complications.

Les facteurs de risque ne sont généralement pas une cause directe des complications, de nombreuses femmes à « faibles risque » développent des complications, la plupart des femmes à « haut risque » accouchent sans complications.

Les soins prénatals recentrés insistent sur :

- des actions éprouvées, orientées selon un objectif.
- des soins individualisés axés sur la femme.
- la qualité des visites par opposition à leur nombre.
- des soins donnés par des prestataires qualifiés.

## **2. principes de la CPN recentrée**

- la détection et le traitement précoce des problèmes et des complications.
- la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine - pyriméthamine.
- la préparation à l'accouchement.

## **3. Etapes de la CPN recentrée**

### **a. Préparer la CPN :**

- Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.
- accueillir la femme avec respect et amabilité :
- saluer chaleureusement la femme ;
- souhaiter la bienvenue ;
- offrir un siège ;
- se présenter à la femme ;
- demander son nom ;
- assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports)

#### **b. Procéder à l'interrogatoire/enregistrement**

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- recueillir les informations sur l'identité de la femme ;
- rechercher les antécédents médicaux ;
- rechercher les antécédents obstétricaux ;
- rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- demander l'histoire de la grossesse actuelle ;
- rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- noter les informations recueillies dans le carnet, le registre des consultations et les fiches opératoires.

#### **c. Procéder à l'examen**

- Examen général ;
- examen des seins ;
- examen obstétrical ;
- examen du bassin ;

**d. Demander les examens complémentaires**

A la première consultation :

- demander le groupage rhésus ;
- demander le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine, B.W (titrage), albumine sucre dans les urines ;
- demander le test VIH après counseling ;
- les autres examens seront demandés selon le besoin ;
- pour les autres consultations : demander l'albumine et sucre dans les urines et les examens complémentaires.

**e. Prescrire les soins préventifs**

- Vacciner la femme contre le tétanos ;
- prescrire la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) ;
- Prescrire le fer acide-folique ;
- donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œuf, lait, poissons, viande, feuilles vertes), l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ;
- donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix.

**f. Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :**

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

**g. Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme et sa famille :**

- Identifier un prestataire compétent ;
- identifier le lieu de l'accouchement ;
- clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;

- prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgences ;
- identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;
- renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger :

#### **4. Signes du travail :**

- maux de ventre et de dos ;
- contractions régulières et douloureuses ;
- glaire striée de sang (bouchons muqueux).

#### **5. Signes de dangers chez la femme enceinte**

- Saignements vaginaux ;
- respiration difficile ;
- fièvre ;
- douleurs abdominales graves ;
- maux de tête prononcés, vision trouble, vertiges, bourdonnements d'oreille ;
- convulsions, pertes de connaissance ;
- douleur de l'accouchement avant la 37<sup>ème</sup> semaine ;
- contractions utérines régulières progressivement douloureuses ;
- douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus ;
- pertes ensanglantées ;
- rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes).

#### **6. Donner le prochain rendez-vous :**

- Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :

- une au premier trimestre ;
- une au deuxième trimestre ;
- deux au troisième dont une au 9ème mois ;
- insister sur l'importance du respect de la date de rendez vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse ;
- raccompagner la femme après l'avoir remercié.

### **7. Consultation prénatale de suivi :**

- Rechercher les signes de danger ;
- symptômes et signes de maladies ;
- identifier une présentation vicieuse ;
- problème changements depuis la dernière consultation ;
- sensibiliser la femme sur les mesures préventives ;
- sensibiliser la femme sur la PF ;
- ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement ;
- raccompagner la femme après l'avoir remercié.

# **METHODOLOGIE**

## **IV. METHODOLOGIE**

### **4.1. Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

#### **4.1.1 Données géographiques**

La commune II couvre une superficie de 17 km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako (267 Km<sup>2</sup>) et est limitée :

- A l'est par la commune I du district de Bamako ;
- au Nord par la colline du « Point G » ;
- à l'Ouest par la commune III du district de Bamako ;
- au Sud par le fleuve Niger.

#### **4.1.2 Données démographiques**

La population est cosmopolite et engorge toute la composante socio-économique et culturelle du Mali. La population a été estimée à 1 849 711 habitants soit une densité d'environ 108 811 hts/km<sup>2</sup>. Elle est répartie entre 12 quartiers dont les premiers étaient Niaréla, Bagadadji et Bozola ensuite ont suivi Médina-coura, Missira, Hippodrome (anciennement appelé N'datékoumana), Quinzambougou, Bakaribougou et enfin Bougouba. La commune II abrite les vieux quartiers de Bamako.

#### **4.1.3 Situation socioculturelle**

Les religions, musulmane, chrétienne, animiste se côtoient mais l'islam est largement dominant. La polygamie et l'excision sont des pratiques observées en commune II.

La population vit d'activités diverses parmi lesquelles on peut citer notamment le commerce, l'agriculture, l'élevage et la pêche.

#### **4.1.4 Climat et végétation**

- Le climat est tropical avec trois saisons qui durent 4 mois chacune :
  - la saison des pluies avec une hauteur moyenne de pluie qui oscille entre 600-800 mm/an;
  - la saison froide de novembre à février ;
  - la saison chaude de mars à juin.
- La végétation est de type soudano-sahélien dominé par des grands arbres comme les manguiers.

#### **4.1.5. Historique du centre de santé :**

Ce centre d'abord dispensaire puis PMI (Protection maternelle et infantile) jusqu'en 1998, fut érigé en centre de santé de référence deuxième niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali.

Pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population de la commune II en particulier et de l'ensemble du district de Bamako en général, le centre a bénéficié d'un bloc opératoire (le 29 décembre 2006) permettant ainsi la réalisation d'interventions chirurgicales.

#### **4.1.6. Différentes unités du centre de santé :**

Le centre de santé de référence de la commune II est situé au quartier Missira rue 283 porte 1015 ; il comprend :

- l'administration ;
- la pharmacie ;
- le service de gynéco obstétrique ;

- le service de Médecine ;
- le service d'odontostomatologie ;
- le service d'ophtalmologie ;
- le service d'oto-rhino-laryngologie ;
- le service de Pédiatrie ;
- le service de Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- le service des affaires sociales ;
- le service de chirurgie générale.

#### **4.1.7. Description du service de gynécologie obstétrique :**

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez-de-chaussée du bâtiment situé à gauche de l'entrée principale et comprend :

- un bloc opératoire ;
- un bureau de la sage-femme maîtresse ;
- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- une salle d'échographie ;
- trois salles d'hospitalisation ;
- une salle de médecins en cours d'études spécialisées gynécologie obstétrique (DES) ;
- une salle des anesthésistes ;
- une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque ;

- une unité de planning familial ;
- une unité prénatale ;
- une unité post-natale ;
- une unité de prévention de la transmission mère enfant (PTME) ;
- une toilette externe pour le personnel.

#### **4.1.8. Le personnel du service de gynécologie obstétrique :**

Il comprend :

- trois gynécologues ;
- trois anesthésistes ;
- trente une sage-femmes dont la sage-femme maîtresse ;
- quatre infirmières obstétriciennes ;
- des infirmières ;
- trois aides du bloc ;
- des aides-soignantes ;
- sept manœuvres ;
- quatre chauffeurs.

A ce personnel s'ajoute un nombre variable d'étudiants en médecine de différents niveaux d'étude dont des thésards qui participent au bon fonctionnement du centre [5].

#### **4.1.9. Fonctionnement du service :**

Le service de gynécologie obstétrique assure des fonctions de soins, formation et d'encadrement de médecins en cours d'études spécialisées en gynécologie obstétrique. Le service dispose d'un bloc opératoire, d'une salle d'accouchement qui fonctionnent 24heures/24. l'activité des soins englobe la gynécologie et l'obstétrique (prise en charge des grossesses à haut risque materno-fœtal, l'accouchement).

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées tous les jours par les médecins gynécologues aidés par les médecins à compétence gynécologique, les thésards et les sages-femmes.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'aide des infirmières et des aides-soignantes.

Une équipe de garde composée de médecins en spécialisation, des thésards, des externes, d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante et d'un manoeuvre supervisée par trois gynécologues assure le travail quotidiennement 24h/24h.

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 par les gynécologues.

Deux fois par mois un exposé est organisé pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment observées dans le service.

#### **4.1.10. Equipement :**

Le tableau suivant nous donne le nombre de mobiliers et de matériels techniques que comptait le service de gynéco-obstétrique tout au long de la période d'étude.

<b>Salle d'accouchement</b>	<b>Bloc opératoire</b>
3 tables d'accouchement	1 table opératoire
2 stéthoscopes obstétricaux	1 bistouri électrique
3 sources d'oxygène	4 boîtes de césarienne
2 appareils à tension	1 boîte de forceps
5 boîtes d'accouchement	2 boîtes de laparotomie
1 stérilisateur	2 boîtes gynécologiques
1 ventouse	6 boîtes à blouses et champs
1 table de réanimation pour nouveau né	1 lampe scialytique
2 chaises	2 aspirateurs
1 berceau	1 générateur d'oxygène
1 table ordinaire	1 autoclave
	1 boîte de sécurité

#### **4.2. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective dont la collecte des données sur le terrain a été réalisée du 03 novembre 2013 au 03 mars 2014.

