

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

F.M.O.S.

Année universitaire : 2014-2015 N°

/..../

Thèse

EVALUATION DE LA QUALITE DES
CONSULTATION PRENATALE AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI
DU DISTRICT DE BAMAKO.

Présentée et soutenue publiquement le 16/10 /2015 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par **M.Boubacar KANABAYE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (*DIPLÔME D'ÉTAT*)

Jury

Président : **Professeur Salif DIAKITE**

Membre : **Docteur Alou SAMAKE**

Co-directeur: **Docteur Brehima A DIALLO**

Directeur : **Professeur ISSA DIARRA**

DEDICACES

Je dédie ce travail:

_A ALLAH : le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux qui m'a fait venir sur cette terre, qui m'a préservé la santé jusqu'à ce jour, qui m'a permis d'évoquer son nom en ce jour, qui m'a fait musulman.

Au MESSAGER D'ALLAH(MOHAMED) : que la paix et la bénédiction soient sur lui, sur sa famille ainsi que sur tous ceux qui le suivront jusqu'à la fin de leur vie.

_A ma maman, FATOUMATA dite BOURELY KANABAYE : pour m'avoir mis au monde et prodigué les premiers soins, ce travail est le vôtre, merci maman.

_A mon père, MOUSSA dit SANA-OGOMO KANABAYE : pour m'avoir mis au monde et inscrit à l'école, ce travail est le vôtre, merci papa.

Dédicace spéciale à ma grande sœur et à mon petit frère, SAIDOU KANABAYE et DICKO KANABAYE : pour leurs soutiens, moral et financier.

_A tous mes frères et sœurs : merci pour vos soutiens moraux et matériels. Vous avez été présents à mes côtés même dans les moments difficiles. Soyez rassurés que je vous serai éternellement reconnaissant. Ce travail est le vôtre. Puisse ALLAH l'omniprésent perdurer entre nous l'entente, l'entraide et la solidarité.

Au MALI, pour tes efforts consentis dans notre éducation et dans notre formation, nous te servons avec amour, loyauté et patriotisme.

_A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant vie.

_A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

_A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse ou de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

REMERCIEMENTS

Je ne pourrai terminer ce travail sans témoigner ma reconnaissance :

Au Doyen et au corps professoral de la FMOS, merci pour votre bonne gestion de cette faculté.

Au personnel de la FMOS, grâce à votre rigueur et votre dévouement la FMOS jouit d'une renommée internationale. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

_A mes maitres formateurs, Dr Alou Samaké ; Dr Mamadou Keita ; Dr Abdou K Kayentao, chers maitres, vos simplicités, vos rigueurs et surtout vos disponibilités font de vous incontestablement de très bons encadreurs. Recevez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance. Puisse ALLAH le maitre du jour du jugement dernier exaucer vos vœux les plus ardents, Amen.

Au personnel du centre de santé de référence de la commune VI, merci pour l'accueil chaleureux et vôtre, bonne collaboration.

_A toutes les sages femmes du centre de santé de référence de la commune VI, merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

_A tout le personnel de l'unité CPN, merci de votre bonne collaboration et du soutien que vous m'avez accordés. Encore merci, ce travail est le votre.

_A tous mes aînés du centre, merci de vôtre, soutien et encadrement.

_A tous mes cadets du centre, merci infiniment, patience, courage et persévérance.

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Salif DIAKITE,

Professeur titulaire honoraire de gynécologie obstétrique,

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Véritable bibliothèque vivante vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre savoir ; la simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre, expérience.

Nous avons très vite appréhendé et apprécié combien noble votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Issa DIARRA

Maitre de conférences Agrégé,

Chef du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mère –Enfant

le LUXENBOURG,

Colonel des Forces Armées et de Sécurité,

Chevalier de l'Ordre National du Mérite de la Santé.

Cher maître,

C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre, rigueur scientifique, votre, compétence et la qualité de votre, enseignement font de vous un maître de référence. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître de vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Puisse le seigneur vous accorder la santé et la longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de gynécologie-obstétrique.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Alou SAMAKE,

Gynécologue Obstétricien,

Chef du service de Gynécologie Obstétrique du CSRéf CVI,

Professeur titulaire à l'INFSS,

Trésorier de la SOMAGO.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Vos qualités humaines et intellectuelles mais aussi et surtout votre, sens élevé de

la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionnés. Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes, veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO_DIRECTEUR

Docteur Bréhima A DIALLO,

Médecin MD PHD Santé publique,

Chef de division santé publique à l'ANEH.

Cher maître,

La rigueur scientifique, la simplicité, la disponibilité, l'esprit de tolérance et de la compréhension sont autant de qualités que vous incarnez, et font de vous un encadreur d'une rareté étonnante.

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.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AG : Age de la Grossesse

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANEH : Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux

ANIASCO : Association Santé Communautaire de Niamakoro II.

ASACOBABA : Association Santé Communautaire de Banankabougou-Faladiè.

ASACOCY : Association Santé Communautaire de Cité des logements sociaux.

ASACOFA : Association Santé Communautaire de Faladiè.

ASACOMA : Association Santé Communautaire de Magnambougou.

ASACOMIS : Association Santé Communautaire de Missabougou.

ASACONIA : Association Santé Communautaire de Niamakoro.

ASACOSE : Association Santé Communautaire de Senou.

ASACOSO : Association Santé Communautaire de Sogoniko.

ASACOSODIA : Association Santé Communautaire de Sokorodji- Dianéguéla.

ASACOYIR : Association Santé Communautaire de Yirimadio.

ATCD : Antécédent

BCF : Bruit du Cœur Fœtal

BW : Bordet Wassermann

CAT : Conduite à Tenir

CCC : Communication pour un Changement de Comportement

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPS : Cellule de Planification et de statistique

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DCI : Dénomination Commune Internationale

DDR : Date des Dernières Règles

DPA : Date Probable d'Accouchement.

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HTA : Hypertension Artérielle.

HU : Hauteur Utérine.

IST /MST : Infection/ Maladie Sexuellement Transmissible.

NFS : Numération Formule Sanguine.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONU : Organisation des Nations Unies.

PPM : Pharmacie Populaire du Mali.

RAC : Réseau Administratif de Communication.

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine.

TA : Tension Artérielle.

TE : Test d'Emmel.

TPI : Traitement Préventif Intermittent.

USA : Etats- Unis d'Amérique.

VAT: Vaccination Antitétanique.

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine.

VS : Vitesse de Sédimentations.

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION

II.OBJECTIFS :

III.GENERALITES

IV.METHODOLOGIE

V- RESULTATS

VI-COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

VII-CONCLUSION

VIII-LES RECOMMANDATIONS

IX-REFERENCES

X.ANNEXES

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	1
REMERCIEMENTS	3
HOMAGES AUX MEMBRE DES JURY	3
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	7
I.INTRODUCTION	12
II.OBJECTIFS :	15
2.1. OBJECTIF GENERAL :	15
2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :	15
III.GENERALITES	16
1_HISTORIQUE DE LA CPN :.....	16
2_DEFINITIONS :.....	18
3_LES ASPECTS TEHNIQUES DE LA CONSULTATION PRENATALE [18]	22
IV.METHODOLOGIE	30
1_Cadre de l'étude :	30
2_La situation des infrastructures :.....	33
3_Description du service de gynécologie obstétrique :.....	37
4_Période de l'étude :.....	38
5_Population d'étude : Il s'agit :.....	38
6_Echantillonnage :.....	38
7_Technique et déroulement de l'échantillonnage :.....	39
8_Type d'Etude :.....	39
9_Critère de jugement :.....	40
10_Techniques et outils de collecte de donnée	40
11. Plan d'analyse :	41

12_ Les variables étudiées : Il en a deux types :	42
13. Explications des éléments d'appréciation de la grille :	42
14. La structure :	42
15_ La Procédure de l'enquête :	43
16_ Niveau de qualité de la structure :	44
17_ POUR L'ETUDE ANALYTIQUE	47
18. Définitions opératoires:	51
V- RESULTATS	52
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	79
VII-CONCLUSION	93
III-LES RECOMMANDATIONS.....	94
IX-REFERENCES.....	96
ANNEXES.....	101
FICHE D'ENQUETE	101
FICHE SIGNALETIQUE	113

I.INTRODUCTION

La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse.

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent la nécessité d'un suivi régulier de la grossesse.

L'information délivrée par les professionnels de la santé et le plus tôt possible à l'occasion des CPN, a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir(1).

L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales à l'intervalle régulier tout au long de la grossesse [35].

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes reçoivent les soins prénatals de qualité (99%), tandis que dans les pays en développement elles ne sont que de 1 % [3].

En Afrique de l'ouest , une étude effectuée en 1997 dans certaines grandes villes (Abidjan , Bamako , Niamey , Nouakchott , Ouagadougou , Saint Louis et Kaolack) , a montré que les CPN étaient assurées à 94,6% par une sage femme[15] .

A Bamako au Mali : 86,5% des CPN sont faites par les sages femmes ; 2,8% par les infirmiers et 1,6% par les médecins [4].

Le 10 décembre 1990 le Mali a adopté la politique sectorielle et communale de santé de la reproduction (création et opérationnalisation des structures de santé communautaires ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures) [17].

Par la suite, en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel défini par la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) dont « les soins prénatals de qualité en sont l'une de ses composantes » [16].

Selon ce concept, la qualité dans les soins consiste à appliquer les sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfice pour la santé sans augmenter pour autant les risques.

Une enquête effectuée dans le district de Bamako en 1995 a révélé que sur un échantillon de 200 femmes enceintes ; 56,9% ont fait trois examens au cours de leur grossesse (groupage rhésus, test d'Emmel, BW), 4,4% seulement ont bénéficié de bilan comportant une échographie [16].

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

Les soins prénatals contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-fœtale [15].

Selon l'Enquête Démographique et de la Santé au Mali (EDSMIII) réalisée en 2001 pour 1999 à 2000, sur 100000 naissances, le taux de mortalité maternel et infantile variait de 100 à 600.

Autrement dit au Mali une femme court un risque de 1 /24 de décès pendant les âges de procréation (15 à 49 ans).

Au cours de la même période 1999 _ 2001, pour 57% de naissances la mère avait seulement bénéficié d'au moins une CPN auprès du personnel formé.

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

Malgré la valeur et l'intérêt accordés à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur les CPN, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante [6].

Le suivi médical de la grossesse permet de dépister et de traiter d'éventuelles complications, ainsi une surveillance obstétricale contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle.

L'ensemble des femmes enceintes doivent par conséquent bénéficier d'une surveillance prénatale et un suivi obstétrical de qualité ; celles qui y échappent peuvent représenter une population où les risques sont élevés.

Une CPN de bonne qualité assure le suivi de la grossesse, préserve l'état de santé de mère et du fœtus, prévient les complications et permet de dépister les facteurs de risque. En outre elle permet de dicter la voie d'accouchement [14].

Beaucoup d'études ont été menées sur la qualité de la CPN dans plusieurs centres de santé de référence du district de Bamako [11, 13,30] mais notre étude est la première réalisée dans le CS Réf de la commune VI. Pour se faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

II.OBJECTIFS :

2.1. OBJECTIF GENERAL :

Evaluer la qualité de la CPN dans le CS Réf de la commune VI du district de Bamako.

2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes ;

Apprécier les normes et procédures de la CPN dans le CS Réf de la commune VI ;

Déterminer le niveau de performance des prestataires ;

Analyser la perception des gestantes sur la qualité de la CPN réalisée au CSREF de la Commune VI ;

Faire des suggestions d'amélioration.

III.GENERALITES

1_HISTORIQUE DE LA CPN :

La mise en place de programmes de santé politique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Le sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tel que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Baudin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptibles de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternel et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et dévoile comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : (au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture dans la situation des enfants).

