

Ministère des Enseignements  
MaliSecondaire, Supérieur et de  
la Recherche Scientifique



République du  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**



## **FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

Année universitaire 2008- 2009

Thèse N°...../M

### **TITRE**

# **EVALUATION DE LA QUALITE DE LA CONSULTATION PRENATALE AU CSCOM DE KOULIKORO BA (Cercle de Koulikoro)**

### **THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le \_ 2009  
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et  
d'Odontostomatologie**

**Par**

***Mme Adiaratou Dakono***

**Pour obtenir le grade de Docteur en médecine  
(Diplôme d'Etat)**

### **JURY**

Présidente: Professeur SY Assitan SOW

Membre: Docteur Youssouf TRAORE

**Co- directeur: Docteur Mamadou Mary Désiré KEITA**

Directeur : Professeur Salif DIAKITE

# DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le clément et miséricordieux pour sa grâce,  
puisse Allah

Le tout puissant m'éclairer de sa lumière divine.

Amen.

➤ Donne à mes yeux

**La lumière pour voir ceux qui ont besoin des soins.**

➤ Donne à mon cœur :

**La compassion et la compréhension.**

➤ Donne à mes mains :

**L'habileté et la tendresse**

➤ Donne à mes oreilles :

**La patience d'écouter.**

➤ Donne à mes lèvres

**Les mots qui réconfortent**

➤ Donne à mon esprit :

**Le désir de partager.**

➤ Donne moi Allah :

**Le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un  
peu**

**de joie dans la vie de ceux qui souffrent**

**Amen !**

La présente thèse est le résultat d'un long processus. C'est aussi l'heureux aboutissement d'un effort soutenu par bon nombre de personnes dont il faut ici saluer les sacrifices combien importants. Aucun mot, tendre soit-il, ne serait de trop reconnaître l'exceptionnelle mérite de ces personnes auxquelles le présent document est dédié .Il s'agit notamment de :

**Mon père :**

Merci pour tous les sacrifices fournis a mon égard que Dieu te donne longue vie à mes cotés.

**Ma mère Kadiatou DIARRA :** dont il faut également saluer le sens de responsabilité dans l'effort d'assistance qu'elle a toujours développé à l'endroit de nous qui sommes ses enfants.

**Mes frères et sœurs :** pour la tendresse, l'encouragement et le soutien moral dont j'ai bénéficié de votre part ainsi que pour votre préoccupation incessante de fin d'étude. Vous m'aimez autant que je vous aime. Nous ne sommes qu'un tout

**Mes oncles** pour leurs encouragements et leurs soutiens affectifs.

**Dr Ousmane DIARRA et famille :** pour votre soutien inestimable.

Vous avez été pour moi, un père, un frère, un espoir qu'il faut saluer. Que le tout puissant vous en récompense.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>ASACO :</b>	Association pour la Santé Communautaire
<b>BDCF :</b>	Bruit du Cœur Foetal
<b>CCC :</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CPN :</b>	Consultation Pré Natale
<b>CSCOM :</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>FPPTE :</b>	Fond des Pays Pauvres tres Endettes
<b>HTA :</b>	Hypertension Artérielle
<b>MST :</b>	Maladies Sexuellement Transmissibles
<b>NFS :</b>	Numération Formule Sanguine
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU:</b>	Organisation des Nations Unies
<b>PMA:</b>	Paquet Minimum d'Activité
<b>SA:</b>	Semaine d'Aménorrhée
<b>SIADA:</b>	Syndrome Immuno Déficience Acquise

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I OBJECTIFS</b>	
1-Objectif général .....	<b>3</b>
2-Objectifs spécifiques :.....	<b>3</b>
<b>II GENERALITES</b> .....	<b>4</b>
<b>I. Définitions opératoires</b> .....	<b>4</b>
I.1. La qualité des soins :.....	<b>4</b>
I.2. Aspects techniques de la CPN : .....	<b>7</b>
I.3. Diagnostic de la grossesse :.....	<b>7</b>
I.4. Examen physique.....	<b>12</b>
<b>III METHODOLOGIE</b> :.....	<b>18</b>
1. Cadre d'étude :.....	<b>18</b>
1.2. Le Personnel du CSCOM de Koulikoro ba se compose de.....	<b>18</b>
1.3. Les organes administratifs et de gestion de l'ASACO sont.....	<b>18</b>
1.4. Les locaux et équipements du centre: .....	<b>18</b>
1.5. Composition des unités :.....	<b>19</b>
1.6. Organisation et fonctionnement :.....	<b>20</b>
2. Période d'étude :.....	<b>21</b>
3. Type d'étude :.....	<b>21</b>
4. Critères de jugement :.....	<b>21</b>
5. Collecte des données :.....	<b>21</b>
6. Echantillonnage :.....	<b>22</b>
7. Population d'étude :.....	<b>22</b>
8. La procédure de l'enquête :.....	<b>24</b>
9. Plan d'analyse des données :.....	<b>24</b>
10. Niveau de qualité de la structure :.....	<b>24</b>
11. Système de classement.....	<b>25</b>
<b>IV. RESULTATS</b> :.....	<b>28</b>

<b>1. ETUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE DE LA STRUCTURE :.....</b>	<b>28</b>
<b>2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES GESTANTES</b>	<b>29</b>
<b>3. ETUDE DESCRIPTIVE PROCEDURES DES CPN :.....</b>	<b>33</b>
<b>V COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....</b>	<b>44</b>
<b>QUALITE DES STRUCTURES :.....</b>	<b>45</b>
<b>Caractéristiques sociodémographiques des gestantes:.....</b>	<b>45</b>
<b>Etude descriptive des procédures des CPN :.....</b>	<b>47</b>
<b>VI Conclusion :.....</b>	<b>52</b>
<b>VII Recommandations :.....</b>	<b>53</b>
<b>VIII Références.....</b>	<b>54</b>

## INTRODUCTION

La CPN est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse. Elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement. La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes (80%). L'identification d'éventuelles complications (20%), l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse <sup>[1]</sup>.

En Afrique plus particulièrement dans la partie subsaharienne, la grossesse a toujours été et reste vécue dans la famille comme un événement valorisant pour la femme. C'est un phénomène naturel qui, jusqu'à une date récente se déroule sans trop d'intervention extérieure. Mais il demeure important d'exercer une surveillance régulière pour que le fœtus, entièrement dépendant de l'organisme maternel bénéficie de meilleures conditions de développement <sup>[2]</sup>.

Elle permet également à la femme non seulement d'affirmer, de garder, mais aussi de conforter sa place au sein de la famille; particulièrement la société africaine <sup>[3]</sup>.

Mais combien sont-elles, celles qui perdent leur vie en donnant la vie ? Des études ont montré que 80% des décès maternels résultent directement de complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches, alors que les 20% restant sont dus à des pathologies existantes aggravées par sa prise en charge. Au Mali les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population. Dans ce groupe le taux de mortalité représente 582 (EDS III) et 464 (EDS IV) pour 100 000 naissances vivantes d'après la nouvelle estimation <sup>[5]</sup>.

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

Bien que de nombreux efforts aient été déployés, le Mali demeure parmi les pays, où les taux de mortalité maternelle et néonatale sont très élevés, il faut se demander si les soins délivrés par les agents de la santé surtout pour les CPN sont de bonne qualité ?

Les CPN étant une activité très importante et fréquente chez les gestantes avec 3/4 des naissances des zones urbaines, 88% ont donné lieu à des CPN, les mères vivant en milieu rural n'ont reçu des soins prénatals que pour 48% des naissances dans les 5 dernières années.

La CPN doit être de bonne qualité avec un personnel qualifié, car c'est le moment de détecter précocement toute anomalie ou risque pour la grossesse et l'accouchement, les mesures préventives et /ou curatives nécessaires à entreprendre exigent une surveillance accrue. C'est pour mieux élucider cette question que nous avons décidé de faire cette étude sur la qualité de la surveillance prénatale au CsCom de Koulikoro Ba (LAFIASO).



# I OBJECTIFS

## 1-Objectif général :

Evaluer la qualité de la CPN au CsCom de Koulikoro Ba.

## 2-Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
- Décrire les procédures de la CPN au CsCom de Koulikoro Ba.
- Déterminer le niveau de performance des prestataires.
- Corréler la performance des prestataires et la compliance des femmes.

## II GENERALITES

### I. Définitions opératoires

#### I.1. La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologiques 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 bénéfice <sup>[8]</sup>.

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

- **L'évaluation :**

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

- **Les normes :**

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

- **Les procédures :**

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par le prestataire.

- **La mortalité maternelle :**

Elle correspond au décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

- **Taux de mortalité maternelle :**

Il exprime le nombre de décès maternel pour 100 000 naissances vivantes, parfois exprimé sur 100 000 femmes en âge de procréer.