#### **4.3. Population d'étude**

Elle a concerné : les femmes enceintes, les accouchées, les nouveau-nés, le personnel chargé de la CPN, les pharmaciens

##### **4.3.1. Critères d'inclusion :** ont été incluses dans notre étude :

- Toute femme enceinte ayant 6 mois de grossesse et qui acceptera de participer à notre étude ;

- Toute femme accouchée ayant été suivie par nous et qui acceptera de répondre ;
- Tout nouveau-né dont la mère a été suivie par notre équipe ;

#### 4.3.2. Critères de non inclusion :

- toute femme enceinte qui refusera de se soumettre à notre enquête.
- Toute femme enceinte dont l'âge de la grossesse est inférieur ou supérieur à six mois.
- le personnel de l'unité de la CPN qui avait refusé de se soumettre à nos questions ;
- Toute femme accouchée ayant été suivie par nous et qui refusera de répondre à nos questions

#### 4.4. Méthode et technique d'échantillonnage

- La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée pour toutes les cibles.
- Les techniques d'échantillonnage suivantes ont été utilisées :
  - raisonné pour les agents chargés de la CPNR;
  - choix exhaustif pour les femmes enceintes.
  - choix exhaustif pour les accouchées et nouveau-nés.

#### 4.5. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :

$$p \cdot q$$

La taille minimale de l'échantillon  $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{I^2}$

$$I^2$$

Avec :

Z: écart réduit = 1,96 correspondant au risque  $\alpha$  de 5%

Une précision :  $i = 5\%$

$p = 70\%$ . Selon EDSM IV, on relève que 70 % des femmes enceintes se sont rendues en consultation prénatale, dispensée par du personnel formé.

$q = 1 - p = 30\%$

$$\text{La taille de l'échantillon } n = (1,96)^2 \frac{0,70 \times 0,30}{(0,05)^2} = 126,05 = 126$$

En prenant 10% de cette taille comme taux de non réponse possible soit 3, nous avons la taille minimale de l'échantillon  $n = 126 + 3 = 129$ .

#### 4.6. Variables

##### a. les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes

- l'âge des gestantes ;
- leur statut matrimonial ;
- l'ethnie ;
- leur niveau d'instruction ;
- profession ;
- leur statut économique.

##### b. Variables relatives à l'accueil :

- salutation de la gestante (Souhaiter la bienvenue, inviter à s'asseoir  
Presentation);

- langue de communication (Consultante comprenait-elle la langue)

**c. Variables liées à l'interrogatoire de la parturiente :**

- identité de la femme ;

- demande des plaintes;

- demande de la date des dernières règles à la 1<sup>ère</sup> visite;

- demande du carnet de la grossesse précédente ;

- profession du mari ;

- antécédents (Recherche des antécédents gynéco- obstétricaux, médicaux (HTA, diabète) et chirurgicaux césarienne...);

- rechercher les facteurs de risque (menace d'accouchement prématuré, hémorragies) ;

- informer la femme du déroulement de la consultation ;

- recherche la carte de vaccination ou le carnet de santé du dernier enfant pour la vaccination antitétanique.

**d. Variables liées à l'examen physique**

- Observer l'état général de la femme ;

- demander à la femme de vider la vessie;

- se laver les mains avant et après l'examen ;

- prise de la température ;

- prise du poids : peser la femme ;

- prise de la tension artérielle ;
- mesure de la taille ;
- recherche de la pâleur conjonctivale ;
- recherche des œdèmes des membres inférieurs ;
- inspecter l'abdomen et noter la présence de cicatrices chirurgicales ;
- examiner les seins;
- palper la thyroïde à la recherche d'un goitre ;
- examiner les membres inférieurs à la recherche de varices ; d'œdèmes ;
- explique à la femme les résultats de l'examen et la rassurer.

#### **e. Variables liées à l'examen obstétrical**

- Recherche des pôles fœtaux à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse ;  
Palper l'abdomen et noter:
  - la hauteur utérine ;
  - les mouvements fœtaux ;
  - la position fœtale (à 36 semaines de grossesse ou plus) ;
  - les bruits du cœur fœtal (20<sup>ème</sup> semaine de grossesse) ;
  - toucher vaginal, combiné au palper abdominal ;
  - examiner le bassin;
  - mettre des gants stériles ;
  - inspecter le périnée ;
  - effectuer un examen au spéculum pour observer le col et le vagin;
  - auscultation des bruits du cœur fœtal à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse;

#### **f. Tâches après l'examen physique et obstétrical**

- Décontaminer le matériel : gant, spéculum ;

- se laver soigneusement les mains ;
- aide la femme à se mettre dans la position assise ;
- calcule la date présumée de l'accouchement ;
- communique le résultat de l'examen à la femme ;
- remplit registre, carnet de santé, carte maternelle ;

**g. Examens para cliniques demandés :**

- Groupage/rhésus; NFS, BW ;
- test d'Emmel/ électrophorèse de l'hémoglobine ;
- sérologie VIH (si accord de la femme après counseling) ;
- recherche l'albumine et le sucre dans les urines.

**h. Variables liées à la prophylaxie**

- Traite les affections dépistées ;
- donne la dose supervisée de SP à partir de 16 S.A ;
- donne du fer/acide folique ;
- donne du Mébendazole à partir de 16 S.A ;
- administre le VAT pour la femme non vaccinée.

**i. Variables liées aux conseils**

- Donner toutes les explications sur la prise des médicaments ;
- explication de la posologie de la SP, du fer et de l'acide folique, et de l'albendazole ;
- discute du plan d'accouchement et des complications avec la femme et du bien-fondé de l'implication de son mari ;

- cherche une possibilité de rencontrer le mari pour son implication ;
- donne des conseils sur : hygiène corporelle, hygiène alimentaire, l'allaitement maternel exclusif, la PF, l'utilisation des produits nocifs (alcool, tabac), repos et l'activité, l'allaitement maternel exclusif, la prévention du paludisme par le TPI et le MII ;
- discute du programme de ses prochaines visites (20 à 24 semaines ; 28 à 32 semaines ; 36 semaines) ;
- expliquer l'importance de respecter les dates de rendez vous et la nécessité de venir en cas de besoin ;
- expliquer que les visites non programmées peuvent avoir lieu n'importe quand (si des complications surviennent ou si elle a des préoccupations) ;
- enregistrer tous les résultats et médicaments prescrits/dispensés à la femme dans la fiche prénatale et la fiche clinique de la femme.

#### **j. Variables liées à la communication interpersonnelle**

- Ecoute attentivement la cliente ;
- utilise une communication positive non verbale (sourit ou présente un visage d'empathie, dit des expressions d'empathie) ;
- utilise un vocabulaire approprié ;
- répète ce que la cliente a dit ou reformule autrement pour montrer qu'elle la comprend ;

- demande la cliente si elle a d'autres questions/problèmes à poser ;
- félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien ;
- indique la date du prochain rendez-vous;

#### **k. Variables liées à la qualité des CPNR**

Compétence technique du personnel de santé, disponibilité des locaux et ressources, l'environnement physique des soins, l'organisation et le fonctionnement des services de CPNR;

#### **l. Variables relatives à l'opinion des mères**

Les paramètres étudiés sont en rapport avec :

- La satisfaction concernant l'accueil ;
- la prise en charge ;
- la disponibilité du personnel ;
- la disponibilité des médicaments prescrits au CSREF ;
- le critère de choix du centre de santé de la commune II ;
- le temps d'attente.

#### **Définition et mesure de la qualité des soins**

La variable dépendante de cette étude est l'issue de la grossesse avec ses deux modalités (issue favorable et issue défavorable). L'issue est favorable lorsque l'accouchement se déroule sans complications. En présence de complications l'issue est dite défavorable. Les complications retenues sont les fausses couches,

l'accouchement de mort-nés, le décès maternel, l'hypotrophie et les accouchements prématurés.

Notre référence a été les normes et procédures en CPN au Mali, version 2013. Les procédures en matière de CPN décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestations. Elles indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre de CPN de qualité

Nous avons apprécié l'exécution des gestes et pratique par le prestataire conformément aux directives nationales. Chaque étape de la CPN est composée d'un certain nombre de gestes et d'actes.

Pour chaque étape, on a compté le nombre de gestes et pratique. Chaque geste et acte réalisé équivaut à un point. Un score maximum a été ainsi déterminé pour chaque étape en faisant le total des points.

Quand le geste est réalisé on attribue un (1) point et zéro (0) s'il n'est pas réalisé. Ensuite on fait le total des points obtenus pour chaque étape donnée de la CPN.

Nous avons retenu des variables discriminantes dont la liste figure en annexe (n°2). La non réalisation de ces variables remet en cause la qualité de l'étape considérée. Les gestes obstétricaux ont été retenus d'office chez chaque femme pour apprécier la qualité du contenu de la CPN.

Pour apprécier le niveau de compétence technique de l'agent, on a calculé le pourcentage du score obtenu sur le score maximum.

Nous avons défini la qualité des gestes et pratiques de toutes les étapes de la CPN (accueil, interrogatoire, l'examen physique, examen obstétrical, taches après

examen, prescription des soins préventifs, prescription des examens complémentaires, conseils pour la santé et la communication interpersonnelle.).

**La compétence technique de l'agent observé est :**

- Bonne si pour une femme observée, le score obtenu est de 100% à 80%.
- Acceptable si le score est compris entre 60% et 80%.
- Faible s'il est inférieur à 60%.

**Compétence technique des agents du CSREF**

Elle est bonne si les agents ont obtenu un score compris entre 80 et 100%, pour un score compris entre 60% et 80% elle est acceptable et mauvaise pour un score inférieur à 60%.

Nous avons ensuite défini la qualité des soins par consultation en trois modalités

- Lorsque l'étape de l'examen obstétrical est bonne et que toutes les autres étapes (accueil, interrogatoire, examen physique, taches après examen, conseils pour la santé, examens para cliniques, prescription des soins préventifs et mesures communication interpersonnelle.) sont de bonne qualité, la qualité de la CPN est déclarée bonne.
- Quand l'examen obstétrical est bon et que deux des trois autres groupes de gestes sont de bonne qualité, la qualité de CPN est acceptable.
- Lorsque l'examen obstétrical est mauvais la qualité de CPN est mauvaise quelle que soit la qualité des autres groupes de variables.