C'est après la deuxième guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des événements mondiaux, on s'est vite rendu compte

qu'il était l'intérêt publique , que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard , en 1948 la déclaration universelle des droits de l'Homme proclamée par l'ONU nouvellement créée leur a fixe l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants .

Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquit une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant.

On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique.

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

Au cours du XXe siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'Homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [3].

Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde. Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80.

Elles ont montré que 500000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse. [7].

En 1987, la première Conférence Internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990.

Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990 et les quatrièmes conférences internationales sur les femmes de Beijing en 1995.

Bien qu'aux états unis, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux de Donabedian en 1966, dans les pays anglo-saxons et par la suite en France au début des années 1980 en parti sous l'impulsion de Papiernik et Coll. Lacronique Armagathe et Weil [31].

Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la réforme hospitalière [9].

2_DEFINITIONS :

L'EVALUATION :

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

LA QUALITE :

C'est la manière d'être des procédures médicales bonnes ou mauvaises.

LA QUALITE DES SOINS :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer et des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risque.

Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfices [18]. Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un cout abordable pour

la société en question, et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition.

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

L'entité « soins » comporte des aspects indissociables qui sont :

- _ La relation soignant soignée (respect de la dignité humaine)
- _ La démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient ;
- _ La continuité des soins ;
- _ Les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse ;
- _ L'autonomisation [1].

LA SURVEILLANCE PRENATALE OU LA CONSULTATION

PRENATALE :

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

- _ Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains ;
- _ Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents.
- _ Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [8].

POLITIQUE ET NORMES DES SERVICES :

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsables pour l'offre des services de qualité [4].

NORMES :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [4].

LES PROCEDURES :

Elles décrivent les gestes biologiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [4].

LA GROSSESSE :

C'est le l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement [1].

FACTEURS DE RISQUE AU COURS DE LA GROSSESSE :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée [10].

GROSSESSE A HAUT RISQUE :

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement [1].

GOSSESSE GEMELLAIRE :

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

GROSSESSE MULTIPLES :

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

LA MATERNITE SANS RISQUE :

C'est une maternité au cours de laquelle une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou

d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement [1]. Cette définition correspond avec celle de l'OMS à la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions.

Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité , d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liés à la grossesse[1] .

LA MORTALITE MATERNELLE [15] :

C'est le décès de femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou accompagnée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite.

TAUX DE MORTALITE MATERNELLE [31] :

C'est le nombre de décès pour 100000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100000 femmes en âge de procréer.

L'AIRE DE SANTE OU SECTEUR SANITAIRE [16] :

Elle représente une zone géographique actuelle de l'ensemble des besoins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources.

LE PAQUET MINIMUM D'ACTIVITE [16] :

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles .Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, les consultations prénatales et post natales avec accouchement et vaccination.

L'EVACUATION [9] :

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

LA REFERENCE [9]:

C'est l'orientation d'une patiente vers une structure spécialisée en absence de toute situation d'urgence.

3_LES ASPECTS TECHNIQUES DE LA CONSULTATION

PRENATALE [18]

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

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

_ L'ovulation et la menstruation sont supprimées, le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique ;

La présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel ;

_ Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins.

Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évaluer le pronostic de cette grossesse débutante en recherchant tous les facteurs de risque pouvant compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la sante maternelle ou fœtale.

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de geste technique simple mais rigoureux, aboutissant à trois fins essentielles :

Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;

Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un facteur de risque décelé ;

Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les événements dangereux en urgence [24].

3.1_CONSULTATION PRENATALE RECENTREE

3.1.1_CONCEPT:

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

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

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

3.1.2_LES MOYENS TECHNIQUES UTILISES AUX DIFFERENTES PERIODES DE LA GROSSESSE :

3.1.3_ORGANISATION DE LA SALLE DE CPN [4] :

Une salle de CPN doit comporter en équipement :

*Une table de consultation gynécologique ;

Un mètre ruban ;

Une toise ;

Une pèse personne ;

Un paravent ;

Une source lumineuse (lampe électrique) ;

Un appareil à tension ;

Un stéthoscope obstétrical ;

Des gants et doigtiers ;

Un registre de CPN,

Une boîte de speculums ;

Un bureau ;

Une solution de décontamination ;

Un lavabo ;

Une armoire ;

Un escalier pour la table de consultation.

Une salle de CPN doit comporter comme personnel :

*Médecin ;

* Sage femme ;

*Infirmière de sante ;

*I infirmière obstétricienne ;

*Matrone ;

*Aide soignante ;

* Accoucheuse traditionnelle recyclée ;

* Assistant médical.

3.1.4_LA PREMIERE CONSULTATION PRENATALE :

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

Elle comporte les temps suivants :

_ L'INTERROGATOIRE DES FEMMES ENCEINTES :

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

Outre le diagnostic de la grossesse, il faut rechercher :

Le début de la grossesse (date des dernières règles),

-Les signes sympathiques de la grossesse : ils apparaissent vers la fin du premier mois.

Il s'agit : des nausées, des vomissements, de tension mammaire, de météorismes abdominaux, d'irritabilité et de fatigue.

Les antécédents :

*Médicaux : toute anomalie antérieure à la grossesse, mais pouvant avoir une incidence sur la grossesse actuelle : HTA, Cardiopathie, Diabète, Infection urinaire, Asthme.

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

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

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

*Les habitudes alimentaires : tabac, alcool, drogue, ration alimentaire.

_ EXAMEN PHYSIQUE :

L'examen physique est une étape très importante à la CPN.

Il exige l'accomplissement d'un certains nombre de gestes corrects, et qui doivent être exécutés par un personnel qualifié et compétent, c'est le moment de détecter certaines anomalies qui n'ont pas été explorées au cours de l'interrogatoire.

Cet examen se fait sur une femme déshabillée. Il précisera d'abord l'état général de la gestante, le poids, la taille, la mesure de la pression artérielle, la fréquence cardiaque, l'auscultation cardio-pulmonaire, la palpation de l'abdomen.

Il sera complété par un examen gynécologique (palpation des seins, mesure de la hauteur utérine, l'examen au speculum et le toucher vaginal).

_EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatales en vigueur au Mali [4], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration de naissance.

- Le groupe sanguin et rhésus,
- La NFS ou taux d'hémoglobine,
- La recherche des albumines et sucres dans les urines,
- Le BW,

- Le test d'Emmel,
- Les sérologies de rubéole et de la toxoplasmose, plus ou moins la recherche de la syphilis (VDRL, TPHA), et la sérologie du VIH / SIDA qui ne sont pas obligatoires.
- Il faut faire une échographie de datation en cas de doute sur le terme, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite à tenir.

3.1.5_LA DEUXIEME CONSULTATION PRENATALE :

Elle est faite au deuxième trimestre.

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

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

Vers 22 SA lors de la première grossesse et le plus tôt pour les suivantes.

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

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

L'examen : mesure la hauteur utérine, le reste de l'examen est le même qu'au premier trimestre.

Cependant, le TV doit être fait avec minutie et précision (le col et ses modifications), en effet c'est au cours du 2^e trimestre que peuvent déjà survenir les menaces d'interruption de grossesse, notamment par béance du col.

Lors de chaque examen qui devra être répété chaque mois, seront contrôlées la prise de poids (ne doit pas dépasser 2 kg par mois à ce stade), la mesure de la tension artérielle (doit être inférieure à 140 /90 mm hg) .On recherchera le sucre et l'albumine dans les urines, les anticorps immuns si la femme est Rhésus négatif.

Une échographie de principe sera demandée entre 19 et 21SA dans le but essentiel de connaître les anomalies morphologiques qui pourraient conduire à

interrompre la grossesse ou à prévoir des conditions particulières de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

L'intérêt des CPN à cette période c'est de rechercher des facteurs de risque et la mise en œuvre sans plus tarder de leur traitement préventif ou déjà curatif.

3.2_Dépistage de la grossesse à risque :

3.2.1_Facteurs de risque :

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

Grossesse à risque : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.

Ils sont classés en trois catégories :

- ° Les facteurs de risque présents antérieurs même à la grossesse,
- ° Ceux qui apparaissent au cours de la grossesse,
- ° Enfin les facteurs de risque survenant au cours de l'accouchement.

3.2.2_ Facteurs de risque antérieurs à la grossesse : ce sont :

- . L'âge inférieur à 16 ans et supérieur à 35 ans ; taille inférieure à 1,50 m,
- . La multiparité supérieure à 6 ; le niveau d'alphabétisation,

.Le statut matrimonial ; les conditions socio-économiques basses ; poids inférieur à 45 kg ; les travaux intenses,

.L'intervalle inter gésésique inférieur à 24 mois ; les ATCD obstétricaux (mort – ne, mort in utéro, avortement à répétition, stérilité secondaire, accouchement prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle).

3.2.3_ Facteurs de risque au cours de la grossesse : ce sont :

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

3.2.4_ Facteurs de risque apparaissant au cours de l'accouchement :

L'éclampsie, les hémorragies de la délivrance le placenta prævia, la rupture utérine la souffrance fœtale.

3.3_Pour les consultations ultérieures :

_ L'INTERROGATOIRE : précise les éléments nouveaux tels que les plaintes de la femme, recherche les signes des pathologies intercurrentes.

_EXAMEN PHYSIQUE : il sera complété par la recherche des œdèmes, le palper abdominal pour préciser la taille et la présentation du fœtus, et l'auscultation des bruits du cœur fœtal

3.4_Examens complémentaires :

Idem à la première CPN.

Les examens sont orientés selon la pathologie de la grossesse gémellaire, de retard de croissance in utero, de diabète gestationnel et à terme en cas de bassin rétréci (pré évaluer les mensurations fœtales).

3.5_Surveillance au cours des trois derniers mois :

La grossesse pendant cette période sera surveillée comme précédemment. C'est au cours de ces dernières consultations que le pronostic de l'accouchement sera porté.

3.6_Examen AU 9^e mois :

Il faut évaluer les modalités de l'accouchement .L'examen général recherche les éléments cités précédemment.

IV.METHODOLOGIE

1-Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au CS Réf de la commune VI du district de Bamako. La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

-l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;

-la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des -Collectivités Territoriales ; et

-la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales. construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

1.1_Données géographiques:

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km², pour une population estimée à 620 360 habitants en 2009, avec un taux d'accroissement de 9.4.

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati et à l'Ouest par la Commune V.

Le relief est accidenté dans la limite Est de la commune, à l'Est de banankabougou, et de Dianéguéla-Sokorodji et à l'Ouest de Yirimadio.

Le climat est Sahélien avec une saison sèche de Février à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier.

La Commune connaît des variations climatiques d'année en année.

La végétation est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïlcédrat, le karité, manguier.

La Commune VI est arrosée par le Fleuve Niger au nord et les marigots Sogoniko, Koumanko et Babla.

Dans le domaine du transport, la commune est desservie par deux routes d'importance nationale:

- La RN6 : Axe Bamako - Ségou,

- 1. La RN7 : Axe Bamako - Sikasso

Ces deux routes nationales traversent la commune 6 et facilitent l'accès aux autres quartiers.

La Commune est un carrefour pour le transport routier. Il existe un aéroport international à Senou à 15 km du centre ville d'ou` s'effectue le trafic aérien.

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet (les « cybercafés »).

Toutes les stations radios libres, les deux chaînes télé (ORTM , Africable et TM2) sont captées dans la commune.

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme,) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d' hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du :mariage traditionnel,la polygamie,le lévirat,le sororat,des cérémonies rituelles .

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient sans animosité.

La population totale de la Commune VI a été estimée en 1998 à 221342(sourceDNSI).

En application du taux d'accroissement annuel qui est de 9,4 %, la population a atteint 620.360 habitants en 2009. Elle est composée de 50,6% d'hommes et 49,4% de femmes.

NB : Cette population est sujette à des variations dues aux flux migratoires saisonniers de

l'intérieur du pays vers la capitale ; à la création de nouveaux quartiers (logements sociaux).