- **La grossesse :**

La grossesse est l'état allant de la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule à l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

- **Facteurs de risque**

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

- **Grossesse à risque :**

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

- **La maternité sans risque**

Il s'agit de créer des conditions dans lesquelles une femme peut désirer 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 l'accès à l'assistance d'une personne qualifiée pour l'accouchement, à des soins obstétricaux d'avance en cas de besoin et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement<sup>[8]</sup>. Cette définition coïncide avec celle de l'OMS à la conférence de l'ICPD du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elles rappellent que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants, et que celles qui ont choisi d'en avoir, doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liés à la grossesse.

- **L'aire de santé ou section sanitaire**

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

- **La carte sanitaire**

La répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources.

- **Le paquet minimum d'activité (PMA)**

Il signifie l'offre d'activité intégrée de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement

des maladies courantes, de consultations prénatales et postnatales avec accouchement et vaccinations.

- **L'évacuation :**

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

- **Référence :**

C'est l'évacuation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultations prénatale.

- **Les services de santé maternelle qualifiés :**

Des services de santé maternelle de qualité doivent répondre aux critères suivants <sup>[9]</sup>.

- ✓ être accessibles et disponibles aussi près que possible du domicile des femmes, et se situer à l'échelon le plus bas possible où la sécurité et l'efficacité des prestations puissent être garanties ;

- ✓ Etre acceptables pour les utilisatrices potentielles et correspondre aux normes culturelles et sociales : les femmes ont besoin d'intimité ; par ailleurs elles doivent recevoir l'assurance que toute information aura un caractère confidentiel ;

- ✓ Etre dotés de prestataires de soins techniquement compétents qui s'appuient sur les lignes directives et des protocoles de traitement précis ;

- ✓ Etre dotés d'agents de santé qui soignent les patients en les respectant, sans porter de jugement et en fonction des besoins des femmes ;

- ✓ Donner des informations aux patientes sur leur santé et leurs besoins sanitaires ;

- ✓ Disposer de toutes les fournitures et de tout le matériel essentiel ;

- ✓ Disposer des soins complets et assurer la liaison avec d'autres services de santé reproductive ;

- ✓ Assurer la continuité des soins et le suivi ;

- ✓ Associer les patientes aux décisions et en faire des partenaires de soins pour qu'elles participent activement à la protection de leur santé ;

- ✓ Offrir un appui socioéconomique aux prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent travailler au mieux de leur capacité.

## **I.2. Aspects techniques de la CPN :**

La consultation prénatale est une activité préventive dont le but essentiel est d'assurer l'amélioration de la mortalité péri natale et maternelle, de même que l'éducation sanitaire des mères. Elle s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux, aboutissant à trois objectifs essentiels :

- ✓ Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- ✓ Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers la surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelés ;
- ✓ Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut, transférer la gestante dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications <sup>[10]</sup>.

La politique sanitaire au Mali prévoit sept consultations prénatales. La première avant la fin du troisième mois et les autres avec une périodicité mensuelle <sup>[11]</sup>. La surveillance de la grossesse s'effectue donc au cours de ces examens.

- La première CPN

Elle doit avoir lieu avant 14 SA dans le but de :

- ✓ Confirmer l'état de grossesse et préciser la date de son début, donc le terme probable;
- ✓ Rechercher les facteurs de risque éventuels en rapport avec l'environnement social, familial et professionnel.

## **I.3. Diagnostic de la grossesse :**

Le diagnostic de la grossesse même très précoce est généralement facile. La survenue d'une grossesse a sur l'organisme maternel trois sortes de conséquences :

- l'ovulation et la menstruation sont supprimées. Le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique associée à des modifications générales de l'organisme maternel;

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

### **I.3.1. Interrogatoire :**

#### **I.3.1.a. L'aménorrhée**

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

#### **I.3.1.b. Les signes sympathiques de la grossesse** <sup>[10]</sup>

Ils sont inconstants et varient d'une personne à l'autre. Ils apparaissent à la fin du premier mois, et cessent généralement au cours du quatrième mois. Ils entraînent :

- **les troubles digestifs** sont les plus fréquents à type de nausées, vomissements, sialorrhée, constipation, modifications de l'appétit en plus ou en moins, perversion du goût; le pyrosis est souvent plus tardif.

- **les manifestations neuroendocriniennes** : troubles du sommeil très fréquents, vertiges, malaises, troubles du caractère (émotivité, irritabilité), asthénie.

- **Les troubles urinaires** à types de pollakiurie, sensation de pesanteur pelvienne.

Les autres signes sont une sensation de gonflement général en rapport avec les modifications du métabolisme hydrique associant fréquemment la tension mammaire.

### **I.3.2. Examen clinique**

Inspection

#### **I.3.2.1. Les modifications mammaires**

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

Autres :

La pigmentation générale (plus tardive) : taches sur le front, le visage, ligne brune abdominale. Le gonflement général atteints les doigts, sur lesquels bagues ou alliance glissent plus difficilement ;

Les varices peuvent apparaître aux membres inférieurs, surtout chez la multipare;

La vulve parfois se pigmente et gonfle.

Palpation abdominale

L'augmentation de volume n'est perçue que vers la 9<sup>ème</sup>-10<sup>ème</sup> SA, si la paroi est mince et souple.

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

### **I.3.2.2. Examen au spéculum :**

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

### **I.3.2.3. Le toucher combiné au palper :**

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

- **Le col utérin**

Le toucher objective le ramollissement cervical qui est un élément mineur de diagnostic, à cause de son inconstance, de sa difficulté d'appréciation et de ses causes d'erreur. Le ramollissement débute au pourtour de l'orifice, puis gagne le col tout entier. Ferme comme le nez avant la grossesse, il deviendra mou comme la lèvre (Tarnier).

- **Le corps utérin:**

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

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

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

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

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

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

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

#### **I.3.2.4. Détermination du terme:**

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

#### **I.3.2.5. Evaluation du terrain et des facteurs de risque:**

Cette évaluation capitale permettra d'apprécier les risques, la pathologie, et donc de prendre les mesures nécessaires. Elle doit être faite au cours du premier trimestre. Ainsi le premier examen prénatal est une étape essentielle pour le dépistage et pour l'organisation de la surveillance en fonction des risques.

#### **I.3.2.6. Recherche d'antécédents obstétricaux:**

Leur étude est capitale chez la femme enceinte non primigeste. Ils doivent être recherchés pour déceler une cause qui peut être source de récurrence pour la grossesse actuelle. C'est ainsi que certains antécédents obstétricaux exposent à des risques potentiels. <sup>[11]</sup>

Avortement spontané d'âge gestationnel inférieur à 12 SA expose au risque de récurrence;

- Avortement spontané d'âge gestationnel supérieur à 16 SA expose aux risques de récurrences d'accouchement prématuré;



- Avortements à répétition exposent aux récurrences (30%), retard de croissance intra utérin, accouchement prématuré;
- L'accouchement prématuré expose aux récurrences (risque doublé ou triplé);
- L'allo-immunisation rhésus expose aux récurrences, mort fœtale in utero;
- la macrosomie expose aux risques de récurrences, diabète gestationnel;
- l'anomalie chromosomique expose aux récurrences de trisomie 21;
- le retard de croissance intra utérin expose au risque de récurrence.

Pour chaque grossesse, il faudra préciser :

- Le nombre de grossesses antérieures;
- le déroulement des grossesses antérieures;
- le terme de l'accouchement prématuré ou de grossesse prolongée;
- le terme et le mode d'accouchement des grossesses précédentes, avec leurs éventuelles complications (HTA, diabète...);
- la durée de l'accouchement si cet accouchement s'est produit par voie basse ;
- l'indication, si l'accouchement a eu lieu par césarienne;
- l'état et le poids de l'enfant à la naissance;
- les suites néonatales précoces ou tardives;
- le mode d'allaitement.

### **I.3.2.7. Recherche des antécédents gynécologiques :**

- Les caractères du cycle sexuel avant la grossesse actuelle;
- La date du dernier frottis vaginal et son résultat;
- La notion de stérilité, de contraception;
- Les antécédents infectieux pelviens;
- La pathologie tubaire connue ;
- Une endométriose;
- Une malformation utérine.

L'étude du cycle permet de dire si le calcul classique de l'âge gestationnel peut être précis ou s'il faut des examens complémentaires pour le déterminer. Les grossesses survenant après une stérilité seront surveillées tout particulièrement au cours du premier trimestre. Le renforcement de la surveillance prénatale à cette période diminue le taux d'avortements. <sup>[11]</sup>

Recherche d'anomalies à caractères héréditaires.

HTA;

Malformations;

Diabète;

Anomalies génétiques ou chromosomiques connues.

Recherche d'antécédents pathologiques

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

Autres facteurs de risque de grossesse pathologique

**Le médecin précisera :**

L'âge de la gestante et sa situation familiale (statut matrimonial); et Pinard.

La profession et les conditions de travail (nature, intensité et horaires de travail, distance parcourue et moyen de transport utilisé pour s'y rendre);

Les habitudes alimentaires (tabac, alcool, drogues, ration alimentaire);

Les conditions socioéconomiques;

Les facteurs psychologiques.

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

**I.4. Examen physique**

**I.4.1. Examen général :**

Le matériel se compose de pèse-personne, toise murale, tensiomètre, stéthoscope bi-auriculaire.