En tenant compte de la qualité de chaque consultation, nous avons ensuite défini la qualité globale du contenu des visites des femmes suivies :

- Lorsque la qualité des CPN est bonne aux deux consultations de suivi, la qualité globale est dite bonne;
- Par contre, lorsque à une seule consultation, la qualité est bonne ou à aucune la qualité du contenu n'est pas bonne, la qualité globale de la visite est déclarée mauvaise.

Aussi, les trois modalités de la qualité globale des soins prénataux de la femme sont :

- Qualité bonne;
- qualité acceptable;
- qualité mauvaise.

Nous avons enregistré les issues des grossesses directement à la maternité pour les gestantes qui y ont accouché et nous avons évalué leur état de santé et celui du nouveau-né. Les nouveaux ont été pesés et leur Apgar quantifié. Nous avons par la suite regroupé les issues en favorable si l'accouchement s'est déroulé sans complication et défavorable en présence de complication.

Pour les femmes suivies et qui n'ont pas accouché en commune II, nous avons utilisé leur adresse pour les joindre dans les lieux d'accouchement et enregistré l'issue de leur grossesse.

## **7. Technique et outils de collecte**

### **a. Techniques de collecte des données**

Les techniques suivantes ont été utilisées :

- **L'observation directe des visites prénatales**

Elle a concerné les prestataires de la CPNR. Nous avons procédé à une observation directe non participante des gestes et pratiques du prestataire pour apprécier leurs performances et relever les insuffisances. On a informé la gestante dès son entrée en salle de consultation de notre présence. On lui a expliqué les objectifs de l'enquête ;

➤ **Observation du matériel**

Nous avons dans un premier temps procédé à l'inventaire du matériel disponible dans la structure de soins prénataux et dans un second temps apprécié l'état du matériel (existant fonctionnel, existant non fonctionnel) ;

➤ **Observation de l'environnement physique**

Observation des éléments de l'organisation : il s'agissait de vérifier l'existence des éléments suivants :

- énumération des tâches pour les agents impliqués dans les CPNR,
- calendrier des activités de la maternité,
- programme de supervision du personnel chargé de la CPNR,
- programme des réunions de monitoring des activités de CPNR,
- programme de recyclage du personnel

➤ **Observation du fonctionnement**

Elle a été faite avec les prestataires de la CPNR pour connaître leur qualification, les différentes formations reçues en la matière, apprécier les conditions de travail, la durée de la CPN. Superviser et recueillir leur opinion

➤ **Entretien avec les gestantes**

Elles ont été interrogées à la sortie des postes de consultation sur les paramètres comme :

- Le critère de choix ayant motivé la fréquentation du CSREF de la commune II ;
- la nature de l'accueil au cours des CPN ;
- la prise en charge ;
- la disponibilité du personnel ;
- la disponibilité des médicaments prescrits ;
- le temps d'attente ;
- l'environnement de la maternité.

➤ **L'exploitation documentaire a concerné :**

- les fiches de stock des médicaments essentiels de la CPNR et vaccin (VAT) : les médicaments concernés sont la sulfadoxine pyriméthamine, le fer/Acide folique, le mébendazole et le vaccin antitétanique, antirétroviraux.  
Il faut apprécier, la disponibilité, le nombre de jours de rupture.
- les cartes de santé maternelle, pour apprécier la qualité du remplissage, les médicaments et examens prescrits aux visites antérieures

**b. Les outils de collecte :**

Les outils suivants ont été utilisés :

- Grille d'observation de la 2<sup>ème</sup> CPNR pour prestataire : La grille d'observation des visites prénatales est scindée en trois volets correspondant à chaque trimestre de grossesse. Les items relatifs, aux gestes et pratiques prévus pour chaque type de consultation prénatale y sont reportés.
- grille d'observation de l'organisation et du fonctionnement

- grille d'observation de l'environnement physique
- grille d'observation du matériel
- guide d'entretien avec le responsable de la maternité
- guide d'entretien avec les agents chargés de la CPNR
- guide d'entretien individuel avec les utilisatrices
- fiche de dépouillement: pour les fiches de stock des médicaments essentiels, de la CPNR et le VAT ;
- fiche de dépouillement des cartes maternelles.

## **8. Déroulement**

La collecte a débuté le 03 novembre 2013. Les enquêteurs ont été formés sur le contenu et les techniques de collecte. Les outils ont été pré-testés après la formation à l'ASACOPA et corrigés. Les autorités administratives et sanitaires ont été informées de la tenue de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation de collecte de données signée par le Directeur du CREDOS. Avant tout contact avec les services prénataux, des démarches administratives ont été entreprises auprès des autorités de la maternité en vue de l'autorisation pour l'enquête. Ce n'est qu'après cette autorisation que nous avons informé le personnel chargé des consultations prénatales.

L'enquêteur a recruté les femmes ayant 6 mois de grossesse au niveau de l'unité CPN. Il a suivi les femmes recrutées jusqu'à l'accouchement pour apprécier la qualité de la CPN et l'issue de la grossesse.

La grille a été pré testée auprès de 30 femmes, distinctes de celles incluses dans l'enquête, admises à la maternité bien avant le déroulement de l'enquête proprement dite.

Les résultats du pré test ont permis de modifier l'ordre successif des gestes et pratiques de la grille. Aussi nous avons expérimenté la technique d'observation non participative de l'enquête.

L'équipe de collecte était composée de moi-même ainsi que d'un étudiant en médecine stagiaire interné formé à la collecte des données de notre enquête. Cette formation a été axée sur la manière d'observer les gestes et pratiques sans influencer le déroulement de la consultation.

A chaque admission de femme, nous lui avons expliqué l'objet de notre présence en vue d'obtenir son consentement. Nous avons suivi le déroulement de la consultation à distance. A chaque geste, nous avons rempli la grille d'observation contenant la liste de contrôle des pratiques.

A la fin de la visite, nous avons accolé une étiquette au carnet de la femme afin de la retrouver à la prochaine séance.

Les consultations prénatales ayant lieu tous les jours ouvrables, nous avons assisté à toutes les séances jusqu'au recrutement de l'ensemble des cas constituant la cohorte de départ. Cette cohorte de femmes enceintes, a été revue à chacune des autres visites prénatales.

L'observation s'est déroulée dans les mêmes conditions jusqu'à l'accouchement de ces femmes.

Pour les données relatives à l'issue de grossesse, nous avons assisté aux accouchements survenus lors de la période d'enquête et enregistré les issues des grossesses.

Pour les femmes suivies et qui n'ont pas accouché au centre de suivi, nous avons utilisé leur adresse pour les joindre dans les lieux d'accouchement et enregistré

l'issue de leur grossesse. A été considérée comme perdue toute femme qui n'a pas répondu à nos appels 2 fois de suite.

## **9. Traitement et analyse des données**

Les données collectées ont été saisies par le logiciel Excel et traitées par le logiciel Epi-info.

Les femmes perdues de vue avant l'accouchement ont été exclues de l'analyse. L'analyse de la qualité des consultations prénatales s'est déroulée comme suit :

- L'analyse de la qualité en tenant compte du nombre de visites prénatales ;
- la qualité des gestes et pratiques effectués par la sage-femme (fait/non fait);
- la qualité de la consultation aux 2 visites ;
- la qualité globale de consultation prénatale des gestantes.

Pour les issues de grossesses, nous avons calculé la fréquence de chaque complication puis regroupé ces complications en issues défavorables de grossesse.

La relation entre la qualité et l'issue de grossesse observée a été vérifiée à l'aide du test de Chi-deux de Pearson ou le test de Yates corrigé lorsque l'effectif théorique est inférieur à 5.

L'issue de la grossesse a été comparée chez les femmes ayant bénéficié d'une CPN de qualité et celles qui n'en ont pas reçu.

## **10. Considérations éthiques**

Une correspondance a été adressée aux autorités sanitaires pour les informer et obtenir leur consentement avant le début de l'étude. L'accord des gestantes et des prestataires de la CPN a été sollicité avant le démarrage effectif de l'étude et la confidentialité des données collectées a été préservée.

Les bonnes pratiques médicales ont été observées.

# **RESULTATS**

## V. RESULTATS

L'étude a concerné 129 gestantes et 36 prestataires chargés de la consultation prénatale.

Après les caractéristiques des gestantes, les résultats sont présentés par objectif.

### 5.1. Caractéristiques des gestantes suivies au CSREF de la commune II

#### 5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

**Tableau I** : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II en fonction de l'âge et du statut matrimonial du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Variables</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Age (n=129)</b>		
<20	28	21,7
20-35	85	65,9
>35	16	12,4
<b>Statut matrimonial (n=129)</b>		
Célibataire	28	21,7
Mariée	96	74,4
Veuve	3	2,3
Divorcée	2	1,6

Les gestantes âgées de 20 à 35 ans représentaient 65,9% ; 74,4% étaient mariées.

**Tableau III** : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la profession et le niveau d'instruction du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Variables</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Profession</b>		
Ménagère	55	42,6
Vendeuse	12	9,3
Fonctionnaire	10	7,8
Commerçante	9	6,9
Elève	34	26,4
Teinturière	6	4,7
Couturière	3	2,3
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun	31	24
Primaire	46	35,7
Secondaire	33	25,6
Supérieur	19	14,7

Parmi les enquêtées 42,6% étaient des ménagères et 35,7% étaient du niveau primaire.