La Commune VI est composée de dix quartiers dont 4 urbains et 6 semi-urbains. Le degré de viabilisation de la commune est très peu avancé.

1.2_La situation sanitaire:

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de Référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées (cliniques, cabinets de soins), 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires Niamakoro (ASACONIA et ANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé (Sokorodji –Dianéguéla).

La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSComs.

1.3_L'historique du CS Réf de la commune VI:

La maternité de Sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve NIGER. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CSRéf) en 1999.

Le CSRéf reçoit toutes les références et évacuations des 11

CSComs(ANIASCO,ASACOBABA,ASACOCY,ASACOFA,ASACOMA,ASACOMIS,ASACONIAASACOSE,ASACOSO,ASACOSODIA,ASACUYIR) et de toutes les structures privées de santé de la Commune et une partie de Kati .

2_La situation des infrastructures :

Le service se compose de sept bâtiments :

➤ Le premier bâtiment en étage construit en 1981 et réhabilité en 2010.

Il est composé de :

- au rez-de-chaussée :
 - la pharmacie de jour,
 - le bureau du pharmacien,
 - trois bureaux de consultation pour la médecine,
 - une salle d'observation pour la médecine,
 - une salle de garde,
 - la salle d'injection,
 - un magasin pour la pharmacie,
 - trois grandes salles d'hospitalisation pour la pédiatrie
 - deux bureaux de consultation pour la pédiatrie,
 - une salle de garde pour les infirmières de la pédiatrie,
 - une salle de garde pour les infirmières de la médecine
 - un hangar,
 - une toilette.
- A l'étage :
 - ✕ le service d'administration composé de :
 - le secrétariat,

- le bureau pour le Médecin-Chef,
 - le bureau Système d'Information Sanitaire (SIS),
 - le bureau de la comptabilité,
 - le bureau du service social,
 - le bureau médecin appui SIS,
 - le bureau du chef du personnel,
 - la brigade d'hygiène,
 - la salle de photocopie,
 - la salle de réunion,
 - un magasin,
 - des toilettes.
- Le deuxième bâtiment construit en 1999, il a été réhabilité en 2014. Il abrite : les unités de, consultation chirurgie et hospitalisation (médecine et chirurgie) :
- le bureau de consultation de chirurgie,
 - le bureau du major de la chirurgie,
 - le bureau du major de la médecine,
 - la salle de pansement,
 - une grande salle d'hospitalisation à sept (7) lits pour la chirurgie,
 - une salle d'hospitalisation à cinq (5) lits pour la médecine,
 - deux salles d'hospitalisation VIP à un (1) lit,
 - une salle d'hospitalisation VIP à deux (2) lits,
 - deux toilettes.
- Le troisième bâtiment construit en 2008, il abrite la maternité composée de :
- une salle d'accouchement qui contient six (6) boxes d'accouchement avec (06) paravents,
 - une salle de travail de neuf (9) lits,
 - une salle de réanimation des nouveaux nés,
 - une salle d'hospitalisation de dix-huit (18) lits,

- une salle de garde pour sage- femme,
 - une salle de garde pour Médecin,
 - une salle de garde pour les infirmières,
 - une salle de garde pour les internes,
 - une salle de consultation gynécologique,
 - trois salles de consultation prénatale,
 - une salle de consultation planification familiale,
 - une salle d'informatique,
 - une salle de SAA,
 - un hangar,
 - des toilettes
- Quatrième bâtiment construit en 2010 : le bloc technique qui est composé de :
- le laboratoire avec quatre salles (biochimie, hématologie, prélèvement, bactériologie), l'imagerie médicale (une salle d'échographie, une salle de radiographie, et une salle développement),
 - le bureau de consultation cardiologie/dermatologie,
 - deux bureaux de consultation d'Odontostomatologie,
 - deux bureaux de consultation O R L,
 - deux bureaux de consultation ophtalmologiques,
 - des toilettes.
- Cinquième bâtiment construit en 2010 : l'unité chaine de froid et l'USAC
- L'unité chaine de froid composée de :
 - une grande salle,
 - un bureau,
 - deux (2) toilettes,
 - un hangar.
 - L'USAC composée de :
 - un bureau pour le médecin coordinateur,
 - un bureau pour le pharmacien,

- une grande salle avec un box servant de salle de counseling,
 - un hangar.
- Sixième bâtiment construit en 2010 : le bureau des entrées composé de :
- un guichet,
 - un guichet pour l'espace AMO,
 - un bureau de consultation de garde,
 - un bureau de garde pour médecin,
 - une pharmacie de garde,
 - Deux hangars,
 - deux (2) toilettes.
- Septième bâtiment construit en 2010 : le bloc opératoire
- deux blocs opératoires,
 - une salle de stérilisation,
 - deux salles de réveil (une à trois lits et une à deux lits),
 - bureau pour le major du bloc,
 - une salle de pansement pour les opérés,
 - un bureau de consultation pour les anesthésistes,
 - une salle de garde pour les anesthésistes,
 - un hangar,
 - deux toilettes.
- Les annexes :
- la buanderie et les deux salles pour les manœuvres et les chauffeurs construites en 2010,
 - la suite des couches construite en 2005,
 - le logement du médecin-chef réhabilité en 2010,
 - le logement du gardien construit en 2010,
 - deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre construites 2011 par le CS Réf,
 - un grand magasin construit en 2010,

- des toilettes,
- une morgue non encore fonctionnelle construite en 2008.

NB : Tous les bâtiments sont en bon état.

3_Description du service de gynécologie obstétrique :

3.1_Le service :

Il constitue le troisième bâtiment du CS Réf, il se compose comme suit :

- une salle d'accouchement qui contient six (6) boxes d'accouchement avec (06) paravents,
- une salle de travail de neuf (9) lits,
- une salle de réanimation des nouveaux nés,
- une salle d'hospitalisation de dix-huit (18) lits,
- une salle de garde pour sage- femme,
- une salle de garde pour Médecin,
- une salle de garde pour les infirmières,
- une salle de garde pour les internes,
- une salle de consultation gynécologique,
- trois salles de consultation prénatale,
- une salle de consultation planification familiale,
- une salle d'informatique,
- une salle de SAA,
- un hangar,
- des toilettes.

3.2-Le personnel :

Il se compose comme suit :

Gynécologues Obstétriciens : 03

Sage Femme : 35

Infirmières Obstétriciennes : 15

Faisant Fonction d'Internes : 10

Chauffeur : 06

Gardien : 03 pour tout le centre

Manœuvre : 14 pour tout le centre

Infirmier Anesthésiste : 04

3.3 : L'organisation et le fonctionnement :

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

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens quatre jours par semaine (Lundi-Mardi-Mercredi et Vendredi).

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières-obstétriciennes et des aides-soignantes. L'unité de dépistage du cancer du col de l'utérus est dirigée par un médecin gynécologue et fonctionne également tous les jours ouvrables.

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

Régulièrement, un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente où l'équipe de garde effectue le compte rendu de leurs prestations.

Le staff est dirigé pratiquement tous les jours par le médecin chef du CS Réf.

4_Période de l'étude :

Elle s'est déroulée du 30 Octobre au 31 Décembre 2014 au CS Réf de la commune VI du district de Bamako.

5_ Population d'étude : Il s'agit :

-Du personnel médical (les gynécologues obstétriciens, les sages femmes, les infirmières-obstétriciennes).

-Des gestantes admises dans le service pour CPN.

6_ Echantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage par recrutement systématique.

Etude prospective de la CPN avec recueil des données sur la réalisation des gestes techniques et l'opinion des gestantes.

Critères d'inclusion :

Sont incluses dans l'étude toutes les gestantes venues à la consultation prénatale durant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'étude et ;

Les prestataires de CPN.

Il a concerné l'accueil, les gestes techniques réalisés par le prestataire et l'opinion des gestantes sur la qualité des activités.

Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude les gestantes ayant refusé de se soumettre à l'examen et à notre questionnaire et celle ayant refusé l'examen obstétrical pour toute autre raison ;

Celles qui n'étaient pas venues pour les CPN et celles hospitalisées pour complication de leur grossesse ;

Les prestataires n'ayant pas le profil ou la compétence pour pratiquer la CPN

7_ Technique et déroulement de l'échantillonnage :

C'est une étude qualitative ayant porté sur 327 gestantes qui se sont présentées au centre pour solliciter des soins de CPN et qui ont accepté de se soumettre à nos questions afin du recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques des prestataires et à l'observation des prestataires (sage-femme, infirmière, obstétricienne) dans la réalisation des gestes techniques et à noter ce qui est fait et ce qui ne l'est pas ; dans une grande discrétion à questionner la gestante sur ses opinions.

8_Type d'Etude :

Il s'agit d'une étude descriptive, combinée à une série clinique où on recrute au fur et à mesure qu'on fait la consultation, longitudinale parce qu'il y a un suivi dans le temps au sein d'une population ouverte aux sujets dans laquelle les données démographiques (âge, sexe, gestité, parité, profession...) donc une

cohorte de femmes en CPN ouverte prospective dont l'étude de suivi a été réalisée du 30 Octobre au 31 décembre 2014.

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

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

9-Critère de jugement :

Nous nous sommes référés sur la politique sectorielle de santé et sur les normes et procédures en CPN au Mali ainsi que sur les soins prénatals recentrés.

10_ Techniques et outils de collecte de donnée

Des questionnaires ont été élaborés à cet effet :

Techniques	Outils	Cibles
Entretien individuel	Guide d'entretien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestantes ▪ Chargé sis ▪ Chef de personnel
Observation	Grille d'observation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipements ▪ Infrastructures ▪ Prestataires en activités
Exploitation de documents	Fiches de dépouillement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supports SIH (registres, RTA) ▪ Les fiches de CPN ▪ Carnets de CPN

11. Plan d'analyse :

- l'entretien individuel a concerné 327 gestantes, Il s'agissait d'une interview qui a porté sur l'opinion des gestantes en ce qui concerne les prestations qui leur sont offertes par le personnel du centre de santé à la sortie de la salle de consultation sur la qualité des CPN, de la structure et du prestataire.
- L'observation: a porté sur les bâtiments ; les équipements et les prestataires lors des séances de CPN, avec notre grille ou il s'agissait de voir les agents en activité si les pratiques sont conformes aux normes et procédures (PNP). Elle a consisté à une description des capacités de production (locaux, ressources humaines, équipements du centre) ; à une description de l'organisation du travail et également à une observation transversale de la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques.

Aussi, l'observation a-t-elle porté sur la structure qui a reposé sur un recueil rétrospectif des données du centre de santé.

- exploitation des documents a porté sur les carnets et ou les registres des sages-femmes.

L'ensemble de ces questionnaires et supports sont annexés à ce document.

Le niveau de qualité a été apprécié à partir d'une grille d'appréciation établit à cet effet

Niveaux de qualité	1 (D)	2 (C)	3 (B)	4 (A)
Scores d'appréciation	moins de 50% (SC.MAX soit moins de 30)	50-74% (SC.MAX soit 30 à 39,99)	75-94% (SC.MAX soit 40 à 47,99)	95-100% (SC.MAX soit 48 à 52)

Les variables discriminatoires de qualité de CPN : la qualité du prestataire, l'accueil, l'interrogatoire sur les antécédents (gynéco-obstétriques, médicaux,

chirurgicaux), le déroulement de la visite, les examens paracliniques, la prescription de médicaments, les conseils donnés et la conclusion de l'agent par rapport aux facteurs de risques.