La mesure de la taille : selon la littérature, une taille inférieure à 1,50 m est un risque de dystocie <sup>[4]</sup>. Ces dystocies surtout d'origine mécanique sont à la base de 20% à 30% des césariennes. <sup>[12]</sup>

La mesure du poids dont la courbe devrait être suivie régulièrement jusqu'à terme;

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

La prise de la tension artérielle;

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

Examen de l'abdomen à la recherche d'une cicatrice;

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

#### **I.4.2. Examen obstétrical :**

Le matériel se compose d'un mètre ruban, spéculum, gants stériles.

**I.4.3. Examen des seins :** la palpation doit être systématique à la recherche d'une tumeur, d'adénopathies au niveau du creux axillaire;

La palpation de l'hypogastre est souvent non informative jusqu'à 12 SA. Après ce délai elle permet de percevoir l'utérus sous la forme d'un globe sus pubien ferme, régulier et indolore;

La recherche des battements cardiaques fœtaux : elle se fait à l'aide d'un appareil à effet Doppler. Elle est positive à partir de 10-11 SA;

**I.4.4. L'examen au spéculum :** Il visualise l'aspect du col normalement augmenté de volume, violacé avec une glaire coagulée. L'orifice externe est punctiforme chez la primigeste et allongé transversalement chez la multipare.

#### **I.4.5. Le toucher vaginal permet :**

De percevoir le col utérin, normalement sous forme d'un col de 3 cm de longueur, de consistance ferme chez la primigeste, et parfois déhiscent chez la multipare; son orifice interne doit toujours être fermé ;

D'apprécier la taille de l'utérus;

De palper les culs de sacs latéraux à la recherche d'une pathologie annexielle (fibrome, kyste de l'ovaire...).

#### **I.4.6. Examens complémentaires :**

##### **I.4.6.1. Examens obligatoires**

Groupe sanguin avec phénotype (ABO rhésus complet et Kell) : pour une parturiente rhésus négatif, la recherche d'agglutinines irrégulières doit être systématique à chaque visite prénatale obligatoire. Si la femme est rhésus positif (D), il faut rechercher les anticorps irréguliers au 3<sup>ème</sup> mois, entre 32 et 34 SA ;

La sérologie de la rubéole doit être prescrite en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise. Elle est inutile chez les femmes vaccinées.

La sérologie de la toxoplasmose, si elle était négative avant, est à répéter toutes les 4-6 semaines jusqu'à l'accouchement ;

La sérologie de la syphilis (VDRL, TPHA) ;

L'examen des urines, à la recherche d'une protéinurie, glycosurie).

#### **I.4.6.2. Examens conseillés et utiles :**

Le frottis cervico-vaginal : il sera effectué chez toute femme ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier, afin de dépister un éventuel cancer du col;

**I.4.6.3. La numération formule sanguine (NFS) :** elle permet de dépister précocement une anémie qui sera corrigée par la prescription de fer et d'acide folique;

La sérologie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas obligatoire aujourd'hui; mais elle doit être conseillée notamment chez les patientes appartenant à un groupe à risque;

**I.4.6.4. L'échographie:** elle permet de préciser le siège et le caractère évolutif de la grossesse, le nombre d'embryons, et surtout l'âge gestationnel. Elle doit être prescrite dans tous les cas où la date des dernières règles n'est pas connue de façon très précise, si celles-ci étaient modifiées ou s'il existe une irrégularité menstruelle.

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

#### **I.4.6.5. Conseils :**

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

#### **I.4.6.6. Nutrition :**

Une alimentation équilibrée riche en calcium, légumes frais et fruits est conseillée. L'eau est la seule boisson vraiment utile; un apport quotidien

d'un litre et demi d'eau sous forme d'eau de robinet, d'eau de source, ou de préférence d'eau minérale faiblement minéralisée est indispensable.

En cas de non immunisation contre la toxoplasmose. Il est conseillé d'éviter tout contact avec les chats et leurs excréments; de bien laver les fruits et légumes et de bien cuire la viande.

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

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

Il est souhaitable de garder une activité physique et une activité sportive si elle n'est pas trop violente par contre la marche, la natation, la gymnastique, le vélo sont recommandés dans les six premiers mois.

: Le jogging, le tennis, l'équitation, l'escrime, l'athlétisme, le basket-ball et autres sports collectifs (football, handball, etc.), les sports de combat et tout sport de compétition après 12 SA sont déconseillés.

Les rapports sexuels sans excès ne comportent aucun danger.

C'est la pénibilité des trajets, la durée de l'horaire, le travail associé à la charge familiale et non le travail lui-même qui sont dangereux pour la grossesse. Le repos est vivement conseillé, notamment par des siestes l'après midi.

#### **I.4.6.7. Voyages :**

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

Les déplacements supérieurs à 300 km de voiture ne doivent pas être autorisés. Il faut préférer le train pour les voyages longs (trains auto couchette par exemples).

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

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

#### **I.4.6.8. Les médicaments :**

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

Pas d'automédication.

## Système dentaire et digestif

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

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

### **I.4.6.9. Hygiène corporelle :**

On ne doit pas utiliser de savons acides désinfectants (favorise l'apparition des mycoses) pour l'hygiène intime ; préférer un savon alcalin, sans additif, colorant ou parfum <sup>[12]</sup>. Le « savon de Marseille » est bien toléré.

### **I.4.5. Les soins :**

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

La surveillance pendant la grossesse

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

#### **I.4.5.1. Objectifs :**

Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse par les examens cliniques, biologiques et échographiques;

Confirmer que tout se passe bien, que le couple vit bien la grossesse;

Prendre les mesures adéquates le plus tôt possible en cas d'anomalies.

#### **I.4.5.2. L'interrogatoire :**

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

- les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient ont disparu, sauf peut-être le ptyalisme, le pyrosis ;

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

- épisodes de métrorragies, même minime ;

- contractions utérines anormales ;
- signes fonctionnels urinaires : brûlure mictionnelle, dysurie etc.
- fièvre, pertes vaginales anormales, prurit.

#### **I.4.5.3. L'examen clinique :**

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

#### **I.4.5.4. La pesée : [14]**

La prise de poids doit être régulière ; elle est de l'ordre de 1 kg par mois, allant de 5 à 12 kg selon le poids de départ. Il sera porté sur une courbe en fonction du terme. Toute prise importante sera considérée comme un signe d'alerte, en particulier vasculo-rénal. En revanche on s'inquiètera d'une prise de poids trop faible : danger d'avortement, d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, de mort in utero.

La mesure de la pression artérielle

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

La hauteur utérine et le périmètre ombilical

Ils seront mesurés avec précision à l'aide d'un mètre ruban.

La hauteur utérine est mesurée du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin en suivant l'axe de l'utérus; elle augmente théoriquement de 4 cm par mois, sauf dans les 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois où elle est de 2 cm par mois.

## **III METHODOLOGIE:**

### **1. Cadre d'étude :**

Notre étude a eu lieu dans le centre de santé communautaire de Koulikoro Ba « **Lafiaso** » dans le cercle de Koulikoro.

### **1-1- Présentation du CSCOM de Koulikoro Ba:**

- **Historique :** le CSCOM de Koulikoro Ba a été créé en 1995 avec l'avènement des ASACO dans le cadre de la politique sectorielle de santé du Mali. L'inauguration officielle a été faite le 1<sup>er</sup> Mars 1995.

Ainsi de 1995 en 2007, grâce aux dynamismes des membres des instances dirigeantes de l'ASACO, le CSCOM a subi une véritable métamorphose :

- en 1998 la construction en son sein d'un second bâtiment pour la maternité.
- En 1999 la construction d'un incinérateur pour la gestion des déchets biomédicaux.

### **1.2. Le Personnel du CSCOM de Koulikoro ba se compose de :**

- Un médecin généraliste, du fond PPTE.
- Une infirmière du 1<sup>er</sup> cycle: du fond PPTE.
- Une sage femme : du fond PPTE.
- Un gérant de pharmacie contractuel ASACO.
- 4 matrones contractuelles ASACO.
- Un gardien contractuel ASACO.
- Un manœuvre contractuel ASACO.

### **1.3. Les organes administratifs et de gestion de l'ASACO sont :**

- Le Conseil d'Administration composé de membres élus en assemblée générale pour un mandat de 5 ans ; (il nomme) :
- Le comité de gestion constitué de 5 membres ;
- Et le Comité de surveillance

Le comité de gestion qui se réunit tous les 6 mois.

### **1.4. Les locaux et équipements du centre:**

Le CSCOM de Koulikoro Ba est clôturé d'un mur à hauteur acceptable et fait en ciment et en bon état. Il est constitué de : une salle de consultation médicale, une maternité, une salle de soins (pansements, sutures et injections), une salle de perfusion, une salle d'échographie, un dépôt de médicament.



A l'entrée à gauche nous avons un premier bâtiment qui abrite la maternité (Salle d'accouchement, salle de suite de couche, une salle de CPN). Ensuite un second bâtiment qui est constitué : du bureau de consultation du médecin, d'un dépôt de médicament, d'une toilette.