**Tableau V** : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon l'ethnie du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bambara	44	34,1
Peulh	17	13,2
Malinké	9	7
Bozo	6	4,6
Sonrhäi	11	8,5
Soninké	16	12,4
Dogon	9	7
Tamashek	6	4,6
Bobo	9	7
Autres	2	1,6
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Dans l'échantillon des gestantes, l'ethnie Bambara représentait 34,1%.

### 5.1.2 Caractéristiques obstétricales des gestantes

**Tableau VI** : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la parité et la gestité du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipare	24	18,6
Primipare	21	16,3
Pauci pare	45	34,9
Multipare	28	21,7
Grande multipare	11	8,5
<b>Gestité</b>		
Primigeste	24	18,6
Pauci geste	60	46,5
Multi geste	30	23,3
Grande multi geste	15	11,6

Parmi les enquêtées, les pauci pares représentaient 34,9% et 46,5% étaient des pauci gestes.

**Tableau VIII : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon le nombre de CPN du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif (n=129)</b>	<b>Pourcentage</b>
1	6	4,7
2	21	16,3
3	22	17
4	42	32,6
> 4	38	29,4
<b>&lt;4 CPN</b>	49	38
<b>≥4 CPN</b>	80	62

62% des gestantes ont effectuées 4 CPN ou plus ; 38% en ont fais moins de 4.

**Tableau IX :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon les antécédents obstétricaux du 3 novembre au 3 décembre 2014.

<b>Antécédents</b>	<b>Effectif (n=129)</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans antécédents	92	71,3
Avec antécédents	37	28,7
Avortement	3	2,3
Mort-nés	9	7
Césarienne	13	10
Prématurité	7	5,4
Décès néonataux	5	4

Il y a 71,3% des gestantes qui n'avaient pas d'antécédents. Parmi les 28,7% qui avaient des antécédents obstétricaux, 10% étaient des césariennes ; 7% de mort-nés ; 5,4% de prématurité ; 4% de décès néonatales ; et 2,3% d'antécédent d'avortement.

### 5.1.3. Répartition des gestantes selon la réalisation des gestes et pratiques par le prestataire

**Tableau X** : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon l'accueil du 3 novembre au 3 décembre

<b>Accueil</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Salutations conformes aux normes sociales	98	76
Souhaite la bienvenue	100	78
Invite à s'asseoir	102	79
Se présente et présente aux autres membres de l'équipe	86	66,7
Demande ce qu'on peut faire pour elle et la met en confiance	104	81
Demande du carnet de la grossesse précédente	128	99,2

Au cours de l'accueil, la demande du carnet de la grossesse précédente a été faite pour 99,2% ; demande de ce qu'on peut faire pour elle et la met en confiance pour (81%). Les gestantes ont été invitées à s'asseoir pour 79%, les prestataires ont souhaité la bienvenue aux femmes pour 78%. Les salutations étaient conformes aux normes sociales pour 76% des enquêtées.

**Tableau XI :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon l'interrogatoire du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Interrogatoire</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Identification de la gestante	129	100
Recherche de l'antécédent gynéco obstétrique	120	93
Recherche des antécédents médico-chirurgicaux	123	95,3
Recherche de la carte de vaccination ou carnet du dernier enfant pour la VAT	124	96,1
Recherche la date des dernières règles	106	82,1
Recherche et enregistre les facteurs de risque et les maladies	108	84
Recherche de menace d'accouchement prématuré	93	72
Relève les hémorragies du 3 <sup>ème</sup> trimestre	90	70

L'identification de la gestante a concerné (100%) des femmes, la recherche de la carte de vaccination ou carnet du dernier enfant pour la VAT pour 96,1%. Les antécédents médico-chirurgicaux ont été recherchés chez 95,3% des gestantes.les antécédents gynéco-obstétricaux ont été recherchés à 93%.les prestataires ont cherchés et enregistrés les facteurs de risque et les maladies chez 84%, la date des dernières règles à 82,1%. La recherche de menace d'accouchement prématuré a concerné 72% des enquêtées, les hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre ont été recherchées chez 70% des gestantes.

**Tableau XII :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon l'examen physique du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Examen physique</b>	<b>Effectif (n=129)</b>	<b>Pourcentage</b>
Se laver les mains	120	93
Examen systématique de la tête aux pieds	111	86
Examens des seins	129	100
Mesure de la HU	129	100
Prise de la TA	120	93
Prise du poids	124	96,1
Mesure de la taille	104	80,6
Recherche de la vitalité foetale	127	98,4
Recherche des cicatrices abdominales	105	81,4

Le prestataire a systématiquement examiné les seins et mesuré la HU chez toutes les gestantes (100%). Chez 98,4% des enquêtées, le prestataire a recherché la vitalité du fœtus. La prise de la TA, du poids, se laver les mains ont été réalisés chez plus de 91% des gestantes. La recherche des cicatrices abdominales a concerné 81,4% des enquêtées, la mesure de la taille a été réalisée chez 80,6% des femmes.

**Tableau XIII :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon l'examen obstétrical du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Examen obstétrical</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Inspecte l'abdomen, le périnée et palpe l'abdomen	129	100
Ausculte les BDCF	127	98,4
Se laver les mains, port de gants	128	99,2
Place le spéculum pour observer le vagin et le col	119	92,2
Toucher vaginal combiné au palper abdominal	129	100
Recherche de la position foetale	119	92,2
Examen du bassin	127	98,4

L'inspection de l'abdomen, du périnée et palper l'abdomen, le toucher vaginal combiné au palper abdominal ont été réalisés chez toutes les gestantes.

L'auscultation des BDCF et l'examen du bassin ont concerné 98,4% des enquêtées. La recherche de la position fœtale de même que l'observation du col et du vagin ont été réalisées chez 92,2% des femmes.

**Tableau XIV** : Répartition des gestantes reçues au CSREF selon les taches après les examens du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Taches</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Décontamine le matériel	119	92,2
Aide la gestante à se lever et s'habiller	73	65,6
Calcul la date présumée de l'accouchement	125	97
Communique le résultat de l'examen à la gestante	128	99,2
Remplit le registre, carnet de santé, carte maternelle	128	99,2

Les taches après examen étaient bien exécutées. Le prestataire a décontaminé le matériel, communiqué le résultat de l'examen et a rempli le registre, carte maternelle avec le même taux chez 99,2%. Chez 97% des enquêtées la date présumée de l'accouchement a été calculée ; 65,6% ont été aidé à se lever et s'habiller.

**Tableau XV : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la prescription de soins préventifs du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014**

<b>Soins préventifs</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Vérifie et vaccine la gestante si nécessaire contre le tétanos, traite les affections dépistées	116	90
Donne la dose supervisée de SP	123	95,3
Donne du FAF	129	100
Donne de l'albendazole	94	73
Administre le VAT pour la femme non vaccinée	124	96,1
Donne toutes les explications sur la prise des médicaments	127	98,4

La prescription du fer / acide folique a été systématique chez toutes les enquêtées. Pour 98,4% des enquêtées toutes les explications sur la prise des médicaments ont été données. Le VAT a été administré chez 96,1% des gestantes ; la dose de SP à 95,3%. Pour 90% des enquêtées les prestataires ont vérifié et vacciné si nécessaire les gestantes contre le tétanos et ont traité les affections dépistées. L'albendazole a été donné à 73% des enquêtées.

**Tableau XVI :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la prescription des examens para cliniques du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Examens para cliniques</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Groupage/rhésus	122	94,6
Test d'Emmel	105	81,4
Recherche d'albumine et de sucre dans les urines	115	89,1
NFS/taux d'hémoglobine	108	83,7
Sérologie VIH après counseling	76	59
Sérologie syphilis selon BW	84	65,1

Le groupage/rhésus était prescrit à 94,6% ; la recherche d'albumine et de sucre dans les urines à 89,1%. La NFS/taux d'hémoglobine, le test d'Emmel, la sérologie syphilis et la sérologie VIH après counseling étaient demandés respectivement chez 83,7 ; 81,4 ; 65,1 et 59%.

**Tableau XVII : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon les conseils pour la santé du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014**

<b>Conseils</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Si examens demandés	89	69
vérifie et sensibilise la gestante à les faire		
Discute du plan d'accouchement et des complications avec la gestante et du bien fondé de l'implication du mari	72	55,8
Cherche à rencontrer le mari pour son implication	42	33
Donne des conseils sur la nutrition, l'hygiène de vie et alimentaire	118	91,4
Discute du programme de ses prochaines visites	114	88,4

Chez 91,4% des gestantes des conseils sur la nutrition, l'hygiène de vie et alimentaire ont été prodigués. Les prestataires ont discuté du programme des prochaines visites avec 88,4% des enquêtées ; 69% des femmes ont été sensibilisées à faire les examens demandés. Le plan d'accouchement a été discuté

avec 55,8 % des gestantes et chez 33% la rencontre du mari a été sollicitée pour son implication.

**Tableau XVIII :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la communication interpersonnelle du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Communication interpersonnelle</b>	<b>Effectif de réalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
Ecoute attentivement la cliente	112	87
Utilise une communication positive non verbale	103	80
Utilise un vocabulaire approprié	118	91,4
Répète ce que dit la cliente ou reformule autrement pour montrer qu'elle la comprend	98	76
Répète ce que dit la cliente ou reformule autrement pour montrer qu'elle la comprend	98	76
Demande la cliente si elle a d'autres questions /problèmes à poser	95	73,6
Félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien	59	45,7
Indique la date du prochain rendez-vous	129	100

La date du prochain rendez-vous a été indiquée pour toutes les gestantes (100%). Les prestataires ont utilisé un vocabulaire approprié et les gestantes ont été attentivement écoutées respectivement chez 91,4 et 87% ; une communication positive non verbale chez 80% des enquêtées. Le personnel répète ce que dit la gestante à 76% ; les enquêtées ont été demandés si elles avaient d'autres problèmes ou questions à poser à 73,6% ; 45% des gestantes ont été félicitées pour ce qu'elles font bien.