Les données ont été saisies sur logiciels Microsoft Word et analysées à l'aide du logiciel Excel version 2007 et Epi info version 3.5.3

12_ Les variables étudiées : Il en a deux types :

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

A. Explications des éléments d'appréciation de la grille :

13. La structure :

Pour apprécier le niveau de qualité du centre de santé, nous avons étudié les exigences et attentes suivantes :

- les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture, la ventilation, l'aération et l'orientation des ouvertures).
- Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre)
 - La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
 - L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et le hangar pour la vaccination) ;
 - Les autres salles du centre (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation, salle de petite chirurgie) ;
 - La fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, équipement, qualification du personnel et mode d'approvisionnement) ;

- La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, équipement et qualification du personnel) ;
- L'état des toilettes (normes architecturales, équipement et propreté) ;
- Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasses eaux et de poubelles) ;
- Le système d'éclairage et la communication (existence de téléphone, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

Procédure de la CPN :

L'observation portait sur :

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

L'opinion de la gestante sur la qualité des soins

14_ La Procédure de l'enquête :

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

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

15-Niveau de qualité de la structure :

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

Les normes architecturales:

- Matériaux de construction: Les bâtiments en ciment, bien peints avec une toiture en dalle.
- Etat du local: Il est en bon état. Les murs sont sans fissuration, bien peints avec des portes et des fenêtres en bon état.
- Système de protection contre la poussière ; la clôture.
- Système de ventilation et d'aération.
- Le dispositif en place pour l'accueil :
 - Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées fonctionnel
 - Présence et qualification du personnel d'accueil : Il est composé de deux comptables, une technicienne supérieure de la santé et une aide-soignante.
 - Existence de pancarte pour l'orientation des différents services.
- La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :
 - Structure de la salle: L'unité de CPN est constituée d'une salle pour l'interrogatoire et l'enregistrement des gestantes et de deux salles de consultation.
 - A l'intérieur de ladite salle se trouvent un bureau, deux armoires. Il s'y trouve également un box pour l'examen physique. A l'intérieur du dit box se trouve une table gynécologique.

⇒ L'existence et la fonctionnalité du laboratoire :

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

le virus de l'immunodéficience humaine-SIDA (syndrome immunodéficience acquise) et la tuberculose.

⇒ Le dépôt de médicaments :

- Normes architecturales: IL s'agit d'une salle en ciment, climatisée avec une toiture en dalle. A l'intérieur de la dite salle se trouvent un magasin et des réfrigérateurs.
- Equipement: Les médicaments sont disposés dans des rayons. Il y'a deux réfrigérateurs, deux climatiseurs et des fiches de stocks. La pharmacie est informatisée et est sur le réseau.
- Mode d'approvisionnement : IL est assuré par les grossistes agréés par l'état en première position par la Pharmacie Populaire du Mali et ensuite viennent les autres pharmacies privées. L'approvisionnement des médicaments se fait trimestriellement après l'inventaire.
- Personnel: Il comprend un pharmacien, une technicienne supérieure de santé, un comptable et deux aides- soignantes.
- Formation du personnel: Il est organisé annuellement ou tous les deux ans, une formation de recyclage à la direction nationale de la santé à l'intention du personnel.

⇒ Etat des toilettes :

- Normes architecturales; Il s'agit des toilettes en ciment avec des toitures en dalles sans fissuration ni sur le mur ni sur les toits et bien peints.
- Equipement: Ce sont des toilettes avec un carrelage à l'intérieur, des lavabos et des touches. Elles disposent d'un système d'aération et des fosses septiques pour l'évacuation des égouts.
- Propreté: Les toilettes pour le personnel sont propres mais sales pour les patientes.
- système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets
- Robinets: Ils sont en bon état.
- Poubelles : Elles sont en plastique et en bon état. Les déchets sont détruits par l'incinérateur du centre.

- Incinérateur : Il est existant et fonctionnel.
- ⇒ Système d'éclairage et de communication :
- Téléphone (fixe et mobile) fax, Internet fonctionnel
 - Réseau Public d'électricité de la société d'Energie Du Mali Société Anonyme et le groupe électrogène sont fonctionnels.

Système de classement :

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour critère de l'observation et l'opinion de la gestante. Chaque référence composée de critère a été cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliquée à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut réaliser pour les treize références est de 52.

Le détail sur les cotations est représenté dans le tableau II. L'échelle de l'évaluation se présente comme suit:

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

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

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

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

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

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

- Une première échelle où les CPN sont dites :
 - de bonne qualité si toutes les variables discriminatoires sont réalisées;
 - de moins bonne qualité si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée
- une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité :
 - Elevé : 95 –100% des gestes de la dimension sont réalisés
 - Assez élevé : 75 – 94, 99% des gestes de la dimension sont réalisés

- Moyen : 50 – 74,99% des gestes de la dimension sont réalisés.
- Faible : moins de 50% des gestes de la dimension sont réalisés.

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

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

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

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

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

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

16-POUR L'ETUDE ANALYTIQUE: une analyse de l'évaluation de l'effet de la CPN pratiquée et de la qualité perçue par les gestantes. Elle comprend :

a) Une étude transversale : qui fait la photographie de l'activité pendant notre passage durant les séances de CPN. Elle permet de déterminer les des bonnes et mauvaises qualités de CPN.

b) Une étude longitudinale < de cohorte >: Une cohorte est définie comme un groupe de sujets, sélectionnés selon les caractéristiques particulières, et suivi au cours du temps.

Elle consiste à comparer les incidences de la pratique de la CPN étudiée chez les gestantes qui rentraient au fur et à mesure qu'on mène l'activité et analyser les effets de cette pratique à travers les variables discriminatoire de la qualité de la CPN.

Ainsi nous avons évalué le niveau de qualité des prestations suivant certaines rubriques. Pour chaque catégorie nous avons adopté la cotation de 0 à 1.

Pour chaque rubrique le score total attendu dépendait du nombre des questions en faveur. Notre appréciation a été relevée par le taux de bons scores sur le total des points attendus multiplié par 100.

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes:

-- Au niveau de l'accueil:

- Langue de communication; consultante comprenait-elle la langue ?
- A-t-on fait appel à un interprète ?
- Salutation conforme aux convenances sociales
- La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ?
- Demande du carnet de grossesse précédente.

Score maximum attendu = 5

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau de l'examen physique:

- Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation ?
- Pesée ?
- Mesure de la taille ?
- Recherche d'une boiterie ?
- Aider à monter sur la table ?
- Examen des conjonctives ?
- Mesure de la TA (cm hg) ?
- Auscultation cardiaque ?
- Auscultation pulmonaire ?
- Palpation de l'abdomen ?
- Mesure de la hauteur utérine (HU) ?
- Auscultation du bruit du cœur fœtal ?
- Position du fœtus ?
- Examen au spéculum ?
- Toucher vaginal ?
- Recherche des œdèmes ?
- Aider à descendre de la table ?

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

Score maximum attendu =18

Score minimum attendu = 0.

- Relations humaines:

- Gentillesse du ton

- Attitude envers la gestante

- Manifestation d'intérêt pour la gestante

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

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

- Lui a-t-il précisé quand ?

- Présence de tierce personne pendant la consultation ?

Score maximum attendu =6

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau des Conseils:

- A-t-on donné des conseils ?

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

- Si oui quels sont les signes d'alerte ?

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

Score maximum attendu = 4

Score minimum attendu =0.

- Au niveau de l'hygiène:

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

- Si oui est-il fourni par le centre ?

- Est-il différent pour celui des femmes précédentes ?

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

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

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

- Le matériel est-il correctement nettoyé ? Q110- Le matériel est-il correctement désinfecté ?

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

- Si oui laquelle ?

Score maximum attendu = 10

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau de la conclusion:

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

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

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

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

- Lui a-t-il dit où aller accoucher ?

- Lui a-t-il dit pourquoi ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

- Respect physique et psychique:

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

- Comment étiez vous installé pendant l'attente ?

- Avez-vous trouvé l'attente longue ?

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

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

- Avez-vous été satisfaite ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

- Respect de l'intimité:

- Votre intimité a-t-elle été respectée ?

- Examen à l'abri des regards ?

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

Score maximum attendu =3

Score minimum attendu = 0.

- Respect de la confidentialité:

- Présence de tierce personne pendant la consultation ?

- Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ?

Score maximum attendu = 2

Score minimum attendu = 0.

17. Définitions opératoires:

–Grossesse multiple:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V- RESULTATS

5.1 ETUDE DES STRUCTURES :

5.1.1 Etude descriptive de la structure :

Tableau III : Niveau de la qualité des structures au CSREF CVI.

Eléments d'appréciation	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Norme Architecturale	+				4	Protection contre la poussière et les moustiques, satisfaisante.
2. Dispositif d'accueil et orientation	+				4	Disponibilité du personnel assistant
3 Structure / équipement CPN		+			3	Matériel technique de bonne qualité mais incomplet
4. Equipement de la salle d'attente				+	1	Pas de salle d'attente (Existence d'un couloir servant de salle d'attente)
5. Unité de consultation – Gynécologique	+				4	Matériel complet (salle de consultation avec box)
6. Unité suite de couche immédiate	+				4	Une salle ave 9 lits, aération et ventilation suffisante
7. Dépôt de médicaments normes architecturales et coût des médicaments	+				4	Protection suffisante contre la poussière, climatisation satisfaisante. Initiative de Bamako IB) est. appliquée.
8. Laboratoire fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens biologiques les plus courants : groupage rhésus, taux Hémoglobine, BW, HIV, NFS, VS, Ionogramme, Créatininémie Goutte épaisse, examen du crachat pour la recherche de la tuberculose.

9. Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée, propreté insuffisante. Les toilettes sont au nombre de 5 pour le service dont 2 pour les patientes.
10. Bloc opératoire		+			3	Matériel technique complet absence de service de réanimation adéquate
11. Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets	+				4	L'approvisionnement en eau est assuré par l'Énergie Du Mali Société Anonyme. Incinérateur existant, les déchets sont détruits au sein du centre.
12. Unité d'hospitalisation		+			3	1 salle avec 18 lits et 3 salles VIP. Propreté, ventilation, protection anti-moustique satisfaisante.
13. Système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public. Téléphone pour la réception, le groupe électrogène est fonctionnel.

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

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

1.2 Etude analytique de la structure :

Niveau de la qualité :

Niveau 4 : 95-100%SC.MAX soit 48 à 52

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

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

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

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

5.2. Etude des procédures

5.2.1. Etude descriptive :

Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :

Tableau IV : Répartition par tranche d'âge des gestantes

Tranche d'âge	Effectif N=327	Pourcentage
≤18 ans	80	24,4
19-23ans	46	14,0
24-28ans	129	39,4
29-33ans	39	11,9
34-38ans	26	7,9
39ans et plus	7	2,1

La tranche d'âge de 24-28 ans est la plus représentée avec un taux de 39,4%. L'âge moyen était de 23, 16 ans avec des extrêmes allant de 14ans à 42 ans. 24, 4% avaient un âge inférieur ou égal à 18 ans et 2,1% avaient un âge supérieur ou égal à 39ans.

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

Niveau d'alphabétisation	Effectif N=327	Pourcentage
Non scolarisées en français	202	61,7
Primaire	48	14,6
Secondaire	49	18,0
Supérieur	13	3,9
Enseignement coranique	7	2,1

Plus de la moitié (61,7%) des gestantes étaient non scolarisées en français.

Tableau VI: Répartition des gestantes en fonction de la profession

Profession	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Femme au foyer	263	86,8
Elève/Etudiante	16	4,89
Vendeuse	16	4,89
Commerçante	1	0,3
Fonctionnaire	21	2
Aide ménagère	2	0,7
Autres	8	2,4

Autres : Teinturière (03), coiffeuse (02), couturière(02).

Les ménagères étaient les plus représentées dans notre échantillon (86,8%).

Tableau VII: Répartition des gestantes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Mariée	320	97,9
Célibataire	5	1,5
Veuve	2	0,6

La quasi-totalité (97,9%) des gestantes étaient mariées. Aucun cas de divorcée n'a été enregistré au cours de notre étude.

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisé.

Nombre de CPN	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Aucune CPN au préalable	4	1,2
1-2 CPN	224	68,5
3-4 CPN	83	25,3
5 et plus	16	4,9

Plus de la moitié des gestantes (soit 68,5%) étaient entre la première et la deuxième CPN.