**1.5. Composition des unités :** le CSCOM de Koulikoro Ba comprend,

**1.5. 1. Une Salle de consultation du médecin qui contient :**

Un bureau, contenant quatre chaises, une table de consultation, un paravent, un lavabo, un ventilateur, un registre, un tensiomètre, un thermomètre, une poubelle, une pèse personne, une véranda contenant deux tables bancs.

**1.5.2. Une maternité comportant :**

**Une unité de CPN :** un bureau pour la sage femme, quatre chaises, un paravent, un lavabo, une armoire pour les registres et autres documents, une lampe baladeuse, un ventilateur, une poubelle, une pèse personne, un sceau de décontamination, une boîte à spéculum, deux tensiomètre, deux mètres rubans, un stéthoscope de pinard, un tableau d'affichage.

Et une salle d'attente comprenant quatre tables bancs, salle bien aérée.

**Une salle d'accouchement comportant :** Une salle d'attente avec 5 lits et salle d'accouchement proprement dite avec deux lits, un mètre ruban, pèse bébé, sthetoscope de pinard, un paravent, deux ventilateurs, une poubelle, un sceau de décontamination, un lavabo, une boîte d'accouchement deux ampoules électriques, une montre sur le mur,

**1.5.3. Une salle de soins (pansements, sutures, injections) qui contient :**

Une boîte à pansement, une poubelle, une table de soin, un tabouret d'injection, un ventilateur, une ampoule électrique.

Une salle de perfusion comportant :

Quatre lits, trois potences, et une table roulante.

**1.5.5. Une salle d'échographie contenant :**

Un échographe, deux chaises, un lit et une ampoule électrique.

**1.5.6. Un dépôt de médicament comportant :**

Des médicaments disposés sur étagères, deux chaises, pas de vitres, deux ampoules électriques.

En outre, l'éclairage et l'approvisionnement en eau sont assurés par l'énergie du Mali.

Le centre dispose de trois latrines.

Il existe un téléphone au niveau du bureau de consultation du médecin.

L'élimination des déchets se fait par l'incinérateur.

Le système de tarification pour les consultations prénatales se présente comme suit : 500 Fcfa pour le carnet, et 500 Fcfa pour la consultation prénatale.

Le carnet de vaccination coûte 100 Fcfa donc un coût total de 1100 Fcfa pendant toute la période des CPN.

Dans la pharmacie du centre, on trouve des médicaments en D.C.I. dont la source d'approvisionnement est la PPM (pharmacie populaire du Mali) et d'autres marchés privés.

Le centre dispose d'un corbillard et d'une ambulance qui est en panne.

#### **1.6. Organisation et fonctionnement :**

Chaque jour, du lundi au vendredi les activités du centre commencent à partir de huit heures. Elles sont assurées par le personnel. La consultation du médecin commence de huit heures à seize heures. Les CPN ont eu lieu tous les Mardi, les Mercredi et Jeudi. Elles commencent par les prises de constantes (la TA, le poids, la taille) et le remplissage des carnets de grossesse ensuite une sage femme ou une matrone tient une séance de communication pour le changement de comportement (CCC) avant les examens physiques proprement dits.

Les vaccinations des enfants ainsi que leurs pesées ont eu lieu tous les Lundi et Vendredi. Toutes ces activités sont assurées par la sage femme, les matrones et l'aide soignante.

La permanence dans ce centre est assurée par l'équipe de garde composée de :

- Un étudiant en médecine ou un infirmier de garde pour les consultations et les soins;
- Une sage femme ou une matrone pour les accouchements.

-Un gardien.

Cette équipe travaille sous la supervision du médecin chef qui habite dans la cours du CSCOM.

Les médicaments de garde sont gérés par l'équipe de la maternité.

## **2. Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Septembre 2008 au 1<sup>er</sup> Décembre 2008 soit une période de trois mois.

## **3. Type d'étude :**

L'étude étant qualitative, elle a porté sur 200 cas de CPN effectués pendant la période d'étude. Elle a été inspirée du postulat de DONABEDIAN A.(11) sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

## **4. Critères de jugement :**

Nous nous sommes référés aux documents ci après :

-Politique sectorielle de santé au Mali.

-Politique des normes et procédures en CPN au Mali juin 2004.

## **5. Echantillonnage :**

### **5.1. Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans cette étude,

-toutes les gestantes venues à la consultation durant notre période d'étude.

-le personnel et les stagiaires ayant assuré la CPN.

### **5.2. Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses dans cette étude,

-Toutes les gestantes ayant refusé de se soumettre à l'examen et à notre questionnaire et les parturientes.

-Le personnel n'ayant pas assuré la CPN

### **5.3. Technique et déroulement de l'échantillonnage**

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les gestantes se présentant en consultation prénatale au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires. Ainsi nous avons recruté 200 gestantes qui se sont présentées au CSCOM de Koulikoro Ba pour leur CPN.

Le protocole a consisté à observer le praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible)

Les gestantes ont été ensuite reçues isolément pour recueillir leurs opinions sur les prestations reçues.

## **6. Collecte des données :**

Elle a été faite selon des questionnaires individuels dont un pour :

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

La technique de collecte des données a été faite par une interview et une lecture des documents tels que les carnets et ou les registres de la sage femme.

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

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

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

- Du personnel chargé de la CPN
- Des gestantes ayant fréquenté le centre au cours de la période d'étude.
- De la structure du Centre de Santé Communautaire de Koulikoro Ba.

### **7.1. Les variables étudiées :**

#### **7.1.1. Sur la structure :**

Pour étudier le niveau de qualité des centres de santé, nous avons étudié les exigences suivantes :

- Les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture) ;
- Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour

L'orientation dans le centre)

- La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil) ;
- L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et hangar de 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).

#### **7.1.2. Sur les procédures de la CPN :**

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

- Identification de la consultante ;
- Identification de la personne qui a pris en charge la gestante ;
- Accueil et langue de communication ;
- L'interrogatoire
- L'examen physique ;
- La demande des examens complémentaires : groupage sanguins rhésus, NFS, test d'EMMEL, sérologies de rubéole et toxoplasmose, le BW (pour la syphilis), test de l'urine à la recherche d'albumine sucre, échographie.
- Le respect de l'hygiène au cours de la grossesse : travail ménager, alimentations, repos.
- Les relations humaines (rapport entre le prestataire et la gestante)
- Les soins préventifs (prévention contre le paludisme, supplémentation en fer et acide folique)
- Les conseils à donner ;

- L'hygiène de la consultation ;
- Les facteurs de risque ;
- La référence en cas de nécessité;
- Le rendez-vous ;
- L'enregistrement des données de la gestante.

### **7.1.3. Sur l'opinion des gestantes :**

Ce sont les informations reçues par les gestantes à la suite des CPN par rapport aux prestataires et leur prestation.

Les paramètres étudiés sont:

- Le moyen utilisé pour accéder au centre de santé ;
- Le critère de choix ayant motivé la gestante à fréquenter le centre de santé :
- L'organisation pratique et la commodité de la CPN ;
- Le motif de la fréquentation antérieure du centre de santé par la gestante ;
- La nature de l'accueil au cours de la CPN ;
- La satisfaction des gestantes sur l'état des locaux ;
- La prescription des examens complémentaires et des médicaments ;
- La vaccination antitétanique.

### **8. La procédure de l'enquête :**

Le déroulement de l'enquête a été le suivant :

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

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

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

Les données ont été saisies et analysées sur l'ordinateur en utilisant le logiciel SPSS versions 12.

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

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

~Les normes architecturales :

- ✓ Les Matériaux de construction
- ✓ Etat du local ;
- ✓ Système de protection (contre la poussière) et la clôture.

~ Le dispositif en place pour l'accueil :

- ✓ L'existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées ;
- ✓ La présence et la qualification du personnel chargé de l'accueil ;
- ✓ L'existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

~ La structure et l'équipement de l'unité de consultation prénatale :

- ✓ Structure de la salle
- ✓ Matériel technique de bonne qualité

~L'existence et la fonctionnalité du laboratoire

- ✓ Equipement ;
- ✓ Personnel ;
- ✓ Formation du personnel.
- ✓ Faisabilité du bilan de CPN

~Le dépôt de médicaments

- ✓ Normes architecturales
- ✓ Equipement
- ✓ Mode d'approvisionnement
- ✓ Formation du personnel

~Etat des toilettes

- ✓ Normes architecturales
- ✓ Equipement
- ✓ Propreté

~Le système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets

- ✓ Robinet ou puits
- ✓ Poubelles
- ✓ Incinérateur

~Le système d'éclairage et la communication

- ✓ Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet
- ✓ Réseau public, groupe électrogène

## **11. Système de classement**

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères si haut identifiés. Chaque référence composée de critère a été aussi cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliqués 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 enregistrer pour les dix références est de 40.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Niveau IV : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40
- Niveau III : 75 à 94,99% de score maximal soit un score total de 30 à 37 ,99
- Niveau II : 50 a 74,99% de score maximal soit un score total de 20 à 29,99
- Niveau I : inférieur à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20

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

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

**Une première échelle ou les CPN sont dites :**

- ✓ De bonne qualité : si toute les variables discriminatoires sont réalisées
- ✓ De moins bonnes qualité : si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée

**Une deuxième échelle ou les CPN ont été classées en quatre niveaux de qualité :**

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

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi qu'elle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes recevant des soins de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 et Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

**Les critères de ce classement ont été :**

- ✓ **Niveau IV** : 75 à 100% des gestantes reçoivent des soins prénatals de bonne et d'assez bonne qualité



- ✓ **Niveau III** : 50 à 74,99 des gestantes reçoivent des soins prénatals de bonne et d'assez bonne qualité.
- ✓ **Niveau II** : 25 à 44,99% des gestantes reçoivent des soins prénatals de bonne ou d'assez bonne qualité.
- ✓ **Niveau I** : moins de 25% des gestantes reçoivent des soins prénatals de mauvaise qualité.