## 5.2. Qualité des CPN

### ➤ Durée

**Tableau XIX :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la durée de la CPN du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

Durée de la CPN	Effectif de réalisation	Pourcentage
Moins de 10 mn	2	1,6
10-20 mn	79	61,2
Plus de 20 mn	48	37,2
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Pour 61,2% des gestantes la durée de la CPN était de 10-20 mn.

➤ **Qualification du prestataire**

**Tableau XX :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la qualification du prestataire du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Qualification du prestataire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	36	28
Sage-femme	93	72
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Il y a 72% des CPN qui ont été effectuée par la sage-femme.

➤ **qualité des étapes de la CPN**

**Tableau XXI :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la qualité de l'accueil

<b>Variable</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Accueil</b>		
Bon	80	62
Acceptable	22	17,1
Mauvais	27	20,9
<b>Interrogatoire</b>		
Bon	85	65,9
Acceptable	28	21,7
Mauvais	16	12,4

L'accueil et l'interrogatoire étaient de bonne qualité respectivement pour 62% des gestantes. L'interrogatoire était bien conduit pour 65,9% des gestantes.

**Tableau XXIII :** Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la qualité de l'examen physique du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Variable</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Examen physique</b>		
Bon	108	83,7
Acceptable	15	11,6
Mauvais	6	4,7
<b>Examen obstétrical</b>		
Bon	122	94,6
Acceptable	3	2,3
Mauvais	4	3,1

L'examen physique était bien conduit pour 83,7% des enquêtées. Pour 94,6% des gestantes l'examen obstétrical était bien conduit.

**Tableau XXV : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la qualité des taches après examen du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014**

<b>Taches après examen</b>	<b>effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	110	85,3
Acceptable	12	9,3
Mauvais	7	3,1
<b>Soins préventifs</b>		
Bon	117	90,7
Acceptable	11	8,5
Mauvais	1	0,8

Les taches après examen étaient bien exécutées à 85,3% par les prestataires. Pour 90,7% des gestantes les soins préventifs étaient prescrits.

**Tableau XXVII : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la qualité des conseils pour la santé du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014**

<b>Conseils</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	63	48,8
Acceptable	29	22,5
mauvais	37	28,7
<b>Communication interpersonnelle</b>		
Bon	86	66,7
Acceptable	21	16,3
Mauvais	22	17

Pour 48,8% des enquêtées des bons conseils pour la santé étaient prodigués. Pour 17% des gestantes la communication interpersonnelle était mauvaise.

➤ **Qualité globale de la CPN**

Nous avons défini la qualité des gestes et pratiques de toutes les étapes de la CPN (accueil, interrogatoire, l'examen physique, examen obstétrical, taches après examen, prescription des soins préventifs, prescription des examens complémentaires, conseils pour la santé et la communication interpersonnelle.).

La qualité globale est ainsi définie

- Bonne si pour une femme observée, le score obtenu est de 100% à 80%.
- Acceptable si le score est compris entre 60% et 80%.
- Faible s'il est inférieur à 60%.

**Tableau XXIX** : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la qualité globale de la CPN du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Qualité globale de la CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bonne	78	60,4
Acceptable	45	34,9
Mauvaise	6	4,7
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

La qualité globale de la CPN était de bonne qualité pour 60,4% des gestantes.

### 5.3. Issue de la grossesse

**Tableau XXX** : Répartition des gestantes selon l'issue de la grossesse au CSREF de la commune II du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Issue</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Favorable</b>	107	83
<b>Défavorable</b>	<b>22</b>	<b>17</b>
Mort-nés	5	3,8
Souffrance néonatale	8	6,2
Macrosomie	4	3,1
Prématurité	3	2,3
Fausses couches	2	1,6
<b>Total</b>	129	100

L'issue était favorable pour 83% des gestantes.

➤ **Issue en fonction de l'âge**

**Tableau XXXI** : Issue en fonction de l'âge des gestantes reçues au CSREF de la commune II du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

Age	Issue			
	Favorable		Défavorable	
< 20	20	(15,5%)	8	(6,2)
20-35	74	(57,4%)	11	(8,5)
>35	13	(10,1%)	3	(2,3)
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>(83%)</b>	<b>22</b>	<b>(17%)</b>

**Chi<sup>2</sup>=3,67      p=0,16**

La relation entre l'âge et l'issue de la grossesse n'est pas statistiquement significative (p=0,16).

➤ **Issue en fonction de la gestité**

**Tableau XXXII** : Issue en fonction de la gestité des femmes reçues au CSREF de la commune II du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

Gestité	Issue			
	Favorable		Défavorable	
Primigeste	20	(16%)	4	(3%)
Multi geste	87	(67%)	18	(14%)
<b>Total</b>	<b>107</b>		<b>22</b>	

**Chi<sup>2</sup>=0,06      p=0,8**

La proportion d'issue favorable chez les multi gestes était de 87%, elle était de 16% chez les primigestes mais pas de différence statistiquement significative (p=0,8).

➤ **Issue en fonction de la parité**

**Tableau XXXIII :** Issue en fonction de la parité des gestantes reçues au CSREF de la commune II du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

Parité	Issue			
	Favorable		Défavorable	
Nullipare	21	(16,3%)	3	(2,3%)
Primipare	18	(14%)	3	(2,3%)
multipare	68	(52,7%)	16	(12,4%)
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>(83%)</b>	<b>22</b>	<b>(17%)</b>

**Chi<sup>2</sup>=0,70 p=0,70**

Il n'existe pas de relation significative entre la parité et l'issue de la grossesse (p=0,70).

**Tableau XXXV :** Issue en fonction du nombre de CPN des gestantes reçues au CSREF de la commune II du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

Nombre de CPN	Issue			
	Favorable		Défavorable	
<4	37	(28,7%)	12	(9,3%)
≥ 4	70	(54,3%)	10	(7,7%)
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>(83)</b>	<b>22</b>	<b>(17%)</b>

**Chi<sup>2</sup>=2,3 p=0,13**

Dans notre étude il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le nombre de CPN et l'issue de la grossesse (p=0,13).

#### 5.4. Relation entre CPN de qualité et issue

##### ➤ Issue et qualité de la CPN

**Tableau XXXIV** : Issue en fonction de la qualité de la CPN des gestantes reçues au CSREF de la commune II du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

Qualité de la CPN	Issue	
	Favorable	Défavorable
Bonne	72 (55,8%)	6 (4,7%)
Acceptable	34 (26,4%)	11 (8,5%)
Mauvaise	1 (0,8%)	5 (3,8%)
<b>Total</b>	<b>107 (83%)</b>	<b>22 (17%)</b>
<b>Chi<sup>2</sup>=25,20</b>	<b>p&lt;10<sup>-5</sup></b>	

Nous constatons que l'issue favorable des grossesses est liée à la bonne qualité des CPN ( $p < 10^{-5}$ ).

**Tableau XXXV** : Répartition selon le type d'accouchement des gestantes reçues au CSREF de la commune II du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

Accouchement	Effectif (n=129)	Pourcentage
<b>Eutocique</b>	<b>107</b>	<b>83</b>
<b>Dystocique</b>	<b>22</b>	<b>17</b>

L'accouchement a été eutocique dans 83% des cas ; il a été avec complication chez 17% des gestantes.

Toutes les gestantes étaient vivantes après l'accouchement (100%).

**Tableau XXXVII** : Répartition des nouveau-nés selon leur état à la naissance

<b>Etat</b>	<b>Effectif (n=127)</b>	<b>Pourcentage</b>
Normal	107	84,3
Mort-nés	5	4
Souffrance néonatale	11	8,6
Macrosomie	4	3,1

Les nouveau-nés normaux sans signes de souffrance à leur naissance étaient de 84,3% ; 8,6% ont souffert dans la période néonatale. Les mort-nés et les cas de macrosomie étaient respectivement de 4% et 3,1%.

## **5.5. Opinion des gestantes**

### **5.5.1 Critères de choix du CSREF de la commune II**

**Tableau XXXIX** : Répartition des gestantes reçues selon les critères évoqués dans le choix du CSREF de la commune II du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

<b>Critères de choix</b>	<b>Effectif (n=129)</b>	<b>Pourcentage</b>
Proximité du domicile	8	6
Connaissance d'un membre du personnel	4	3
Compétence du personnel	117	91

La compétence du personnel a été évoquée comme critère de choix du centre par 91% des gestantes ; 6% ont évoqué la proximité du domicile et 3% la connaissance d'un personnel comme choix du CSREF de la commune II.

### 5.5.2 Satisfaction des gestantes sur les procédures de la CPN

**Tableau XXXX** : Répartition des gestantes reçues au CSREF de la commune II selon la satisfaction sur les procédures de la CPN du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014

Satisfaction	Effectif (n=129)	Pourcentage
Accueil	122	95
Prise en charge	108	84,4
Disponibilité du personnel	114	88,3
Disponibilité des médicaments au CSREF	100	100
Temps d'attente court	63	48,9

Les enquêtées étaient satisfaites de la disponibilité des médicaments prescrits à 100% ; 95% des gestantes étaient satisfaites de l'accueil qui leur a été réservé ; elles étaient satisfaites de la prise en charge ; de la disponibilité du personnel et du court temps d'attente respectivement à 88,3 ; 84,4 ; et 48,9%.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Qualité de la structure sanitaire :**

Le bâtiment abritant le centre de santé de la commune II est en dur et dans un bon état. La protection contre la poussière est suffisante. Un personnel dynamique et motivé s'occupe de l'accueil et de l'orientation des gestantes. Il n'y a pas de salle d'attente, les gestantes s'installaient dans un large couloir. Le matériel technique pour la consultation médicale et prénatale est en quantité suffisante et de qualité.