Tableau IX: Répartition des gestantes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Primigeste	54	16,9
Paucigeste	207	63,3
Multigeste	30	9,2
Grande multigeste	36	11,0

Les paucigestes étaient majoritaires soit 63,3% de l'échantillon.

Tableau X: Répartition des gestantes en fonction de la parité

Parité	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Nullipare	54	16,5
Primipare	63	19,3
Paucipare	171	52,3
Multipare	18	5,5
Grande multipare	21	6,4

52,3% des gestantes étaient paucipares.

Tableau XI : Répartition des gestantes en fonction du terme de la grossesse.

<u>L'âge de la grossesse</u>	<u>Effectif</u> <u>N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
1 ^{er} trimestre	77	23,5
2 ^{ème} trimestre	191	58,4
3 ^{ème} trimestre	49	14,9

58,4% des gestantes étaient au second trimestre de leur grossesse.

5.2.2. Domaines de qualité

L'interaction gestante-personnel de soins prénatals :

-Respect physique et psychique :

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

<u>Conditions d'accueil</u>	<u>Effectif</u> <u>N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
Gentillesse du ton	327	100
Bonne attitude envers la gestante	326	99,6
Manifestation d'intérêt pour la gestante	323	98,3
Salutations d'usage au départ	323	98,3
Invite à s'asseoir	327	100

Le respect physique et psychique étaient satisfaisants dans 99,24% des cas donc le centre est de niveau IV dans ce domaine.

NB : ce pourcentage est le quotient des pourcentages cumulés et des différents paramètres des conditions d'accueil

-Respect de l'intimité

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

Qualité du respect de l'intimité	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Présence de tierces personnes pendant l'interrogatoire	11	3,3
Présence des accompagnateurs	0	0
Présence de tierces personnes pendant l'examen physique (obstétrical)	0	0

L'intimité de la gestante n'était pas respectée dans 3,3% des cas, donc respectée dans 96,7% des cas. De ce fait, le centre est de niveau IV dans ce domaine.

-Respect de la confidentialité

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

Qualité du respect de la confidentialité	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Présence de tierces personnes pendant la consultation	11	3,3
Non respect du secret médical	0	0

La confidentialité n'était pas respectée dans 3,3% des cas, donc respectée dans 96,7% des cas. De ce fait le centre est de niveau IV pour ce domaine.

5.2.3. Démarche clinique et thérapeutique

Qualification du personnel :

Tableau XV: Répartition des prestataires selon la qualification

Qualification	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Médecin	57	17,4
Sage femme	270	82,6

NB : Aucun cas de consultation par une aide-soignante ni une matrone n'a été signalé

Dans 82,6% des cas les CPN étaient réalisées par les sages femmes donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

Durée de la CPN :

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon la durée de la CPN

Durée de la CPN	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Moins de 5 minutes	5	1,5
5-10 minutes	301	92,0
Plus de 10 minutes	21	6,4

La grande majorité des CPN (92%) s'étaient déroulées dans une durée moyenne de 5-10minutes, donc le centre est de niveau II dans ce domaine.

5.2.4. L'interrogatoire au cours de la CPN:

Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux :

Tableau XVII: ATCD Obstétricaux chez les gestantes

<u>Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux</u>	<u>Effectif N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
Nombre de grossesse	327	100
Nombre d'accouchement	327	100
Nombre d'avortement	327	100
Nombre de mort-nés	327	100
Nombre de naissances vivantes	327	100
Nombre d'enfants décédés	327	100
Age et cause des décès (souffrance néonatale)	96	29,3
Césarienne	327	100
Forceps et Ventouse	327	100
Eclampsie	102	95

Cet interrogatoire était conduit dans 92,4% des cas donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

Interrogatoire sur les ATCD médicaux :

Tableau XVIII: ATCD médicaux chez les gestantes.

<u>Interrogatoire sur</u>	<u>Effectif</u> (N=327)	<u>Pourcentage</u>
Affection cardiaque	327	100
Tuberculose	323	98,7
Drépanocytose	327	100
HTA	327	100
Infection urinaire	327	100
Diabète	327	100
Asthme	320	97,8
IST/VIH	326	99,6

Cet interrogatoire était conduit dans 99,5% des cas donc le centre est de niveau IV dans ce domaine.

Histoire de la grossesse actuelle

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

<u>Histoire de la grossesse</u> <u>actuelle</u>	<u>Effectif</u> N=327	<u>Pourcentage</u>
Détermination de la date des dernières règles	89	27,2
Détermination de l'âge de la grossesse	264	80,7
Détermination de la date probable d'accouchement	255	77,9

L'âge de la grossesse et la date probable d'accouchement étaient déterminés respectivement dans 80,7% et 77,9% des cas, donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

Les examens paracliniques :

Tableau XX : Répartition des gestantes en fonction des examens paracliniques demandés.

Examens paracliniques	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Groupage rhésus	312	95,4
BW	188	57,4
HIV	327	100
NFS	190	58,1
Test d'Emmel	196	59,9
Echographie	253	77,3
Albumine/Sucre dans les urines	265	81,0
Toxoplasmose	108	33,0
Goutte épaisse	49	14,9
ECBU+PV	80	24,4
Rubéole	115	35,1
Glycémie	230	70,3
Azotémie	3	0,9
Widal	4	1,2
Créatininémie	5	1,5

Les examens complémentaires étaient demandés dans 47,3% des cas donc le centre est de niveau I dans ce domaine

Les examens paracliniques obligatoires sont demandés dans 62,9% des cas, donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

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

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

<u>Interrogatoire sur</u>	<u>Effectif</u> <u>N =327</u>	<u>Pourcentage</u>
Vomissement	327	100
Fatigue	257	78,5
Survenue de palpitations	90	27,5
Survenue de dyspnée	70	21,4
Survenue d'œdèmes	320	97,8
Perception mouvements fœtaux	326	99,6
Pertes liquidiennes	325	99,3
Leucorrhées	327	100
Métrorragie	327	100
Troubles urinaires	327	100
Fièvre	323	98,7

L'observation du tableau montre que la survenue de palpitations, de dyspnée, étaient moins demandées dans l'interrogatoire donc le centre est de niveau III dans ce domaine avec un pourcentage de 83,8.

Interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la CPN :

L'interrogatoire sur l'hygiène de vie était fait chez 114 gestantes soit 34,9% donc le centre est de niveau I dans ce domaine.

L'interrogatoire sur l'hygiène de vie se portait essentiellement sur le mode de vie alimentaire, professionnel et de transport des gestantes.

Examen physique (général et obstétrical)

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

<u>Paramètres de l'examen physique</u>	<u>Effectif</u> N=327	<u>Pourcentage</u>
Explique le déroulement de la consultation	326	99,6
Pesée	327	100
Mesure de la taille	327	100
Recherche de la boiterie	302	92,3
Aide à monter sur la table	179	54,7
Examen des conjonctives	327	100
Prise de la TA	327	100
Enlève soutien gorge	280	85,6
Auscultation cardiaque	30	10
Auscultation pulmonaire	30	9,1
Palpation de l'abdomen	319	97,5
Mesure de la HU (n=319)	319	97,5
Recherche position du fœtus (n=317)	317	97,5
Auscultation des BCF (n=316)	316	90,4
Recherche des œdèmes des membres inférieurs	327	96,6
Examen au spéculum	88	26,9
Toucher vaginal	327	100
Aide à descendre	179	54,7
Examen à l'abri des regards	327	100
Eclairage suffisant	327	100
Annonce des résultats de l'examen	327	100

L'observation du tableau montre que l'auscultation cardio-pulmonaire était rarement pratiquée donc le centre est de niveau II dans ce domaine.

Appartenance à un groupe à risque :

Tableau XXIII : Répartition des gestantes en fonction des facteurs de risque notés

Facteurs de risque notés	Effectif N=108	Pourcentage
HIV	2	1,8
HTA	5	4,6
Grande multipare	31	27,7
ATCD de mort-nés	6	5,5
Utérus cicatriciel	12	11,1
Age<16ans	2	1,8
Drépanocytose	2	1,8
Rhésus négatif	4	3,7
Dernier accouchement dystocique	18	16,6
Asthme	3	2,7
Diabète	3	2,7
Taille<150centimètres	2	1,8
Utérus bi cicatriciel	5	4,6
Utérus tri cicatriciel	1	0,9
Primipare âgée	5	4,6
Avortement à répétition	1	0,9
BGR		
Boiterie	2	1,8
Prolapsus	1	0,9
Bassin limite	2	1,8
Poids inf. 45 kg	1	0,9
	1	0,9

La grande multiparité était le facteur de risque dominant avec 27,7% des cas.

Hygiène de la consultation :

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

<u>Questions explorées</u>	<u>Effectif</u> <u>N= 327</u>	<u>Pourcentage</u>
Existence de l'alèse sur la table d'examen	327	100
L'alèse posé sur la table d'examen est fourni par le centre	327	100
L'alèse posé sur la table d'examen est différent d'une gestante à l'autre	0	0
Le praticien se lave les mains avant chaque examen	327	100
Utilisation des gants en vrac	327	100
Changement de matériel en fin de consultation	327	100
Matériel correctement lavé et mis dans l'eau de contamination	327	100
Matériel correctement désinfecté/stérilisé	327	100
Fautes d'hygiène	0	0

L'alèse en bon état, posé sur la table lors de la CPN était fourni par le centre mais il n'était pas changé entre deux consultations.

Aucune faute d'hygiène n'a été notée pendant la consultation, donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

La continuité des soins :

Tableau XXV : la continuité des soins chez les gestantes par les prestataires.

<u>Paramètres</u>	<u>de</u>	<u>Effectif</u>	<u>Pourcentage</u>
<u>continuité des soins</u>		<u>N= 327</u>	
Le praticien a expliqué comment évoluait la grossesse		313	95,7
Il a demandé à la gestante de revenir		327	100
Il a précisé quand revenir		327	100
Il lui a dit de venir accoucher au csréf		279	85,3
Il lui a dit pourquoi aller accoucher dans tel ou tel lieu		315	96,3
Explique les signes d'alerte et la CAT		318	97,2

L'évolution de la grossesse était très bien expliquée aux gestantes (95,7%).

Le lieu de l'accouchement était précisé dans 96,3% des cas. Les signes d'alerte et la CAT étaient expliqués aux gestantes après la CPN (97,2%), donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

Autonomisation :

Tableau XXVI : Les variables relatives à l'autonomisation de la gestante par les prestataires.

<u>Paramètre</u> <u>d'autonomisation de la</u> <u>gestante</u>	<u>Effectif</u> <u>N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
Date probable d'accouchement	255	75
Explique comment évolue la grossesse	313	95
Explique les signes d'alerte et la CAT	318	55
Demande les examens complémentaires	327	95
Explique les raisons de cette demande	325	85
Il lui a dit où aller accoucher	315	75
Il lui a dit pourquoi	305	55
Il lui explique le déroulement de la consultation	313	95,7

L'observation du tableau montre que le niveau de qualité de l'autonomisation de la gestante était satisfaisant dans 78,8% donc le centre est de niveau III dans ce domaine.

5.3. Etude analytique :

La qualité de la dimension humaine de la CPN :

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

<u>Qualité de l'interaction patiente-soignant</u>	<u>Effectif</u> <u>N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
Respect physique et psychique	327	100
Respect de l'intimité	327	100
Respect de la confidentialité	327	100

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

Accès au centre :

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

<u>Moyen de transport utilisé</u>	<u>Effectif</u> <u>N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
A pied	62	18,9
Véhicule collectif (Sotrama)	225	68,8
Taxi	14	4,2
Véhicule personnel	6	1,8
Moto	20	6,1

Plus de la moitié (68,8%) des gestantes venaient au centre en véhicule collectif, 18,9% venaient à pied.