## IV. RESULTATS :

### 1. ETUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE DE LA STRUCTURE :

**Tableau I :** Niveau de la qualité des structures du Centre Santé Communautaire de Koulikoro Ba.

Références	Niveau de qualité				score	Observations
	A	B	C	D		
1. norme architecturales	+				4	Respecte toutes les normes architecturales pour un CSCOM.
2. dispositif d'accueil et orientation				+	1	Il se limite au seul achat de ticket.
3. structure, équipement, unité de consultation prénatale.		+			3	Matériel technique incomplet, pas de thermomètre, pas de gestogramme.
4. Equipement en salle d'attente.	+				4	Conditions d'attentes favorables.
5. unité annexe consultation	+				4	Matériel complet dans la salle de consultation du médecin, et salle de garde.
6 .fonctionnalité du laboratoire				+	1	Pas de laboratoire fonctionnel.
7. pharmacie			+		2	Pas de système de protection contre la poussière.
8. Etat de toilettes				+	1	Sales, mal entretenus
9. système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets	+				4	Réseau public approvisionne en eau. Existence d'un incinérateur,
10. système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public assure l'éclairage Téléphone pour la communication
	Score total				28	

**N.B :** A= 4, B=3, C=2, D=0 ou 1.

+ désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (SC.Max)=40

Niveau de la qualité :

Niveau 4 : 95-100%SC.MAX soit 38 à 40.

Niveau 3 : 75-94%SC.MAX soit 30 à 37,99.

Niveau 2 : 50-74%SC.MAX soit 20 à 29,99.

Niveau 1 : moins de 50%SC.MAX soit moins de 20.

Le score total obtenu est de 28 **(70,0%)**.

La structure est de niveau II c'est à dire que les références évaluées sont satisfaisantes à 70,0%.

## 2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES GESTANTES.

**Tableau II:** Répartition des gestantes selon les tranches d'âges.

<b>Tranches d'âges</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
Inférieur ou égale 18 ans	34	17
<b>19- 35 ans</b>	<b>150</b>	<b>75</b>
Supérieur à 35ans	16	8
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de 19-35 ans était la plus représentée avec un taux de 75%, avec une age moyenne de 26 ans.

**Tableau III :** Répartition des gestantes selon leur profession.

<b>Professions</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
<b>Ménagères</b>	<b>109</b>	<b>54,5</b>
Vendeuses/Commerçantes	53	26,5
Etudiantes	2	1
Aides ménagères	4	2
Elèves	16	8
Teinturières	3	1,5
Fonctionnaires	13	6,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les ménagères ont été les plus représentées avec 109 cas sur 200 soit 54,5%.

**Tableau IV** : Répartition des gestantes selon leur niveau de scolarisation.

<b>Niveau de scolarisation</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
<b>non scolarisées</b>	<b>143</b>	<b>71,5</b>
Ecole coranique	6	3,0
Niveau primaire	39	19,5
Niveau secondaire	10	5,0
Niveau supérieur	2	1,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les gestantes non scolarisées en français étaient les plus représentées soit un taux de 71,5%.

**Tableau V**: Répartition des gestantes selon leur statut matrimonial.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
<b>Mariées</b>	<b>184</b>	<b>92,0</b>
Célibataires	16	8,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La quasi-totalité (92,0%) des gestantes étaient mariées.

**Tableau VI** : Répartition des gestantes selon la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
Primigeste	43	21,5
<b>Paucigeste</b>	<b>96</b>	<b>48</b>
Multigeste	51	25,5
Grande multi geste	10	5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Prés de la moitié (47%) des gestantes étaient des paucigestes.

**Tableau VII** : Répartition des gestantes selon la parité.

<b>Parité</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
Nullipare	16	8,0
Primipare	37	18,5
<b>Pauci pare</b>	<b>89</b>	<b>44,5</b>
Multipare	44	22,0
Grande multipare	14	7,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les paucipares étaient les plus représentées avec 44,5%.

**Tableau VIII :** Répartition des gestantes selon le moyen de transport utilisé pour accéder au CSCOM.

<b>Moyens de transport utilisés</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
<b>À Pied</b>	<b>107</b>	<b>53,5</b>
Par véhicule collectif (SOTRAMA, Bus)	64	32,0
En moto	21	10,5
Autres	8	4,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les gestantes à 79,0% venaient à pied pour leur CPN.

**Tableau IX:** Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux

<b>Autres antécédents obstétricaux</b>	<b>Fréquence (n=200)</b>	<b>Pourcentage</b>
Fausse couche	16	8,0
<b>Césarienne</b>	<b>23</b>	<b>11,5</b>
Mort-né	8	4,0
Décès	9	4,5
Forceps	0	0

La césarienne était la plus représentée avec 11,5%, suivie des fausses couches avec 8,0%.

### 3. ETUDE DESCRIPTIVE PROCEDURES DES CPN :

**Tableau IX** : Répartition des prestataires selon leur qualification.

Qualification	Fréquences	Pourcentages %
Infirmières obstétriciennes	0	0
Sage femmes	33	16,5
<b>Matrônes</b>	<b>157</b>	<b>78,5</b>
Aides soignantes	10	5,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des CPN (78,5%) ont été réalisées par les matrônes.

- Aucune CPN n'a été faite par le médecin.

**Tableau X** : Répartition des prestataires selon leur statut professionnel.

Statuts professionnels des prestataires	Fréquences	Pourcentages %
Stagiaires	7	3,5
Contractuels	160	80
Fonctionnaires	33	16,5
Total	200	100

Les contractuels sont les plus représentés au cours de notre étude avec 160 prestations soit 80%.

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

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
1 CPN	81	40,5
<b>2-3 CPN</b>	<b>103</b>	<b>51,5</b>
4 CPN et plus	16	8,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les gestantes étaient à leur 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> CPN dans plus de 51,5%, contre 8,0% seulement qui étaient à leur 4<sup>e</sup>. CPN

**Tableau XII**: Répartition des gestantes selon la durée des CPN (en minute).

<b>Durée de la CPN</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
Moins de 5 mn	18	9,0
<b>5-10 mn</b>	<b>161</b>	<b>80,5</b>
Plus de 10 mn	21	10,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La durée de la CPN était comprise entre 5-10 mn dans 80,5% des cas.

**NB** : cette durée concerne seulement l'examen physique.



**Tableau XIII:** Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse Actuelle

<b>Histoire de la grossesse</b>	<b>Fréquence (N=200)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Détermination de l'âge de la grossesse</b>	<b>106</b>	<b>53,0</b>
Détermination de la date probable d'accouchement	43	21,5
Détermination de la date des dernières règles	27	13,5

Plus de la moitié des femmes connaissaient leurs DPA et leurs DAG.

**Tableau XIV :** Répartition des gestantes selon les conditions d'accueil.

<b>Conditions d'accueil</b>	<b>Fréquences (N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
Invité à s'asseoir	200	100
Salutations conformes aux convenances sociales	200	100
Manifestation d'intérêt pour la gestante	188	94
Salutation d'usage au départ	200	100
Bonne attitude envers les gestantes	200	100

L'accueil était de niveau élevé (niveau IV).

**Tableau XV** : Répartition des gestantes selon les éléments de l'examen physique.

<b>L'examen physique</b>	<b>Effectifs absolus</b>	
	<b>(N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
Pesée effectuée	200	100
Mesure taille effectuée	5	1
Tension artérielle prise	200	100
La recherche de boiterie	200	100
Aide à montrer sur la table	0	0
Examen des conjonctives	200	100
Auscultation cardiaque		
Auscultation pulmonaire	200	100
Palpation de l'abdomen	200	100
Mesure de la hauteur utérine	200	100
Auscultation de BDCF* (n=121)	200	100
Mouvements actifs du fœtus recherchés	150	75
Pose de spéculum	200	100
Recherche de métrorragies	58	29
Toucher vaginal	200	100
Recherche d'œdème	200	100
<b>Examen du bassin</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
l'éclairage était suffisant	200	100

**\* Cette question prenait en compte seulement les gestantes des 2 derniers trimestres selon l'âge théorique de la grossesse.**

**Tableau XVI:** Répartition des gestantes selon les examens complémentaires demandés.

<b>Examens complémentaires</b>	<b>Effectifs absolus (N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
Albumine dans les urines	195	97,5
Sucre dans les urines	189	94,5
dépistage du VIH	146	73,0
Échographie	78	39,0
BW	108	54,0
Groupage/Rhésus	200	100
Taux d'hémoglobine NFS	101	50,5
Test d'Emmele	68	34,0
Sérologie Toxoplasmosse	77	38,5

Le groupage/Rhésus a été demandé chez toutes les patientes.