Les salles de CPN étaient larges et bien éclairées et disposent de lavabo, de savon et d'eau de javel. Le matériel était de bonne qualité.

Le bloc opératoire répondait aux normes et était bien équipé.

Le centre est éclairé par un réseau privé et dispose de plusieurs lignes téléphoniques, il est balayé tous les jours, les mobiliers dépoussiérés, les matériels médicaux lavés et désinfectés et les déchets médicaux évacués. Les toilettes sont dans un bon état. Nous pouvons déclarer le centre de santé de la commune II de bonne qualité.

### **2. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes**

#### **2.1. L'âge**

Notre étude a trouvé que 57,4% des gestantes avaient un âge compris entre 20 et 35 ans, à cet âge l'organisme est considéré mature pour supporter une grossesse. La plus âgée de notre échantillon avait 49 ans et la plus petite était âgée de 14 ans. Mais dans l'étude de **KANTE Y [6]** la tranche d'âge 25-29 ans était la plus représentée avec un taux de 31,5%

## 2.2 Niveau d'instruction

Une étude menée par Zafar AA et al. sur les facteurs influençant l'utilisation des services de soins prénatals a rapportée que les mères ayant fait des études ont utilisé les services de soins prénatals plus que celles qui n'ont pas de niveau scolaire (OR = 2,0, p = 0,01) [7].

Dans notre étude les gestantes avec un niveau primaire étaient de 35,7%, celles qui ont atteint le supérieur constituaient 14,7% ; 24% des femmes de notre échantillon n'avaient aucun niveau.

## 2.3 Statut matrimonial

Nous avons trouvé que 74,4% des gestantes étaient mariées, ceci constitue un facteur encourageant car une femme mariée bénéficie du soutien de la famille pour mieux gérer sa grossesse. Cependant les célibataires représentaient 21,7% ; les veuves 2,3% et les divorcées 1,6%.

Nos résultats sont proches de ceux rapportés par **Rwenge M.** [8] ou 68,7% des enquêtées de Bafan étaient mariées.

## 3. Qualités des soins offerts :

### 3.1. Qualification du personnel en charge des CPN :

Le plus grand nombre de CPN était réalisé par les sages-femmes soit (72%). Vingt et huit pourcent (28%) des CPN étaient effectués par les médecins. Ceci est très encourageant. Pendant la durée de notre enquête, les soins prénatals étaient dispensés par du personnel qualifié. Une étude récente a évalué l'effet des soins de maternité par des prestataires qualifiés sur l'occurrence des résultats défavorables

de la grossesse. Cette étude a noté que les soins maternels qualifiés ont démontré une réduction dans les issues de grossesse indésirables (complications et de décès) [9].

### **3.2. Accueil**

L'accueil était globalement satisfaisant. Les prestataires ont souhaité la bienvenue à 74,4% des femmes. Ils étaient courtois avec les gestantes, ceci peut s'expliquer par la qualification des agents chargés de la CPN.

### **3.3 Interrogatoire**

Pendant notre période d'étude, les paramètres comme l'âge, l'identité, la profession et le lieu de résidence étaient demandés systématiquement chez toutes les gestantes.

La connaissance des informations relatives aux antécédents est très importante car permet de dire à la gestante la conduite à tenir pour une issue heureuse de la grossesse. Ainsi la recherche des antécédents gynéco-obstétricaux, celle des antécédents médico-chirurgicaux, et la recherche de la carte de vaccination ou le carnet du dernier enfant pour la VAT étaient satisfaisantes avec le même taux de réalisation soit 96,1%. L'interrogatoire selon nos critères de qualité est déclaré acceptable.

### **3.4 Examen physique**

Presque toutes les gestantes ont bénéficié de la mesure de la taille à cause de l'existence d'une toise dans le local de la consultation prénatale. La taille inférieure à 1,50 mètre est un élément de présomption d'une viciation pelvienne. De même, la pesée a été systématique chez les gestantes, cela permet de connaître l'évolution du poids de la gestante.

Quand on sait que toute prise de poids de plus de 1000grammes par mois devant faire penser à une pré-eclampsie.

La recherche de la vitalité fœtale constitue une étape importante de l'examen physique et était réalisée à 98,4%. L'examen physique avec un taux de réalisation de 83,7% de ses paramètres est déclaré bon.

### **3.5 Examen obstétrical**

Pour rechercher les anomalies de la grossesse et permettre un accouchement optimal un examen obstétrical de qualité s'avère indispensable. Pendant notre étude nous avons observés des CPN au cours desquelles les prestataires se sont beaucoup appesantis sur cette étape combien importante.

L'appréciation clinique du bassin au neuvième mois, examen, très capital pour les grossesses du troisième trimestre car permet d'établir le pronostic de l'accouchement, a été réalisé chez 99,2% des gestantes.

L'examen obstétrical avec une qualité bonne de réalisation de ses paramètres à 94,6% est déclaré bon.

### **3.6 Prescriptions de soins préventifs**

L'anémie est classée comme la troisième cause de décès maternel dans les pays en voie de développement après les hémorragies et les infections [10]. D'où la nécessité d'une prévention systématique par le fer et l'acide folique. Dans notre étude, la totalité de l'effectif (100%) avait bénéficié de la prescription de FAF.

Ce taux est supérieur à celui d'Azalo M. [11].qui était de 95%.

Dans nos résultats, 21 gestantes n'ont pas reçu un déparasitant. Cinquante six (56) gestantes non vaccinées contre le tétanos n'ont pas reçu le VAT. Seulement 6

gestantes n'ont pas bénéficié de la chimio prophylaxie anti palustre. Les prestataires ont donné toutes les explications sur la prise des médicaments à 84 gestantes soit 65,1%. Par conséquent, nous avons observé que la prescription des soins préventifs est bonne.

### **3.7 Conseils pour la santé**

Les prestataires avaient prodigué des conseils sur l'hygiène de vie, le repos et l'hygiène alimentaire à 92% des gestantes. Ce taux est largement supérieur à celui retrouvé par **Fomba S [12]** qui était de 9,5%.

Quatre vingt et neuf (89) gestantes ont été sensibilisés à faire les examens demandés. Les prestataires ont discuté du programme des visites à venir avec 114 gestantes, ils ont également parlé du plan d'accouchement et du bien fondé de l'implication du mari dans 72/129 cas. Par contre les prestataires en majorité n'ont rien fait pour rencontrer les maris des gestantes pour leur implication soit 67%. La qualité des conseils était acceptable.

### **3.8 Prescription des examens para cliniques**

Pour dépister certains facteurs de risque au cours de la grossesse, des examens complémentaires s'avèrent indispensables. Dans notre étude, le groupage/rhésus, le test d'Emmel, la recherche d'albumine et la NFS/taux d'hémoglobine étaient les examens les plus demandés par les prestataires avec respectivement 95%, 81,3%, 89,1%, 84%. La sérologie V.I.H après counseling et la sérologie syphilis étaient surtout demandés par les médecins du centre. Selon les critères de qualité définis la prescription des examens para cliniques était acceptable.

### **3.9 Communication interpersonnelle**

Les prestataires avaient annoncé la date de la prochaine CPN à toutes les gestantes de notre échantillon. Ce rendez-vous était mentionné sur le registre de CPN et sur la fiche de suivi de grossesse dont dispose la gestante. Dans la majorité des cas (87%), les prestataires écoutaient attentivement la gestante et utilisaient une communication positive non verbale.

#### **4. Issue de la grossesse**

L'issue de la grossesse chez nos gestantes a été favorable pour 107, soit 83% et défavorables dans 17% des cas. Ces issues défavorables étaient constituées de 8 cas de souffrance néonatale, de 5 mort-nés, 4 cas de macrosomie, de 3 cas prématurés et de 2 cas de fausses couches. Par ailleurs seulement 4,7% des gestantes ayant bénéficiées d'une CPN de bonne qualité ont connu une issue défavorable. La CPN a été de mauvaise qualité chez 6 gestantes, seulement une a connu une issue favorable. Ces résultats démontrent que les CPN de bonnes qualités aident à dépister les facteurs de risque de la grossesse et traiter les affections. Ce qui assure à la gestante les conditions optimales pour son accouchement. Nos résultats ont pu démontrer que l'absence de CPN ou une CPN de mauvaise qualité était source de complications maternelles chez nos gestantes.

#### **4. Opinion des gestantes**

Les gestantes pour la plupart étaient satisfaites de l'accueil, de leur prise en charge ainsi que de la disponibilité du personnel avec des taux de satisfactions respectifs de 95%, 84,4%, 88,3%. Les médicaments (FAF, SP, albendazole) étaient disponibles à 100% au centre. Cependant la majorité des gestantes trouvait le temps d'attente trop long soit 51,1%.

Par ailleurs le critère de choix du centre le plus évoqué par nos gestantes était la compétence du personnel soit 91% des gestantes. Six pourcents (6%) des gestantes

évoquaient la proximité comme critère de choix, 3% des gestantes disaient avoir choisi le centre à cause d'une connaissance du personnel. L'opinion des gestantes était largement favorable sur la qualité des soins qui leur a été offert.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## VII. CONCLUSION

Notre étude, sur l'influence de la qualité de la CPN sur l'issue de la grossesse dans le centre de santé de la commune II s'est déroulée du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014.

L'enquête a porté sur 129 gestantes ayant fréquenté le service de CPN pendant cette période.

L'étude a été faite selon le modèle d'Avedis DONABEDIAN : évaluation des structures, des procédures et des résultats.