Organisation pratique et commodité de la CPN :

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

<u>Questions explorées</u>	<u>Effectif</u> <u>N= 327</u>	<u>Pourcentage</u>
Délivrance d'un ticket	327	100
Respect de l'ordre de passage	325	99,3
Mode d'installation		
- inconfortable	0	0
-confortable	327	100
Ignore l'existence de toilette accessible au centre	80	24,4
Affirme l'absence de toilette dans le centre	0	0
Affirme l'existence de toilette propre	247	75,5
Affirme l'existence de toilette sale	0	0

Selon 99,3% des gestantes, l'ordre de passage était respecté et 75,5% affirmaient l'existence de toilettes propres.

Critères de choix du centre :

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

Critères de choix	Effectif <u>N=327</u>	Pourcentage
Proximité du domicile	62	18,9
Connaissance d'une personne au centre	6	1,8
Attente pas longue	2	0,6
Compétence du personnel	218	66,6
Personnel accueillant	15	4,5
Tarifs peu élevés	7	2,1
Bon tarif des médicaments	7	2,1
Conseil d'une connaissance	10	3,0

La compétence du personnel était le critère essentiel de choix du centre (66,6%). La proximité du centre venait ensuite (18,9%). 4, 5% des gestantes affirmaient la chaleur de l'accueil du personnel.

Fréquentation antérieure du centre :

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

<u>Fréquentation du centre</u>	<u>Effectif</u> N= 327	<u>Pourcentage</u>
N'a jamais fréquenté le centre	71	21,7
Est venue une fois dans le centre	8	2,4
Est venue plusieurs fois dans le centre	248	75,8
Motif de fréquentation		
-consultation médicale	73	22,3
-CPN	125	38,2
-Accouchement	58	7,7

78,2% des gestantes avaient fréquenté une ou plusieurs fois le centre et chacune avait la CPN comme motif majeur de fréquentation (38,2%).

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

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

<u>Opinion des gestantes</u>	<u>Effectif</u> N=327	<u>Pourcentage</u>
<u>Etat des locaux</u>		
-vieux et sales	0	0
-nouveaux et sales	0	0
-vieux et propres	297	90,8
-nouveaux et propres	30	9,1
<u>Satisfaction par rapport aux prestations :</u>		
-non satisfaites	0	0
-peu satisfaites	8	2,4
-satisfaites	36	11,0
-très satisfaites	283	86,5

La proportion des gestantes trouvant que les locaux sont vieux et propres était de 90,8%.

86,5% des gestantes étaient très satisfaites sur la qualité des prestations.

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

<u>Molécule prescrite</u>	<u>Effectif</u> <u>N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
SP	313	95,7
Fer/Acide folique	327	100
Autres	287	87,7

La prescription du fer/acide folique était systématique chez toutes les gestantes.

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

<u>Explication sur la prescription</u>	<u>Effectif</u> <u>N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
Oui	325	99,3
Non	2	0,6

Sur les 327 gestantes qui avaient reçu une ordonnance 325 (soit 99,3%) avaient bénéficié d'explication par rapport à la posologie et aux effets bénéfiques et secondaires des médicaments.

Par rapport à la vaccination : Les praticiennes demandaient le carnet de vaccination dans 100% des cas. La vaccination antitétanique était également effectuée chez 294 gestantes soit 90,2% des cas.

Tableau XXXV : Répartition des gestantes par rapport à la vaccination :

Avez-vous fait la vaccination ?	Effectif	Pourcentage
Oui	294	89,9
Non	33	10

L'étude nous montre que 33 patientes n'ont pas fait la vaccination au cours de l'enquête cela est dû au fait que certaines avaient un carnet à jour.

Tableau XXXVI : Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé par rapport aux risques.

<u>Conclusion</u>	<u>Effectif</u> <u>N=327</u>	<u>Pourcentage</u>
RAS	208	63,6
Classement dans un groupe à risque	108	33,0
Référence vers l'unité gynécologie-obstétrique	30	9,1

* questions en rapport avec les 108 gestantes classées à risque.

Environ le 1/10 (33%) des gestantes de notre échantillon d'étude était classé à risque et seulement 30/108 des gestantes classées à risque (soit 27,7%) étaient référées.

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

<u>Facteurs de risque</u>	<u>Effectif</u> <u>N=30</u>	<u>Pourcentage</u>
HIV	2	6,6
HTA	5	16,6
Asthme	3	10
Diabète	3	10
Utérus cicatriciel	12	40
Utérus bi cicatriciel	2	6,6
Utérus tri cicatriciel	1	3,3
Drépanocytose (forme SS)	2	6,6

27,7% des gestantes classées à risque étaient référées à l'unité gynécologique.

VI-COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

L'enquête a porté sur 327 gestantes ayant fréquenté l'unité CPN du CSREF de la commune VI du 30 Octobre 2014 au 31 Décembre 2014.

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

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

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

Qualité des structures :

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

Une observation était faite pour chaque référence.

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

Ce résultat concorde avec celui de Goita N. [30] qui avait trouvé un score de 3 mais elle avait été scorée 0 par Fomba S. [2] en 2003 et par Konaté S [13] en 2002 respectivement dans le CSREF des communes VI et I

Le dépôt de médicaments ; les normes architecturales et le coût des médicaments ont été scorés à 4, car il y avait une protection satisfaisante contre

la poussière, une climatisation satisfaisante, l'initiative de Bamako (IB) est appliquée. Goita N. [5] avait trouvé le même résultat tandis que Fomba S. [6] et Konaté S. [15] avaient trouvé chacun 3 car la protection des médicaments et du local contre la poussière était insuffisante et l'initiative de Bamako n'était pas appliquée.

Le laboratoire était fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants, octroyant au centre le score 4; comme chez Goita N. [30] qui avait aussi trouvé 4 pour cette référence; par contre chez Fomba S. [2] ce score était de 2.

Le système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets ont été scorés à 4. On note l'existence d'un réseau public d'approvisionnement en eau potable. Les déchets biomédicaux sont détruits par l'incinérateur du centre. Ce résultat était identique à ceux de Goita N. [30], Fomba S. [2], Konaté S. [13] qui avaient tous obtenu le score 4.

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

A l'analyse de la qualité de notre structure, le CSREF de la commune VI a été classé niveau 3 car le score total a été de $48/52=0,92$ soit 92 % ce qui correspondait au niveau III donc le centre était de bonne qualité dans ce domaine. En 2006 Goita N. [30] a trouvé un niveau IV au CSRef de la Commune V tandis que Konaté S. [13] avait trouvé en 2002 que le centre de santé de référence de la commune II était de niveau 2. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les centres de santé au fil des années sont en train d'être améliorés.

Etude des procédures :

Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :

Dans notre étude la tranche d'âge 24 à 28 ans était la plus représentée avec un taux de 39,4%. L'âge moyen était de 23,64 ans avec des âges extrêmes allant de 14 à 42 ans.

24,4% avaient un âge inférieur ou égal à 18 ans et 2,1% avaient un âge supérieur ou égal à 39 ans. Chez GOITA N. [30] 12,5% des gestantes avaient moins de 19 ans et 5,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Des études ont montré que ces deux couches sont les plus touchées par la mortalité maternelle et périnatale [23].

Cependant la majorité de nos gestantes étaient non scolarisée en français ou de niveau primaire soit respectivement 61,7%; 14,6%. Le taux de non scolarisées était inférieur à celui de Goita. N [5] qui avait trouvé 67,50% de gestantes non scolarisées et 20% ayant le niveau primaire. Une enquête mondiale sur la fécondité a permis de constater que la fécondité était inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes. Les femmes sans instruction avaient en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité [12].

68,8% de nos gestantes étaient au moins à leur deuxième grossesse et 52,1% avaient déjà fait une maternité. Cela facilite la tâche aux prestataires car les femmes sont plus réceptives en matière d'Information, d'Education et de Communication.

L'exploration de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants ou pas). Au cours de notre enquête nous avons recensé 97,9% de gestantes mariées de même que chez Konaté S. [13] qui était de 93,5%. Cela était une bonne chose car pourrait être favorable pour une issue meilleure de la grossesse.

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses soit 86,8% des cas, tandis que les fonctionnaires ne constituaient que 2%.

Cela s'expliquerait par le fait que les non scolarisées étaient les plus représentées. Chez Goita N. [5] et Fomba S. [2] ces taux représentaient respectivement 71,5%; 84,5%.

Interaction gestante-personnel de soins prénatals:

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

Respect physique et psychique :

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

Respect de l'intimité :

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

Respect de la confidentialité :

La CPN était confidentielle dans 96,7% des cas (Niveau IV). Cependant les rares cas de présence de tierces personnes (accompagnantes) pendant la consultation posaient un désagrément qui portait préjudice au respect de la confidentialité.

Au total il y avait une interaction gestante-personnel de soins de bonne qualité. Ce constat était similaire à ceux de Konaté S [13] et de Koita M [1]

Démarche clinique et thérapeutique :

Qualification du personnel :

Il ressortait de notre étude que la CPN était majoritairement effectuée par les sages femmes, soit 82,6% et 17,4% par les médecins donc le centre est de

niveau IV dans ce domaine. Les consultations en majorité avaient été faites par le personnel qualifié, cela avait un impact favorable sur la qualité des CPN.

Goita N [30] avait trouvé 65% de cas de CPN faits par les sages femmes et 10% des CPN faites par les infirmières obstétriciennes ; ce qui pourrait mettre en cause la qualité de la CPN. Contrairement à beaucoup de centres au Mali, aucun cas de CPN n'avait été effectué par les matrones.

Durée de la CPN :

Dans 92% de cas les CPN avaient été durés entre 5 à 10 minutes ; dans 8% des cas elles avaient duré moins de 5 minutes. La courte durée d'une consultation met en cause la qualité de celle-ci; cela veut dire que des étapes n'ont pas été respectées.

D'une manière générale nous dirons que la durée des CPN était meilleure par rapport à celle de Goita N [30] qui avait trouvé 17% des CPN déroulées en moins de 5 minutes, ainsi qu'à celle de Fomba S [2] qui était de 60% de CPN réalisées en moins de 5 minutes.

Interrogatoire au cours de la CPN :

Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux :

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

Interrogatoire sur les ATCD médicaux :

A ce niveau les variables : HTA, diabète, asthme, drépanocytose, infection urinaire figuraient bien dans le partiel des ATCD notés.

D'autres tels que les IST/VIH n'étaient recherchées que dans 20% alors que ceux-ci peuvent être à l'origine d'infections néonatales très fréquentes avec des conséquences fœtales : mort fœtale in utero, fœtopathies. Ce sont des infections

néonatales très fréquentes guérissant le plus souvent sous traitement, mais pouvant laisser des séquelles (syphilis, gonococcie, infection génitale à Chlamydiae, mycoplasme, trichomonas, candidoses, herpès) d'où l'intérêt de leur observation.

Interrogatoire sur l'histoire de la grossesse actuelle :

La DDR n'était pas connue en général, car on a constaté que 72,7% gestantes ignoraient leur DDR. Par contre Koita M [11] et Konaté M [11] avaient trouvé respectivement que 88% et 99,5% des gestantes ignoraient leur DDR. Connaître le début de la grossesse permettra de suivre au mieux l'évolution de cette dernière, de reconnaître les retards de croissance intra-utérin, les excès de volume de l'utérus (grossesses multiples, hydramnios, fibrome), et de déterminer la date de l'accouchement, afin d'éviter les complications du post-terme. Au demeurant 85% des gestantes connaissaient l'âge de leur grossesse. Certains praticiens ne mentionnaient pas l'âge de la grossesse dans le carnet de CPN des gestantes.

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

Dans notre étude, nous constatons que 77,9% des gestantes avaient été informées de leur date probable d'accouchement, donc le centre est de niveau III dans ce domaine d'où la nécessité d'efforts à faire pour que toutes les gestantes puissent être informées de leur date probable d'accouchement.