**Tableau XVII :** Répartition des gestantes selon la prescription des traitements préventifs.

<b>Prescription des traitements préventifs</b>	<b>Effectifs absolus (N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
<b>Fer/Acide Folique</b>	<b>193</b>	<b>96,5</b>
SP	66	33,0

La prescription de fer et l'acide folique étaient de 96,5% des cas

**Tableau XVIII** : Répartition des gestantes selon les conseils donnés.

<b>Conseils donnés</b>	<b>Effectifs absolus (N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
<b>MST/Sida</b>	<b>196</b>	<b>98,0</b>
Sur le repos	24	12,0
Pas de conseils donnés	58	29,0
Planning familial	104	52,0

Le Conseil sur MST/Sida était le plus donné aux gestantes soit 98,0% des cas et le planning familial à 52%.

**Tableau XIX** : Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liés à l'hygiène lors de la consultation.

<b>Gestes liés à l'hygiène de la CPN</b>	<b>Effectifs absolus (N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
le praticien a porté des gants ou un doigtier	200	100
Le matériel a-t-il été changé à la fin de l'examen physique (gants, doigtier, spéculum)	200	100
Tissu posé sur table	0	0
Tissu a été fourni par le centre		
Le praticien s'est lavé les mains avant l'examen et après	200	100

L'hygiène était de niveau IV donc tres bon chez les prestataires.

**Tableau XX** : Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité.

<b>Respect de l'intimité</b>	<b>Fréquences (N=200)</b>	<b>pourcentages %</b>
Absence de tierce personne pendant l'examen physique	189	94,5
Aucune entrée et sortie non justifiée du personnel au cours de l'examen physique.	168	84,0
l'examen était à l'abri des regards	200	100

Le respect de l'intimité était de niveau assez élevé (niveau III).

**Tableau XXI** : Répartition des gestantes selon le recueil des paramètres de continuités des soins

<b>Paramètres de continuités des soins</b>	<b>Effectifs absolus (N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
Date de la prochaine consultation a été précisé.	200	100
L'évolution de la grossesse a été expliquée	146	73,0
Signes d'alerte ont été expliqués	166	83,0

La date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliquées aux gestantes.

**Tableau XXII** : Répartition des gestantes selon la conclusion des prestataires.

<b>Conclusion des prestataires</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentage %</b>
Aucune conclusion	2	1,0
<b>Gestantes non classées à risque</b>	<b>148</b>	<b>74,0</b>
Groupe à risque	50	25,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

-Les gestantes ont été classées dans un groupe à risque dans 25,0% des cas.

- Au terme de la conclusion, aucune référence n'a été indiquée chez les patientes.

**Tableau XXIII** : Répartition des gestantes selon les facteurs de risque retrouvés.

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Fréquences (N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
Antécédent de mort né	31	15,5
Antécédent de fausse couche	20	10,0
Grande multipare	18	9,0
HTA	4	2,0
Age<16	2	2,0
Drépanocytose	0	0
VIH/SIDA	1	0,5

L'antécédent de mort-né (15,5%) était le facteur de risque le plus retrouvé.

**Tableau XXIV** : Répartition des gestantes selon les critères évoqués pour le choix de ce CSCOM.

<b>Critères de choix du centre</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages %</b>
CSCOM proche du domicile	124	62,0
Personnel compétent	47	23,5
Connaissance d'un personnel dans l'établissement	31	15,5
Personnel Accueillant	4	2,0
Tarifs peu élevés	2	1,0
Sur Conseil d'une connaissance externe	1	0,5
Attente pas trop longue	1	0,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des gestantes (62,0%) ont choisi de faire leur CPN dans ce CSCOM parce que celui ci est proche de leur domicile.

**Tableau XXV** : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et les toilettes.

<b>Etat des locaux et toilettes</b>	<b>Fréquences (N=200)</b>	<b>pourcentages %</b>
<u>Etat des locaux :</u>	187	93,5
-vieux et propres	0	
-Nouveaux et propres		
-Vieux et sales	0	
- Nouveaux et sales	0	
<u>Etat des toilettes</u>	0	
-Propres	138	68,0
-Sales		
-Ne sait pas	62	31

**Tableau XXVI** : Analyse discriminatoire de la qualité de l'interaction gestantes-prestataires.

<b>Interaction gestantes- prestataires.</b>	<b>Effectifs absolus (N=200)</b>	<b>Pourcentages %</b>
Ordre de passage respecté	191	95,5
Attente confortable	200	100
Réception agréable	182	91,0
Satisfaction des gestantes	181	90,5
Confidentialité respectée	200	100

L'observation de ce tableau montre que la qualité de l'interaction gestantes-prestataires était satisfaisante.



**Tableau XXVII:** Répartition des gestantes selon le type de conseils reçu sur les conditions de l'accouchement.

<b>Type de conseils reçus sur les conditions de l'accouchement</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Pourcentages %</b>
« Non, on ne m'a rien dit de particulier »	200	100,0
« On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé »	0	0,0
« Césarienne prophylactique »	0	0,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Toutes les gestantes ont affirmé que rien ne leur a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement donc de mauvaise qualité.

## **V COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

Notre étude a été rétrospective sur les données de la structure du centre, et prospective sur l'observation des CPN et l'opinion des gestantes, s'est déroulée dans le CSCOM de Koulikoro Ba, un quartier en commune urbaine de Méguetan dans le cercle de Koulikoro, du 1<sup>er</sup> Septembre 2008 au 1<sup>er</sup> Décembre 2008 sur la qualité des consultations prénatales.

L'enquête a porté sur 200 gestantes ayant fréquenté le service de CPN pendant cette période.

Elle nous a permis :

- d'apprécier le niveau de qualité de la structure.
- de situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale.
- de recueillir l'opinion des gestantes sur la qualité des gestes liés à la consultation prénatale.

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé au choix des variables discriminatoires. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remettrait en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins prénatals dans la catégorie de domaine de qualité définie.

Ce qui nous a permis de situer le CSCOM de Koulikoro Ba par niveau de qualité. Au début de notre enquête dans ce CSCOM, les prestataires de CPN s'efforçaient d'être dans les normes mais au fil du temps ils sont revenus à leur pratique habituelle. Cependant, nous n'avons pas eu de problème particulier avec les gestantes par rapport au recueil de leur opinion.

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

## **QUALITE DES STRUCTURES :**

Nous avons hiérarchisé les niveaux de qualité qui sont aux nombres de 4 : **A, B, C, D.**

Cette hiérarchisation a été faite selon les références dans lesquelles un score a été attribué (**Tableau I**). Une observation a été faite sur chaque référence.

Ainsi, pour la norme architecturale la structure du CSCOM de Koulikoro Ba se présente comme suite :

La clôture était en bon état, la construction est faite en ciment. Il n'y avait pas de bonne protection contre la poussière au niveau de la pharmacie (pas de vitre). Par contre il n'existait pas de laboratoire fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants de la CPN. L'équipement de la salle d'attente était suffisant. L'unité de CPN était aussi bien équipé mais ne contenant pas certains matériaux comme le gestogramme et le thermomètre. Les locaux de la CPN étaient propres mais les toilettes étaient mal propres. Le système d'éclairage, la communication avec d'autres structures et l'approvisionnement en eaux potables étaient assurés par les réseaux publics (l'énergie du Mali, et la SOTELMA), et un puits à grand diamètre.

A l'analyse de la qualité de notre structure, le CSCOM de Koulikoro Ba a été classé niveau **II** car le score était de 28 sur 40 soit **70,0%**.

Ce résultat est égal à ceux de BERTHE A.<sup>(2)</sup>, de FOMBA S. <sup>(15)</sup>, de TRAORE MK. <sup>(36)</sup>, Et de KAMISSOKO M. <sup>(21)</sup> où toutes ces structures ont été classées de niveau **II**, mais inférieur à celui de CAMARA D qui a été classé niveau **III**.

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

Dans notre étude la tranche d'âge de 19-29ans était la plus représentée avec 43,5% suivie de 29-38 ans avec 31,5% et seulement 17% pour celle inférieure a 18ans. Car a cet âge le bassin de la jeune fille n'est pas encore mature, la grossesse constitue un risque majeur car il peut survenir des dystocies mécaniques au cours du travail d'accouchement voire une rupture utérine. Le pronostic de l'accouchement par voie basse n'est pas toujours favorable.