Elle nous a permis de :

- Décrire les caractéristiques des femmes suivies en CPN en commune II du district de Bamako en 2013 ;
- déterminer la qualité des soins offerts aux femmes enceintes ;
- mesurer la proportion des issues favorables et défavorables ;
- déterminer la relation entre la qualité de la CPN et les issues de grossesse en commune II du district de Bamako en 2013.

Avec la réalisation ou non des variables ou paramètres dits discriminatoires, la CPN a été classée dans un niveau de qualité pour chaque catégorie considérée.

Sur le plan de la qualification du personnel, la CPN était faite par les sages-femmes et les médecins exclusivement. Le niveau de qualité de la CPN est jugé de bonne qualité.

Dans la majorité des cas l'issue a été heureuse pour la mère et le nouveau-né, aucun décès maternel n'a été enregistré.

L'interaction gestantes et praticiennes était bien assurée dans l'ensemble. Tous les

examens para cliniques indispensables étaient demandés aux gestantes.

L'opinion des gestantes sur les prestations offertes par le centre pour la CPN était très satisfaisante.

Cependant, nous avons remarqué quelques lacunes au niveau du centre de santé de la commune II de même que sur le plan des procédures de la CPN dont la correction pourrait significativement améliorer la qualité de la CPN. Les recommandations suivantes ont été faites dans ce sens à l'endroit de tous les acteurs impliqués.

## VIII. RECOMMANDATIONS

### **Aux personnels de santé :**

- instaurer une collaboration franche entre sage-femme et médecin (gynécologue – obstétricien) dans le suivi des gestantes à risque (utérus cicatriciel, hypertension artérielle, antécédents de mort né, d'éclampsie) ;
- équiper la salle de CPN (bancs, tensiomètre qui manquent) ;
- sensibiliser lors des CCC les femmes pour qu'elles se présentent au Centre de Santé dès le début de la grossesse ;
- renforcer les formations post universitaires dans le cadre de la formation continue ;
- appliquer les normes et les procédures de la CPN en vigueur ;
- amener toutes les gestantes à faire le test de VIH par des causeries de sensibilisation ;

### **Aux autorités sanitaires et politiques :**

- renforcer l'équipement technique au niveau du service de gynécologie-obstétrique par la mise à disposition de cardiotocographe, d'amnioscope, seringue d'AMIU ;
- améliorer l'état du centre selon les normes de référence ;
- renforcer les ressources humaines du CSREF de la commune II ;
- améliorer l'accessibilité financière des gestantes aux soins prénatals par une réduction des coûts des services (bilan prénatal) ;
- élaborer et introduire dans les structures sanitaires un référentiel sur la pratique des C.P.N ;
- assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel de santé responsable de la C.P.N.

**Aux gestantes :**

- se présenter au centre de santé pour les CPN dès le début de la grossesse ;
- donner plus d'information aux praticiens sur le déroulement de la grossesse et les éventuels risques ;
- respecter les conseils et les consignes donnés par le personnel de santé ;
- savoir qu'elles sont les premières responsables et les premières bénéficiaires de leurs bons états de santé.

# **REFERENCES**

## IX. REFERENCES

1. **OMS.** Rapport sur la société dans le monde, donnons la chance à chaque mère et chaque enfant, Edition de 2005 261 P
2. **World Health Organization.** The World Report 2005: Attending to 136 million births, every year, Make every mother And child count. GENEVA, 2005; P:61
3. **Annuaire du Système National d'Information Sanitaire (SNIS).** 2008
4. **Enquête Démographique et de Santé du Mali.** (EDSM) IV, 2006
5. **Canevas d'activité annuelle** du CSREF de la commune II, 2013
6. **KANTE Y.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U Gabriel Touré. Thèse de Médecine BKO, 2008, 84Pages.
7. **Zafar AA et al.** Use of antenatal services in Kampung District, Cambodia. scientific world journal 2003 Nov 3; 3:1081-92.
8. **Rwenge M.** La qualité des soins prénatals selon la perspective des clientes au cameroun, African population studies vol.22 N°2
9. **Matern Child Health J.** The Contributions of Maternity Care to Reducing Adverse Pregnancy Outcomes: A Cohort Study in Dabat District, Northwest Ethiopia. Worku AG1, Yalew AW, Afework MF, 2013 Sep 18.
10. **O.M.S / F.N.U.A.P. / U.N.I.C.E.F/ BANQUE MONDIALE.** Déclaration commune réduire la mortalité maternelle. OMS, Genette, 1999, p.43.
11. **Azalo M.** Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de la Miproma de Magnambougou en commune VI du district de Bamako, 2009.

12. **Fomba S.** Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé de la Miproma de Magnambougou en commune VI du district de Bamako, thèse, de Médecine, Bamako. N°64, 2003.

# **ANNEXES**

**ANNEXES****Fiche d'enquête****Grille d'observation de la CPN**

Structure .....N° Fiche.....N° Dossier ou carnet CPN

Date d'observation.....

Heure de la visite.....1 : heure début.....2 : heure de fin

**I. Caractéristiques sociodémographiques de la gestante**

Nom.....

Prénom.....

1) Age :

2) Ethnie /\_\_\_\_\_/ 1=Bambara 2= Peuhl ; 3 =Malinké ; 4= Bozo ;  
5= Sonhaï ; 6 =Soninké ; 7= Dogon ; 8= Autres

3) Profession /\_\_\_/ 1= Ménagère, 2= Vendeuse, 3= Fonctionnaire, 4= Aide-  
ménagère, 5= Commerçante, 6 =Autres

4) Niveau d'instruction /\_\_\_\_/ 1=Aucun, 2= Primaire, 3= Secondaire, 4=  
Supérieure

5) Etat matrimonial /\_\_\_/ 1= Célibataire, 2= marié, 3= Veuve, 4= Divorcée

6) Résidence.....  
.....

7) Nombre de CPN réalisées .../\_\_\_/ .....

8) Age de la grossesse :

## II. Caractéristiques du personnel qui a pris en charge la gestante

1) Qualification /\_\_\_/ 1= Médecin, 2= Sage-femme, 3= Matrone, 4= Infirmière obstétricienne, 5 =Autres

2) Statut /\_\_\_/ 1= Fonctionnaire, 2= contractuel, 3= Stagiaire, 4= autres

3) Durée dans la CPN

4) Formation reçue en cours d'emploi :

## III. aspects de la CPN

### a) ACCUEIL

a1) Salutation conforme aux convenances sociales /\_\_\_\_\_/ 1 =oui 2 non

a2) Souhaite la bienvenue /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

a3) Consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ? /\_\_\_\_\_/ 1= oui, 2=non

a4) Se présente et présente aux autres membres de l'équipe /\_\_\_\_\_/ 1= oui ;  
2= non

a5) Demande ce qu'on peut faire pour elle et la met en confiance /\_\_\_\_\_/ 1=  
oui ; 2= non

a6) Langue de communication /\_\_\_\_\_/ 1 =Français, 2= Bambara, 3= Autres

a7) Consultante comprenait-elle la langue ? /\_\_\_\_\_/ 1= oui, 2= non

a8) Si non a-t-on fait appel à un interprète ? /\_\_\_\_\_/ 1= oui 2= non

a9) Demande du carnet de la grossesse précédente /\_\_\_\_\_/ 1= oui présent ; 2= non absent

## **B. INTERROGATOIRE**

b1) Identification de la femme : Demander le nom, prénom, âge, profession, adresse

b2) Profession du mari /\_\_\_\_\_/ 1 cultivateur, 2= commerçant, 3= Fonctionnaire, 4= Manœuvre, 5= Autres

Distance parcourue pour venir au centre..... Km

Interrogatoire/Antécédents

b3) Informe la femme du déroulement de la consultation /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

b4) Recherche l'antécédent gynéco obstétrique /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

b5) Recherche les antécédents médicaux et chirurgicaux (HTA, diabète, césarienne.....)

b6) Recherche la carte de vaccination ou le carnet de santé du dernier enfant pour la vaccination antitétanique

b7) Date des dernières règles /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

b8) Rechercher et enregistrer les facteurs de risque et les maladies /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

Relever les anomalies, tels que :

B9) menace d'accouchement prématuré ; /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

B10) les hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre. /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

Se référer à la fiche opérationnelle de suivi de grossesse et au carnet pour l'appréciation du risque.

### C. EXAMEN PHYSIQUE

c1) Se laver les mains avant et après l'examen /\_\_\_\_\_/ 1=oui ; 2= non

c2) Examiner la peau, les yeux, la bouche et palper la glande thyroïde

Recherche les œdèmes au visage /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c3) Ausculter le cœur, palper la partie supérieure de l'abdomen /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c4) Examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'œdèmes) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c5) Prise de la tension artérielle /\_\_\_\_\_/ 1=oui ; 2=non

c6) Prise du poids /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c7) Mesure de la taille /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c8) Examen systématique de la tête aux pieds) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

c9) Examiner les seins /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

### D. Procéder à l'examen obstétrical

d1) Se laver les mains et porter des gants /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d2) Faire l'inspection de l'abdomen, du pelvis et palper l'abdomen /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d3) mesurer la hauteur utérine et ausculter les bruits du cœur foetal (BCF) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d4) Placer le spéculum ; observer le col et le vagin /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d5) Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, au besoin /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d6) Examiner le bassin /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d7) cicatrices abdominales /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d8) Mesure de la hauteur utérine /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d9) Recherche la vitalité foetale (mouvements foetaux actifs, bruits du cœur foetal) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d10) Recherche la position du fœtus (36 S.A) 1= oui ; 2= non

d11) Examen au speculum /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

d12) Toucher vaginal /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

### **E. Tâches après l'examen physique**

e1) Décontamine le matériel : gant ; spéculum /\_\_\_\_\_/ 1=oui ; 2= non

e2) Aide la femme à se mettre dans la position assise /\_\_\_\_\_/ 1= oui ;  
2= non

e3) Calcule la date présumée de l'accouchement /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2=

e4) Communique le résultat de l'examen à la femme /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2=  
non

e5) Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;

Remplit registre, carnet de santé, carte maternelle /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

### **F. Examens para cliniques demandés**

f1) Groupage/rhésus /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

f2) Test d'Emmel /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

f3) Sérologie VIH après counseling /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

f4) Recherche l'albumine et le sucre dans les urines /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

f5) Sérologie syphilis selon la technique de BW

f6) NFS/taux d'hémoglobine.

f7) Autres examens complémentaires selon le besoin.

### **G. Conseils pour la santé**

g1) Si examens demandés avant, vérifier les résultats ou sensibiliser la femme pour faire les examens.

g2) Discute du plan d'accouchement et des complications avec la femme et du bien-fondé de l'implication de son mari /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

g3) Cherche une possibilité de rencontrer le mari pour son implication /\_\_\_\_\_/

1= oui ; 2= non

g4) Donne des conseils sur : nutrition, l'hygiène alimentaire et l'hygiène de vie : œufs, lait, poissons, viande, feuilles vertes, sel iodé et éviter les excitants. Hygiène corporelle ; utilisation des produits nocifs (alcool, tabac) ; repos et l'activité ; allaitement maternel exclusif et à la demande; prévention du paludisme par la TPI et le MII /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2=non

g5) Discute du programme de ses prochaines visites ( Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin) /\_\_\_\_\_/

1= oui ; 2= non

g6) Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques /\_\_\_\_\_/

g7) Donner des conseils sur la supplémentation en fer et acide folique /\_\_\_\_\_/

## **H. Prescrire les soins préventifs :**

h1) Vérifier et vacciner la femme si nécessaire contre le tétanos

Traite les affections dépistées /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

h2) Donne la dose supervisée de SP à partir de 16 S.A /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

h3) Donne du fer/acide folique /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

h4) Donne du mébendazole à partir de 16 S.A /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

h5) Administre le VAT pour la femme non vaccinée /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

h6) Donne toutes les explications sur la prise des médicaments /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

### **I. Communication interpersonnelle**

i1) Ecoute attentivement la cliente /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i2) Utilise une communication positive non verbale (sourit ou présente un visage d'empathie, dit des expressions d'empathie) /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i3) Utilise un vocabulaire approprié /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i4) Répète ce que la cliente a dit ou reformule autrement pour montrer qu'elle la comprend /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i5) Demande la cliente si elle a d'autres questions/problèmes à poser /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i6) Félicite la cliente pour ce qu'elle fait bien /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

i7) Indique la date du prochain rendez-vous /\_\_\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

### **Guide d'entretien individuel avec les utilisatrices**

#### 1. Identification

1.1 Date :.....

1.2 Formation sanitaire :.....

1.3 Age de l'utilisatrice :.....

1.4 Parité :.....

1.5 Gestité :.....

1.6 Profession :.....

1.7 Lieu de résidence :.....

2. Satisfaction :.....

2.1 Etes- vous satisfaites des services de consultation que les agents de santé viennent de vous offrir ?      Oui /\_\_/      Non /\_\_/

Si oui, lequel (ou lesquels) des services suivants vous a (ont) donné satisfaction ?

- Accueil : l'agent salue ou répond poliment à votre salutation, vous fait asseoir, vous demande le motif de votre et vous explique le déroulement de l'examen      Oui /\_\_/      Non /\_\_/

- Prise en charge : déroulement de l'examen physique comme souhaité, travail évolution de la grossesse, conseils donnés sur l'hygiène, la nutrition, le, la prise des médicaments, le prochain rendez-vous

Oui /\_\_/      Non /\_\_/

- Disponibilité du personnel (agent de santé consacre son temps aux clients au lieu d'être occupé à faire autre chose aux heures de travail) :      Oui /\_\_/      Non /\_\_/

- Disponibilité des médicaments prescrits (fer, sulfadoxine pyriméthamine, chloroquine) : Oui /\_\_/      Non /\_\_/

- Temps d'attente : long /\_\_/      court /\_\_/

2.3 Comment trouvez-vous le coût des médicaments achetés au sein de la structure

- Cher /\_\_/
- Moins cher /\_\_/

2.4 Comment trouvez-vous l'environnement de la maternité (cours, salle D'attente, salle de consultation, toilettes) ?

- Agréable /\_\_/
- Peu agréable /\_\_/
- Non agréable /\_\_/

### **Fiche sur l'issue de la grossesse**

Etat du nouveau-né

Nouveau né vivant /\_\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui

- Sexe
- Poids
- Apgar à 1mn

Apgar à 5 mn

Si vivant a-t-il été réanimé 1=oui 2=non

Si oui pourquoi ?

Mort né /\_\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui

Frais /\_\_\_\_\_/

Macéré /\_\_\_\_\_/

Fausse couche /\_\_\_\_\_/ 1=oui 2=non

Complication à l'accouchement

Référence mère

Etat mère

- vivante
- décédée

Type accouchement

- accouchement à terme
  - eutocique
  - dystocique:
    - forceps/ventouses
    - dirigé
    - césarienne.
  - si dystocie préciser la cause
- accouchement prématuré
  - par voie basse
  - par césarienne

**Annexe1 : Grille d'observation de l'environnement physique**

Eléments à observer	OUI /NON	score
La cour		
Espace vert Propre et bien tondu		
Présence de poubelles		
Salle ou hall d'attente		
Murs Propres		
Sol propre		
Espace aéré		
Bancs ou chaises en nombre suffisant		
Présence d'affiches		
Existence de pots de fleurs pour la décoration		
Existence de poste téléviseur ou radio		
Salle de consultation		
Murs Propres		
Sol propre		
Espace aéré		
Rideaux aux fenêtres		
Présence d'affiches		

Point d'eau fonctionnelle		
Toilettes		
Fonctionnelles		
Murs propres		
Sol propre		
Accessibles à tous		
Total		

## Annexe 2 : Grille d'observation du matériel

Formation sanitaire : .....

Date : .....

COTATION :

Nombre existant = 1

Non existant = 0

Nombre existant fonctionnel =

Matériel biomédical	NE	NEF	NENF	SCORE
Table d'examen gynécologique				

Pèse-personne				
Toise adulte				
Stéthoscope obstétrical				
Spéculum				
Lampe d'éclairage				
Gants/Doigtier à usage unique				
Bandelettes réactives (albumine-sucre)				
Stérilisateur à vapeur				
Réfrigérateur				
Mètre ruban				
Appareil à tension + stéthoscope médical				
Calendrier 2014				
Estimateur de la date d'accouchement				
Ordinogramme				
Total				

## LISTE DES VARIABLES DISCRIMINATOIRES

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

Catégories	Variables discriminantes
<b>Accueil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• salutations conformes aux convenances sociales</li> <li>• souhaite la bienvenue</li> <li>• invitation à s'asseoir</li> <li>• présentation</li> <li>• demande du carnet de la dernière grossesse</li> </ul>
<b>Qualification du personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• seul un médecin, une sage-femme ou une infirmière obstétricienne doit pratiquer une CPN</li> </ul>
<b>interrogatoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identification de la gestante</li> <li>• le praticien doit demander les antécédents obstétriques et médicaux</li> <li>• rechercher et enregistrer les facteurs de risque</li> <li>• rechercher la date des dernières règles</li> </ul>

---

**Examen clinique**

- recherche la carte de vaccination
- mesure de la HU
- mesure de la taille
- prise du poids
- examen systématique de la tête aux pieds
- recherche de la position fœtale
- examen au spéculum
- toucher vaginal combiné au palper abdominal
- examen du bassin

**Examens para cliniques**

- les examens comme le groupage/rhésus, la NFS/taux d'hémoglobine, le test d'Emmel, la recherche de sucre et d'albumine dans les urines, le test VIH après counseling et la sérologie BW doivent être demandés

**Conseils pour la santé**

- le praticien doit donner des conseils sur la nutrition, l'hygiène de vie et aussi sur l'hygiène alimentaire.

**Soins préventives**

- il doit donner du FAF, de l'albendazole, du SP.

**Communication interpersonnelle**

---

- le praticien doit écouter la

---

patiente, utiliser un vocabulaire  
approprié et une communication  
positive non verbale

---

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** DOURRA

**Prénom :** MOHAMED

**Titre :** Influence de la qualité des consultations prénatales sur l'issue de la grossesse dans le CSREF de la commune II du district de Bamako.

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Santé publique ; Gynéco-Obstétrique.

## Résumé

Il est recommandé que les femmes initient les soins prénatals avant la fin du quatrième mois de grossesse et qu'elles fassent quatre visites à intervalles réguliers avant l'accouchement.

Il s'agissait d'une étude prospective dont la collecte des données sur le terrain a été réalisée du 3 novembre 2013 au 3 mars 2014 en commune II du district de Bamako.

Un questionnaire préétabli a permis de recueillir les données nécessaires, celles-ci ont été saisies par le logiciel Excel 2007 et traitées par le logiciel Epi-info 2000 version 3.5.3.

La relation entre la qualité et l'issue de la grossesse observée a été vérifiée à l'aide du test de Chi-deux de Pearson ou le test de Yates corrigé lorsque l'effectif théorique était inférieur à 5.

Dans l'étude on n'a pas mise en évidence de relations statistiquement liées entre l'âge, la parité, la gestité, le statut matrimonial, le niveau d'instruction et l'issue de la grossesse.

Ce pendant l'étude a démontré que l'issue favorable des grossesses est liée à la bonne qualité de la CPN.

**Mots clés :** CPN, issue de la grossesse, influence, qualité.

## 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 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.

**JE LE JURE.**