Interrogatoire sur le déroulement de la grossesse chez les gestantes :

Cet interrogatoire était assez bien conduit. Les éléments comme la fatigue, les palpitations, la dyspnée, les pertes liquidiennes, les métrorragies étaient moins demandées dans l'interrogatoire. Les pertes liquidiennes et les métrorragies

pourront orienter vers une menace d'avortement, d'accouchement prématuré ou d'avortement. L'interrogatoire sur la fatigue, la dyspnée et les palpitations orientera la praticienne à faire des examens complémentaires à la recherche de leurs causes.

Interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la grossesse :

L'interrogatoire sur le mode de vie professionnelle, alimentaire, et de transport des gestantes était fait dans 40% des cas.

Ce constat était meilleur comparé à celui de Konate S (13) et de Koita M(11) qui trouvaient tous deux qu'il n'y avait aucun interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la grossesse. Ces renseignements pourront guider la sage femme à proposer aux femmes enceintes un changement de comportement dans la prévention des risques au cours de la grossesse.

C'est ainsi que des conseils utiles pourraient leur être prodigués pour une bonne évolution de la grossesse et de l'accouchement.

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

-changement de poste de travail chez les femmes enceintes exposées aux radiations et aux produits toxiques [21],

-suppression des travaux durs, avec prescription de repos surtout au dernier trimestre de la grossesse. Le repos est nécessaire pour une bonne assimilation digestive [19,20],

-les déplacements de plus de 300 km, ou supérieur à 3 heures ne doivent pas être autorisés ; il faut préférer le train pour les voyages longs (trains auto couchette par exemple). Le port de la ceinture de sécurité est vivement recommandé, y compris pour les petits trajets et même à l'arrière.

Le voyage par avion n'est pas contre-indiqué mais déconseillé au-delà de 7 mois en raison du risque d'accouchement prématuré. En cas de voyage par avion de plus de 3heures, la gestante doit boire beaucoup, se lever et marcher toutes les 2heures (prévention des phlébites) [17] ;

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

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

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

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

La consommation du thé, des tisanes, du café ou des préparations culinaires (potage) doit être autorisée car ceux-ci permettent une bonne épuration rénale et constituent une bonne prévention de l'infection urinaire [17].Mais le tabac et l'alcool sous toutes leurs formes sont déconseillés pendant la grossesse. Le tabac entrainerait un retard de croissance intra-utérin au-delà de 10 cigarettes inhalées par jour.

Il augmente le risque d'HTA, de décollement placentaire, de souffrance fœtale pendant la grossesse et de l'accouchement surtout chez les femmes au-delà de 35 ans. Si le sevrage est impossible, on doit supprimer l'inhalation de fumée. Pour l'alcool, on a un risque tératogène : toxicité pour le système nerveux central et un retard de croissance intra-utérin [17,20].

Notre enquête a révélé une véritable lacune à ce niveau qu'il conviendrait de combler.

Analyse par rapport à l'examen physique :

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

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

L'examen au spéculum est important surtout lors de la première CPN.

Mais cet examen doit se faire chez toutes les gestantes vue l'ampleur des infections génitales féminines dans notre milieu d'une part, et ses signes d'appel comme les leucorrhées, les douleurs pelviennes, les pertes liquidiennes voire les métrorragies d'autre part.

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

L'examen du bassin est obligatoire au 9^{ème} mois de la grossesse. Malheureusement les praticiennes n'observaient pas la boiterie chez les gestantes.

Ce qui du coup ne mène pas à une meilleure surveillance prénatale parce que ce handicap déformant le bassin, représente un facteur de risque pour la grossesse [18].

C'est seulement 0,9% des gestantes qui ont bénéficié d'une auscultation cardio-pulmonaire bien qu'existaient des signes d'appel tels que toux, dyspnée et œdèmes des membres inférieurs d'où la nécessité d'efforts à faire pour rendre cette auscultation cardio-pulmonaire systématique.

continuité des soins :

Dans notre étude, l'interrogatoire sur la continuité des soins» était bien conduit dans 79,16% des cas (niveau III). Par contre Konaté S [13] et Koita M [11] trouvaient tous deux un niveau faible (niveau I).

Les variables en rapport avec les rendez-vous étaient satisfaites à 100% mais celle liée à l'explication sur les signes d'alerte et la CAT était satisfaisante jusqu'à 97,2% des cas. Il est indispensable de s'appesantir sur ce point.

Autonomisation :

Dans notre étude, nous constatons que 75% des gestantes avaient été informées de leur date probable d'accouchement. Le déroulement de la consultation, l'évolution de la grossesse, les signes d'alerte et la CAT étaient expliqués respectivement dans 100% ; 95,7% et 97,2% des cas. L'identification du lieu de l'accouchement était faite dans 96,3% des cas. Le choix de ce lieu d'accouchement était expliqué dans 55% des cas.

A l'analyse de nos résultats, l'interrogatoire sur l'autonomisation de la gestante était bien conduit dans 79,37% donc le centre est de niveau III dans ce domaine. Konaté S [13] avait trouvé un niveau faible (niveau I).

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

Décision et diagnostic :

Analyse par rapport aux examens para cliniques :

Ils représentent une arme efficace pour la détection des pathologies associées à la grossesse. Au total chez 75,27% des cas, les examens paracliniques obligatoires étaient demandés.

Goita N [30] et Fomba S [2] avaient trouvé respectivement 99% et 96,6% mais Konaté S [13], avait trouvé 41.5%. Nous avons enregistré 95% de femmes ayant bénéficié du groupage sanguin rhésus; Goita N. [30] avait eu 99% cela s'expliquerait par le fait que le groupage sanguin est systématique. (Il a été demandé aux 5% des gestantes d'amener leurs anciens carnets).

Dans 95% des cas, les gestantes avaient bénéficié de la prescription d'albumine/sucre dans les urines; Goita N. [30] avait trouvé 40%. Au cours de la consultation la demande de cet examen doit être systématique.

La sérologie VIH était proposée dans 100% des cas. Cet examen devrait être systématiquement proposé et effectué selon l'accord des gestantes.

Par contre chez Goita N. [5], elle était proposée à 96% des gestantes. Les raisons de cette insuffisance peuvent être multiples (réactif en rupture).

L'échographie étant un moyen important de diagnostic et de surveillance de la grossesse. Toutes les femmes devraient en bénéficier au moins 3 fois au cours de leur grossesse:

~ 1^{ère} échographie (de datation) à 12 SA (11-13 SA) au moindre doute sur le terme, systématiquement.

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

~ 3^{ème} échographie (pronostic d'accouchement) à terme.

Dans notre enquête elle était demandée dans 95% des cas. Par contre chez Goita N. [30] elle n'avait été demandée que dans 29% de cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les sages femmes ne connaissent pas l'importance de cet examen.

Les soins préventifs :

Les mesures préventives portaient sur la supplémentation en fer+ acide folique (anti anémique), la prescription de la sulfadoxine pyriméthamine (anti palustre) et celle du vaccin antitétanique. La prescription du fer+acide folique et de la SP était faite respectivement dans 95%, 90% des cas.

La vaccination antitétanique était effectuée dans 100% des cas. Chez Goita N. [30] ces taux étaient respectivement à 100% des cas pour la prescription du fer acide folique et sulfadoxine pyriméthamine) et 28.5% des cas pour la vaccination d'où la nécessité d'efforts à faire quant à la prévention contre le paludisme et la supplémentation en fer et en acide folique.

Le paludisme au cours de la grossesse peut être cause d'avortement, d'accouchement prématuré, de retard de croissance intra-utérin, de mort in utéro etc. L'anémie, le résultat de la carence en fer expose au risque de prématurité, de petit poids de naissance, de mortalité périnatale pour le nouveau-né.

La mère du fait de l'anémie risque de faire une hémorragie de la délivrance et une infection dans le postpartum (endométrite). (5)

Groupes à risque (notion de risque) :

Nous avons enregistré 50 femmes présentant des grossesses à risque (soit 25%). 30% seulement d'entre elles étaient référées à l'unité gynécologique (médecin gynécologue).

Goita N [30] avait trouvé que sur 46,5% des femmes classées à risque, il n'y avait eu référence que dans 2% des cas et quant à Konaté S [11] sur 22,5% de femmes classées à risque il n'y avait eu aucune référence vers le niveau supérieur (médecin gynécologue). C'est le côté néfaste de l'exercice de la médecine en Afrique de façon générale et au Mali en particulier d'où la nécessité d'efforts à faire pour corriger ces insuffisances.

Les grossesses à risque doivent être surveillées de façon rigoureuse (toutes les 3 semaines jusqu'à la fin du deuxième trimestre, puis tous les 15 jours jusqu'à l'accouchement). Malheureusement tout se limite à leur identification. Les gestantes méconnaissent leur risque et ne bénéficiaient d'aucune considération

particulière liée à leur état. Il existe deux catégories de facteurs de risque : les ATCD médicaux, obstétricaux et sociaux de la gestante et les risques qui se manifestent au cours de la période prénatale.

Une fois les facteurs de risque décelés, ils peuvent justifier la nécessité d'une intervention (traitement spécifique, des visites de contrôle plus fréquentes, référence à l'hôpital pour des examens plus approfondis [23].

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

Par rapport à l'hygiène pendant la consultation et au risque infectieux :

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

Etude des résultats :

Modalité de transport :

La plupart des gestantes venaient à pied au centre.

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

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

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

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

On notait heureusement que toutes les gestantes avaient le ticket pour la CPN, ce qui permettait de respecter l'ordre d'arrivée sauf de rares fois où il était perturbé à cause des protégées.

Il était heureux de signaler que durant notre enquête aucun cas de gestantes accroupies ou arrêtées par faute de place n'était constaté. 30% des gestantes ignoraient l'existence de toilettes accessibles au centre. Ce qui va à l'encontre des règles d'hospitalité, donc de la qualité de l'accueil. Beaucoup d'efforts sont à déployer à ce niveau.

Critères de choix du centre :

Dans 18,9% des cas, les gestantes choisissaient le centre parce qu'elles vivaient à proximité. Ce qui n'a pas de rapport avec la bonne qualité des soins. Mais les conditions d'accueil et la compétence du personnel étaient favorables pour beaucoup d'autres. Ce volet accueil est très important en matière de qualité de soins.

Pour ce qui est des tarifs des prestations, les gestantes n'avaient pas de difficultés financières d'accès aux soins. La disponibilité des médicaments est une condition essentielle à l'accès aux soins, leur pénurie fait baisser les taux moyens d'occupation des lits.

VII-CONCLUSION

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

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

Par ailleurs il n'y avait pas de collaboration étroite entre les sages femmes et le médecin gynécologue obstétricien pour la prise en charge des gestantes présentant des facteurs de risque. Sur 50 patientes à risque seules 30 ont été référées aux gynécologues obstétriciens

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

VIII- RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes s'adressent :

Au personnel de santé:

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

Aux autorités sanitaires et politiques :

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

Aux gestantes:

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

A la population:

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

IX-REFERENCES

1-Haute autorité de sante(HAS) :

Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour les professionnels de santé .Avril 2005(France).

2-FOMBA. S

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de sante MIPROMA de Magnambougou en CVI de Bamako d'avril à juillet 2002.

Thèse de médecine Bamako 2003,103p no64

3-Renforcer les soins obstétricaux pour une maternité sans risque.

Atelier collectif pré congrès CISF/OMS/UNICEF/OS/O, Norvège, 23-26 mai 1996 p1.

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

5-Rayon E.

Prévention des décès maternels.OMS Genève, 1990,271p.

6- TALL F.S.

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de la deuxième région du Mali (1987-1992).

Thèse de Médecine .Bamako, 1993 No6.

7- DJILLA B.

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravidopurperalite à l'hôpital Gabriel Toure de Bamako(Mali) sur 10 ans (1979-1998).

Thèse de Médecine. Bamako 1989 ; No54.

8-SANKALE M et MAZRE.A.

Guide médical de la famille Afrique et Océan Indien.1991.France EDICEF, p.143.

9- Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE Mondiale :

Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, p 43.

10- Estimation révisée pour 1990 de la mortalité maternelle 1ère édition nouvelle méthodologie.