Les femmes mariées ont représenté 92,0% de notre échantillon, dont plus de 54,5% sont des ménagères. Ces résultats sont comparables à ceux de FOMBA S<sup>(15)</sup>, KONATE S<sup>(20)</sup>, où les ménagères représentaient respectivement 84,5%, 80,5%. Notre taux élevé de femmes mariées serait dû au fait que dans notre pays, pour des raisons religieuses et de tradition le mariage a été toujours une des priorités pour les parents que la scolarisation des filles. C'est ainsi que 71,0% de celles-ci étaient non scolarisées, ce taux est proche de ceux de GOITA N<sup>(18)</sup>: 67,5%, et de KAMISSOKO M <sup>(21)</sup>.

Une enquête mondiale sur la fécondité a permis de constater que celle-ci est inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes, celles qui n'ont pas été scolarisées ont en moyenne deux fois plus d'enfants que celles qui ont atteint la 7<sup>e</sup> année ou plus de scolarité <sup>(24)</sup>.

La connaissance des antécédents obstétricaux est primordiale dans la prise en charge des gestantes, car elle détermine la conduite à tenir pour une issue favorable de la grossesse.

Les antécédents obstétricaux ont été recherchés chez toutes nos gestantes.

Dans notre série, 8,0% des gestantes avaient fait au moins une fausse couche et 11,5% de celles-ci ont subi une césarienne. Ce résultat est inférieur à celui de CAMARA D <sup>(6)</sup> avec 11,5 % et 7,0%.

La grande majorité des gestantes (53,5%) venaient à pied pour leur CPN. Il en a été de même pour CAMARA D <sup>(6)</sup> : 79,0%, KAMISSOKO M. <sup>(21)</sup> :69% et inférieur a celui de KASSAMBARA Y <sup>(13)</sup> qui a trouvé 29% et 61% des gestantes qui prennent les véhicules à 4 roues.

Ce résultat s'expliquerait par le fait que les gestantes provenaient de l'aire de santé du CSCOM.

### **Etude descriptive des procédures des CPN :**

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans la plus grande majorité des cas (78,5%) par les matrones, contre 16,5% par des sages-femmes. Cela pourrait s'expliquer par l'effectif élevé des matrones contre une seule sage femme. Ces résultats sont contraires à ceux de CAMARA D (6) qui a trouvé 88,5% par les infirmières obstétriciennes et seulement 10% par les matrones et 5% par les aides soignantes. Aucune CPN n'a été faite par un médecin. Ce constat est différent de ceux de KONATE S. (20) et de TRAORE MK. (36) Où toutes les CPN ont été réalisées par des sages-femmes.

Ce taux relativement élevé du personnel non qualifié (les matrones, les aides soignantes) dans la prise en charge des gestantes serait dû à leur organisation de la séance de CPN, car elle est organisée de sorte que chaque personnel y compris le personnel non qualifié assure son jour de CPN.

Selon les normes de l'OMS, la première CPN doit être effectuée par un médecin (gynécologue-obstétricien) confirmer le diagnostic de la grossesse et prendre en charge celle qui comporte de risque (25).

Les CPN ont duré moins de 5 minutes dans 9,0% des cas (duré de l'examen physique). Ce résultat est meilleur à ceux de GOITA N(18): 56,5%, FOMBA S(15) 60%. Le praticien doit prendre suffisamment de temps pour l'examen physique des gestantes sinon il ne pourra pas respecter toutes les étapes de cet examen.

La DDR (date des dernières règles) n'était connue que dans 13,5% inférieur à ceux de CAMARA D(6) avec 16,5% des cas et supérieur à ceux de GOITA N(18): 11%, KONATE S(20) : 0,5% et de FOMBA S(15): 7,9%. Ce faible taux serait dû à la non scolarisation de la plupart des gestantes.

La connaissance de la DDR permet de déterminer avec plus de précision l'âge de la grossesse et un meilleur suivi de son évolution : dépistage des cas de retard de croissance intra-utérine ; d'éviter les erreurs du terme ; de dépister les cas de dépassement de terme.

La DPA était connue seulement chez 21,5%, notre taux est supérieur à ceux de CAMARA D(6) avec 10,5%, GOITA N(18): 3%, et de FOMBA S(15): 1,8% des

cas, mais différent de celui de KAMISSOKO M. (21) où aucune gestante ne connaissait sa DPA.

Seulement celles qui ont fait une échographie connaissaient leur DPA, car les praticiens ne disposaient pas de gestogramme pour effectuer ce calcul à partir de la DDR.

L'accueil était de bonne qualité (niveau IV). Ce même constat a été fait par GOITA N(18), et BERTHE A(2). Ce résultat est différent de celui de KAMISSOKO M(21), qui a trouvé cette qualité faible.

Concernant l'examen physique, nous avons constaté que les gestes tels que la recherche de boiterie, et l'auscultation cardio-pulmonaire n'étaient pas exécutés. Le même constat a été fait par KONATE S(20), FOMBA S(15), KAMISSOKO M(21), et KASSAMBARA Y(18).

Le spéculum n'a été utilisé que dans 24,0% des cas, ce taux est inférieur à celui de BERTHE A(2) :37%, de KONATE S(20) : 34,5% et de TRAORE MK(36) : 80,0%, mais supérieur à celui de KAMISSOKO M(21) : 2,0%, et différent de FOMBA S(15) où aucune gestante n'a été examinée avec le spéculum. Ce faible taux d'utilisation de spéculum serait dû à leur nombre insuffisant dans le CSCOM.

Les autres éléments de l'examen physique tels que la mesure de la taille, les pesées, la prise de la TA, la recherche d'œdème, l'examen des conjonctives, la mesure de la hauteur utérine, la palpation abdominale, l'auscultation des BDCF étaient effectués chez la plupart des gestantes.

Ces résultats sont similaires de ceux de BERTHE A(2), de KONATE S(20), de FOMBA S(15), et de GOITA N(18).

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est capital; car il permet d'établir le pronostic de l'accouchement.

L'examen du bassin est un élément précieux de cet examen.

Nous avons constaté que le bassin n'a jamais été apprécié durant toute notre étude. Il en a été de même pour CAMARA D(6), BERTHE A. (2), KONATE S(20), TRAORE MK(36), KAMISSOKO M(21).

L'absence d'examen du bassin est en rapport avec la qualification des prestataires d'où la nécessité de formation de ces derniers.

A l'analyse de cet examen physique le CSCOM serait de niveau faible (niveau I) et cela s'expliquerait par la non participation active de personnel compétent (médecins, sages femmes).

Selon les normes et procédures de la CPN au Mali<sup>(13)</sup>, les examens complémentaires doivent être demandés dès la 1<sup>ère</sup> consultation, ils sont souvent indispensables pour détecter certaines pathologies associées à la grossesse.

Par rapport aux examens complémentaires la demande du taux d'Albumine dans l'urine et la glycémie étaient le plus représentées avec respectivement 97,5% et 94,5% suivi du dépistage du VIH avec 73,0% après conséling. Ce constat est différent de celui de CAMARA D<sup>(6)</sup> dont la demande était plus représentée par le dépistage du VIH /SIDA en vue du programme de la PTME (transmission mère enfant du VIH), la recherche d'albumine et de sucre dans les urines avec respectivement 62,5% ; 99% ; 99%. Par contre certains examens complémentaires obligatoires tels que le BW, et le taux d'hémoglobine étaient rarement demandés avec respectivement 54,0%, 50,0%. Ces résultats sont différents de ceux de BERTHE A<sup>(2)</sup>, et de GOITA N<sup>(18)</sup> où tous ces examens complémentaires étaient systématiquement demandés.

L'échographie était moins demandée à cause de son absence dans le CSCOM et même au niveau du CS Réf de Koulikoro.

La quasi totalité des gestantes ont bénéficié de la prescription de fer et de l'acide folique (96,5%). Il en a été de même pour CAMARA D<sup>(6)</sup> et BERTHE A. <sup>(2)</sup> où toutes les gestantes ont reçu cette prescription.

Ce taux de prescription est meilleur à ceux de KOITA M. <sup>(22)</sup> : 20,2% et de KONATE M. <sup>(20)</sup> : 22%. Ce résultat témoigne la prescription systématique de fer et l'acide folique chez les gestantes.

Par rapport à la chimio prophylaxie contre le paludisme, la SP (sulfadoxine Pyriméthamine) a été prescrite chez 68,0% des gestantes. Ce résultat est inférieur à celui de CAMARA D<sup>(6)</sup> et de GOITA N<sup>(18)</sup> qui ont trouvé respectivement 30,0% et 28,5%. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait

que les contre indications de la SP était bien respectées (premier trimestre et neuvième mois de la grossesse).

L'administration du vaccin contre le tétanos a été effectuée chez presque toutes les gestantes même constat fait par CAMARA D<sup>(6)</sup> et BERTHE<sup>(2)</sup>.

En ce qui concerne la demande des examens complémentaires ce CSCOM est classé de niveau moyen (niveau **II**), et par rapport au traitement préventif il est classé de niveau élevé (niveau **IV**).

Au cours de cette étude, nous avons constaté que les praticiens ne se lavaient pas les mains d'un examen à un autre. Il n'y avait pas du tissu étalé sur la table d'examen pour l'examen physique des gestantes. Les doigtiers étaient utilisés pour les touchers vaginaux (chaque gestante un doigtier), contrairement à celui de CAMARA D<sup>(6)</sup> au cours de son étude où toutes les gestantes achetaient leur doigtier.

Le respect de l'intimité était de niveau assez élevé donc de « niveau **III** ». Il en a été de même pour CAMARA D<sup>(6)</sup>, KONATE S<sup>(20)</sup>, KAMISSOKO M<sup>(21)</sup>, BERTHE A<sup>(2)</sup> et de GOITA N. <sup>(18)</sup> où l'intimité était préservée chez toutes les gestantes.

Au cours de cette étude, la date de la prochaine consultation et l'évolution de la grossesse étaient expliquées à toutes les gestantes. Ce résultat est proche de celui de GOITA N<sup>(18)</sup> et de CAMARA D<sup>(6)</sup>.

Au terme de la conclusion, aucune référence n'a été indiquée chez les gestantes vers un médecin ni vers un autre établissement sanitaire. Ce même constat a été fait par CAMARA D<sup>(6)</sup> et KAMISSOKO M<sup>(21)</sup>.

La proximité du domicile familial a été le critère de choix du CSCOM pour plus de la moitié des gestantes soit 62,0%. Ce critère était aussi le plus évoqué chez KAMISSOKO M<sup>(21)</sup>: 88,0 % et TRAORE MK<sup>(36)</sup>: 59%.

Ce résultat est encourageant car les CSCOM sont créés dans le but d'approcher le plus possible les soins des populations.

L'interaction gestantes prestataires était de bonne qualité donc de « niveau élevé **IV** ». Cela s'expliquerait par le respect de l'ordre de passage au cours de la CPN (95,5%), l'attente confortable selon 100% des gestantes, la réception était agréable selon 91,0% des gestantes, et 90,5% de celles-ci ont



été satisfaites de leur CPN. La confidentialité était respectée dans 100% des cas.

La moitié des gestantes (50,0%) ont affirmé que les locaux de la CPN étaient vieux mais propres, pendant que 71,5% de celles-ci ont affirmé que les toilettes étaient sales. Ce résultat pourrait nous faire croire que l'hygiène du centre n'intéresse pas assez les responsables. Cette remarque est faite aussi par FOMBA S<sub>(15)</sub> et de CAMARA D<sub>(6)</sub>.

Malgré l'existence de grossesse à risque, toutes les gestantes ont affirmé que rien ne leur a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement. Cette remarque est faite aussi par FOMBA S<sub>(15)</sub> et KAMISSOKO M<sub>(21)</sub>.

## VI Conclusion :

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le CSCOM de Koulikoro Ba est de **niveau II** c'est à dire que les références évaluées sont insuffisantes et limitées par quelques problèmes qui sont entre autres, l'absence de plaque d'orientation, l'accueil dans la structure sanitaire se limite au seul achat de ticket (pas de structure d'accueil proprement dit). Les matériaux techniques étaient incomplets (pas de gestogramme, pas de thermomètre) dans la salle de CPN.

L'état des toilettes était défectueux et très mal entretenu.

En tenant compte de l'opinion des gestantes et de notre observation réelle, le respect physique et psychique (l'accueil) étaient de niveau élevé (IV).

Le respect de l'intimité et la confidentialité étaient de niveau assez élevé (III).

Les CPN étaient pratiquées en majorité par les matrones.

L'interrogatoire sur les antécédents médicaux et obstétricaux a découvert certains facteurs de risque qui n'ont pas été suffisamment pris en compte.

L'examen physique, le centre a été classé de faible niveau (niveau I) car certains gestes techniques n'ont pas été pratiqués par les prestataires.

Par rapport au suivi des soins, il était de bonne qualité car les gestantes ont reçu suffisamment d'explications sur le déroulement de leur grossesse.

L'hygiène de la consultation était de faible (niveau I).

Les conseils donnés aux gestantes se limitaient seulement aux MST/Sida et à l'écoulement vaginal.

Les examens complémentaires se limitaient essentiellement à l'Albumine /Sucre dans les urines.

La supplémentation en fer acide folique et la vaccination antitétanique étaient suffisamment prescrites, donc de niveau élevé (niveau IV).

La chimio prophylaxie à la SP (sulfadoxine Pyriméthamine) était prescrite à toute les gestantes qui venaient en dehors du premier trimestre ou neuvième mois de la grossesse.

## **VII Recommandations :**

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont faites et s'adressent :

### **1. Aux personnels de santé :**

- Renforcer l'interaction patiente soignant par l'IEC sur le planning familial, sur les facteurs de risques, et les avantages de se rendre dans un service de santé dès le premier trimestre de la grossesse.
- Assurer une collaboration étroite entre les sages-femmes et le médecin en associant ce dernier aux prises de décisions.
- Renforcer davantage l'implication du personnel qualifié aussi bien dans les CPN.
- Améliorer la qualité des CPN en vue de référer les grossesses à risque.
- Améliorer l'hygiène au cours de la CPN, le lavage hygiénique des mains après chaque examen.

### **2. Aux Autorités sanitaires :**

- Equiper les centres de santé et plus particulièrement l'unité de CPN en matériel adéquats et suffisants : les spéculums, les gestogrammes, les tensiomètres, les thermomètres.
- Affectation du personnel qualifié vers les CSCOM.

### **3. Aux autorités politiques et Administratives :**

- Construire des centres de santé respectant les normes architecturales.
- Instaurer un système de prise en charge des démunies.
- Encourager la scolarisation des filles.

### **4. Aux consultantes :**

- Se rendre le plus tôt possible au centre de santé en cas de retard des règles.
- Suivre régulièrement les CPN, en respectant les rendez vous.
- Appliquer les conseils donnés par les prestataires.

## **VIII Références**

### **1. ANONYME :**

Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du mali ; 2005.

### **2. Berthe A :**

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Korofina Salemboougou dans la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine 2004 n20 81p.

### **5. CAMARA D :**

Evaluation de la qualité de la CPN dans le centre de santé communautaire de Bacodjicoroni en commune V. Thèse de médecine 2008 n 89 92p.

### **6. CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE :**

Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio sanitaire de Bamako (Koulouba) 1995-2000.

### **7. CLEONE R :**

Soins prénatals, santé maternelle, étude d'efficacité. Programme de santé maternelle et maternité sans risque. Division de santé de la famille.

### **8. DIVISION SANTE FAMILLE :**

Programme de santé familiale, plan quinquennal 1988-1992, Mali Décembre.

### **9.DONABEDIAN A :**

Exploration in assessment and monitoring, vol I.

The definition of quality and approaches to it's

Assessment, health administration press an arbor, Michigan, 1980.

### **10. DNSI-CPS/MSSPA:**

Enquête démographique et de santé III. Mali janvier à Mai 2001.

### **11. DIVISION SANTE ET COMMUNAUTAIRE/MINISTERE DE LA SANTE :**

Procédure des services de santé de la reproduction (Mali) Bamako, mars 2000-230p

### **12. DECLARATION COMMUNE OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIAL :**

Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996,43p

**13. FOMBA S. :**

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Maganbougou en commune VI du district de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Thèse de méd. BKO 2003. M64. p103

**14.FENERSTEINE MT :**

Furning the Tide Safe Mother Lood

A districtation manual London Mc Millan 1993.

**15.GOITA N.**

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologique obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse méd. 2006. M210 p102.

**16. Haute Autorité de santé (HAS) :**

Comment mieux informer les femmes enceintes ?

Recommandation pour les professionnels de santé. Avril 2005.

**17. KAMISSOKO M.**

Qualité de la surveillance prénatale dans le service de sante de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse méd. 2002. M33 p56.

**18. KONATE S :**

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalambacoro, zone périurbaine de bamako. Thèse de méd. : Bamako, 2004, p59. M87

**18. KOITA M**

Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaire publique communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Thèse méd 2001. M 41. p129

**19. MONOGRAPHIE DU DISTRICT DE BAMAKO NOVEMBRE 1994**

Gouvernorat du district de Bamako cellule technique.

**20. MORTALITE MATERNELLE EN AFRIQUE DE L4OUEST :**

Résultat d'une enquête en Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott (1997)

OMS bureau Afrique division santé de la famille.

**21. OMS :**

Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaire, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989

**22. OMS (chronique) :**

Mortalité maternelle soustraire des femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-2002 (Genève 1986)

**22. Renforcer les soins obstétricaux pour une maternité sans risque :**

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

**23. MERGER.R, LEVY.J MELCHIOR.J :**

Précis obstétrique. 6<sup>ème</sup> éd, Paris. Masson.1995. Etude clinique de la grossesse normale : 71 à 134.

**24. SOURCE D'information DNSI :**

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

**25. TRAORE MK :**

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi. Thèse méd. bko 2001. M.49. 121p.