OMS/UNICEF AVRIL1996 Genève p16.

11-KOITA M.

Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du district de Bamako.

Thèse de Médecine, Bamako 2001,129p, No41.

12- Source d'information ONSI :

Recensement général de la population et de l'habitat (Avril 1998)

13- KONATE S.

Qualité de la surveillance prénatale dans le CSRéf CII du district de Bamako.

Thèse de Médecine, Bamako 2002, No33.

14- BLUM.

L'évaluation médicale à l'hôpital.

In creen Hibert. 1er séminaire d'évaluation en gynécologie obstétrique à l'APHP, résumé des interventions et des débats. Paris délégation à l'évaluation. DPIMAP 1993 :6-7.

15-.Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest :

Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack (novembre 1997) OMS bureau Afrique.

Division santé de la famille.

16-Cellule de planification et de statistique :

Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire.

Bamako (Koulouba) 1995-2000.

17-Division santé familiale:

Programme de santé familiale. Plan quinquennale 1988-1992 Mali décembre 1987.

18- DONABEDIAN Adévis: Exploration in assessment and monitoring, vol 1.

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

19- DRABO A.

Les ruptures utérines à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas.

These de Médecine 2000 No07 ; 131p.

20- TRAORE M K.

Qualité de la surveillance prénatale au CSCOM de Banconi.

Thèse de Médecine 2001,121pages No49.

21- UNICEF/OMS/FNUAP:

Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici l'an 2005.

Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000.

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

22- FORUM L; FAYOMI E.B; ZOHOUM T.H.

Santé/mère au Bénin réalisation et défi .Revue d'Afrique noire no02 Février 1998.

23- LAABIDA.

Soins prénatals au Maroc : tendances et déterminants. (Prénatal care in Morocco : trends and déterminants).1987-1995.juin 1999.

24- ANGOULVENT P.

La grossesse, collection encyclopédique .Presse Universitaire de France, 1990.

25- OMS : Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261p.

26–Surveillance échographique de la grossesse :

DMC obstétrique (B .SEGY) ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris. Malouine SA. Editeur 27, Rue de l'école de médecine 75.000 Paris, page 67.

27-Merger R.; Levy J.; Melchior J.

Suivi de la grossesse. Précis d'obstétrique 6è édition, Paris. Masson.1995. 597p- p 71.

28-BERTHE A.

Qualité de la surveillance prénatale au CSCOM de Korofina Salendougou dans la commune I du district de Bamako.

Thèse de Médecine, Bamako, 2002, No50.

29-FOFANA A.

Etude des facteurs influençant la participation des femmes enceintes aux CPN à Kolondièba.

Thèse de Médecine, Bamako, 1993, No40.

30-GOITA N.

Evaluation de qualité des consultations prénatales au service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la commune V.

Thèse de Médecine Bamako 2006.No210.

31-PAPERNIK E.; CABROLD; PONSJ C.

Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

Pour un programme d'action obstétricale-Paris ; Flammarion, médecine sciences, 1995-1584p. Pages 7535_7537.M618.2.

32-OMS (chronique).

Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193_202 (Genève 1986).

33-POP.Fahel.CERPOD INSAH CILSS:

Fécondité de l'adolescence. Drame d'une maternité précoce.

Population à l'an 2000 .Bamako.2è édition Août 1990.No3.

34-OMS. Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde.

Mars-juillet 1992_No8_12P.

35-OMS : Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle.1987, 40, No3, P214_225.

36-KAMISSOKO M.

Qualité de la surveillance prénatale au CSCOM de Kalabancoro, Zone périurbaine de Bamako.

Thèse de Médecine. Bamako, 2004, _59P No37.

37-Direction de la santé de la commune urbaine de Niamey.

Qualité des soins « Projet de santé urbaine » district sanitaire Niamey.
Commune I, II, III, Novembre 2000.

X.ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I-OBSERVATION DES CPN

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

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

Q2 2 = Heure de la visite :

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

4 Caractéristiques de la gestante (Si demandées)

Nom :

Prénom :

Q3 Age (ans) : ans

Q4 Ethnie 1=Bambara ; 2=Peulh ; 3=Malinké ; 4=Bozo ; 5=Sonrai ;

6 = Soninké ; 7 = Dogon ; 8 = Autre (à
préciser).....

Q5 profession : 1=ménagère ; 2=vendeuse ;
3=fonctionnaire ;

4 = aide ménagère ; 5 = commerçante ; 6 = autre (à
préciser).....

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

5 = coran

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

Q8

Résidence :

Q9 Numéro de la grossesse ou de la

CPN :

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

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

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

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

Q11 Nombre de CPN réalisées :

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

Q12 Qualification : 1 = Médecin ; 2 = Sage femmes ; 3 = Matrone ; 4 = Infirmière

obstétricienne ; 5 = Autres(à préciser) :

Q13 Statut : 1 = Fonctionnaire ; 2 = Contractuel ; 3 = Stagiaire ; 5 = Autre :

6 Accueil :

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

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

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

Q17 Salutation conforme aux convenances sociales : = oui ; 2 = non

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

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

7 Interrogatoire

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

Q 20 1-Age ans

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

Q22 3- Profession de la consultante

Q23 4- Niveau de scolarité

Q24 5- Profession du mari

Q25 6- Lieu de résidence

Q26 7- Durée de présence dans la capitale

Q27 8- Distance parcourue pour venir au centre

Q28 9- Moyen de transport utilisé pour venir au centre

Q29 10- Echanges avec la consultante pour mieux la connaître

7-2 Antécédents :

7-2-1 Antécédents obstétricaux

Q30 1- Nombre de grossesse Q31 2- Nombre d'accouchements
Q32 3- Nombre d'avortements Q33 4- Nombre de mort-nés
Q34 5- Nombre de naissances vivantes Q35 6- Nombre d'enfants décédés
Q36 7- Age et causes des décès Q37 8- Demande état de santé des enfants
Q38 9- Césarienne Q39 10- Forceps ou ventouse Q40 11 Eclampsie
Q41 12- Autre Q42 Préciser

7-2-2 Antécédents de maladie

Q43 Infection urinaire Q44 Hypertension artérielle Q45 Diabète
Q46 Affection cardiaque Q47 Tuberculose Q48 MST
Q49 Drépanocytose Q50 Autre Q51 Précisions

7-3 Détermination de la date probable d'accouchement

Q52 1- Détermination de la date des dernières règles
Q53 2- Détermination âge de la grossesse

7-4 Déroulement de la grossesse

Q54 Vomissement Q55 Fatigue Q56 Survenue palpitations

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

Q62 Métrorragies Q63 Troubles urinaires Q64 Fièvre Q65 Autre

Q66 Précisions

7-5 Hygiène de vie pendant la grossesse

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

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

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

Q70 4- Alimentation Q71 5- Autre Q72 Précisions

8- Examens cliniques

Q73 1-Explique déroulement consult Q74 2- Pesée

Q75 3- Mesure de la taille Q76 4- Recherche boiterie Q77 5- Aide à monter sur la table Q78 6- Examen conjonctives Q79 7- Mesure de la TA

Q80 8- Enlève soutien gorge Q81 9- Auscultation cardiaque

Q82 10- Auscultation pulmonaire Q83 11- Palpitation abdomen

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

Q85 14- Position fœtus Q86 15Recherche œdèmes

Q87 16- Examen au spéculum Q88 17- Toucher vaginal

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

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

9- Examens para cliniques

Q94 A-t-on demandé des examens para cliniques

Q95 Si oui a-t-on expliqué pourquoi ?

Q96 Si oui a-t-on expliqué où aller ?

10- Vaccinations

Q97 A-t-on demandé carnet de vaccination ?

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

11- Grossesse à risque

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

12- Prescription

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

13- Relations humaines

13-1 Attitude praticien

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

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

Q106 Comment évoluait la grossesse ?

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

Q108 Lui a-t-il précisé quand ?

Q109 13-3 Présence de tierces personnes pendant la consultation

0-Non

1-Oui plusieurs sages femmes

2-Oui, d'autres membres du personnel

3-Oui, par des accompagnants

4-Oui, d'autres personnes

Q110 Lesquelles

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

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

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

15 Conseils

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

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

4-Autre Q114 Si autre, précision

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

Q116 Si oui, quels signes d'alerte ?

16 Hygiène de la consultation

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

Q119 Oui, est-il différent des femmes précédentes ?

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

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

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

Q123 Le matériel est-il correctement nettoyé ?

Q124 Le matériel est-il correctement désinfecté ?

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

Q126 Si oui, laquelle

17-Conclusion

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

Q128 Si oui, laquelle ?

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

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

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

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

Q132 Lui a-t-il dit pourquoi ?

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

II Opinion sur les CPN

1. Examen du carnet de la grossesse

OPC1 Possession d'un carnet de grossesse : 1 = oui ; 2 = non

Terme de la grossesse

OPC2 Date des dernières règles : 1 = oui ; 2 = non

OPC3 Date de terme prévu pour l'accouchement : 1 = oui ; 2 = non

2. Modalité du transport

OPC4 Etes-vous venue ? 1 = à pied ; 2 = en véhicule collectif ; 3 = taxi ; 4 = en véhicule personnel ; 5= Autres (à préciser) :.....

3. Critères de choix du centre

OPC5 Pourquoi avez vous choisi ce centre :

1 = Parce que cet établissement est proche de mon domicile

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

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

4 = Parce que le personnel est compétent

5 = Parce que le personnel est accueillant

6 = Parce que les tarifs sont peu élevés

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

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

9 = Autres raisons :

OPC6 Etes vous déjà venue dans cette formation sanitaire ? 1 = non ; 2 = oui ;

3 = Oui, plusieurs fois

OPC7 Pour quelles raisons : 1 = consultation médicale ; 2 = consultation prénatale ;

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

OPC8 L'ordre de passage a-t-il été respecté : 1 = oui ; 2 = non

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

2 = confortablement ;

OPC10 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service ? : 1 = non ; 2 = oui ; 3 = oui, mais sale ; 4 = oui, et propre ; 5 = ne sais pas

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

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

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

1 = oui ; 2 = non

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

1 = oui ; 2 = non

OPC15 Votre intimité a-t-elle été respectée ? 1 = oui ; 2 = non

3 = Si non, pourquoi ...

OPC16 Comment avez vous trouvé les locaux ? 1 = Vieux et sales ; 2 = nouveau mais sales ; 3 = Vieux mais propres ; 4 = nouveau et propres

OPC17 Avez vous été satisfaite ? 1 = oui ; 2 = non

3 = Si non Pourquoi ... OPC18 S'agit-il de votre première CPN ? 1 = oui ; 2 = non

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

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

OPC20 Pourquoi avez vous changé de service prénatal ?

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

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

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

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

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

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

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

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

OPC24 Si oui, vous a-t-on expliqué pourquoi : 1 = oui ; 2 = non

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

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

OPC26	Si	non	Pourquoi
			?:.....

OPC27 Vous a-t-on prescrit des médicaments ? 1=oui ; 2=non

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

4 = Autres(à préciser) :

:.....

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

OPC30 Comment devriez vous vous procurez de ces médicaments ?

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

.....

OPC31 Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN ?

1=oui ;

2=non

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

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

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

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

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

5 = Césarienne prophylactique

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KANABAYE

Prénom : Boubacar

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

Année universitaire : 2014-2015

Pays d'origine : République du Mali

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

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

Résumé :

En matière de naissance toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux adéquats.

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

C'est ainsi que sur le plan structural, le centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako a été classé à un niveau III. C'est-à-dire que les références évaluées étaient assez satisfaisantes à 92,3%, avec un score de 48.

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

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

Par contre, les gestantes ont exprimé leur satisfaction par rapport à l'accueil, qui était bon dans 99,2% des cas. L'intimité et la confidentialité étaient respectées chacune dans 96,7% des cas.

Mots CLES : Evaluation, Qualité, Consultation périnatale.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE.