

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2018 – 2019

Thèse N° : ____

THESE	Evaluation de la qualité des CPN entre octobre 2017 et mars 2018 à la maternité de l'hôpital de Gao
--------------	--

Présentée et soutenue publiquement le 16 /03 / 2020 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie Par **Madame Kancou CISSOKO**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine, Diplôme d'Etat

JURY

Président : Pr Moustapha TOURE

Membre : Dr youssouf KEITA

Co-directeur : Dr Kalifa TRAORE

Directeur : Pr Hamadoun SANGHO

Acronymes et Abréviations

ADASCO :	Association de santé communautaire de Daoudabougou
AN –RM	Assemblée Nationale du Mali
ASACOBA :	Association Santé Communautaire de Banconi
ASACOBAKON :	Association de santé communautaire de Badialan, Kodabougou, Niomiyirambougou
ASACOBOUL :	Association Santé Communautaire de Boukassoumbougou
ATCD :	Antécédent
BIP :	Bipariétale
BW :	Bordet Wassermann;
CMLN :	Comité Militaire pour la Libération Nationale
CPN :	Consultation Prénatale
CPON :	Consultation post natale
CSCOM :	Centre de Santé communautaire
CSRéf CI :	Centre de Santé de Référence de la Commune I
DDR :	Date des dernières règles
DPA :	Date présumée d'accouchement
EDSM :	Enquête Démographique Sanitaire du Mali
FM :	Frottis Mince
G :	Gestité
GE :	Goutte Epaisse;
HBS :	Anti Gènes du Virus de l'Hépatite B;
HTA :	Hypertension artérielle
HU :	Hauteur Utérine
ICPD :	Conférence internationale sur la population et le développement
IECS :	Information éducation communication en sante
MIPROMA :	Mutuelle Interprofessionnelle de Magnambougou
NFS :	Numération Formule Sanguine
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des nations unis
PF :	Planning familial

PMI :	Protection Maternelle et infantile
PTME:	Protection de la Transmission Mère enfant du VIH
SA :	Semaine d'aménorrhée
SIDA :	Syndrome Immuno- déficience acquis
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SP :	Sulfadoxine Pyrimethamine
Tx HB :	Taux d'Hémoglobine
UNICEF :	Fonds des nations unies pour l' Enfance
VIH :	Virus de l'Immuno déficience Humaine
VS :	Vitesse de Sédimentation

Sommaire

1.	1 .INTRODUCTION.....	19
2.	OBJECTIFS	22
2.1.	Objectif général	22
2.2.	Objectifs spécifiques	22
2.3.	Hypothèse de recherche.....	22
3.	GENERALITES.....	23
3.1.	Historique de la consultation prénatale	23
3.2.	La consultation prénatale.....	25
3.3.	La consultation prénatale recentrée [9]	27
3.4.	Les autres consultations.....	29
3.5.	Consultation Prénatale de suivi	31
4.	METHODES	32
4.1.	Cadre de l'étude.....	32
4.2.	Type d'étude.....	40
4.3.	Periode d'étude.....	40
4.4.	Population d'etude.....	40
4.5.	Echantillonnage	40
	Nous avons utilisé la technique de l'échantillonnage par commodité.....	40
4.5.1.	Critères d'inclusion	40
4.5.2.	Critères de non inclusion	40
4.5.3.	Technique de l'échantillonnage	40
4.6.	Déroulement de l'enquête et collecte des données	41

4.6.1.	Technique de collecte des données	41
4.6.2.	Les variables étudiées	41
4.7.	Plan d'analyse et de traitement des données	42
4.8.	Définitions opérationnelles	43
4.9.	Consideration Ethique :	46
5.	RESULTATS	47
5.1.	Caractéristiques sociodémographiques des gestantes qui vues en CPN et incluses dans notre étude	49
5.2.	Age	55
5.3.	Index de qualité des CPN en fonction du terme de la grossesse à la maternité de l'hôpital de Gao	55
6.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	64
6.1.	Caractéristiques socio démographiques :	64
6.2.	Etude des procédures	65
6.3.	Résultats de la CPN	66
6.4.	Contraintes et limites	67
7.	CONCLUSION	68
8.	RECOMMANDATIONS	68
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	69
	ANNEXES	72

Liste des tableaux

Tableau 1 Liste des variables étudiées.....	41
Tableau 2 Répartition des gestantes selon leur appartenance socio-culturelle	49
Tableau 3 Répartition des gestantes selon le statut matrimonial.....	52
Tableau 4 Répartition des gestantes selon la parité	52
Tableau 5 Répartition des cas de CPN selon la période de la grossesse à laquelle elles ont été pratiquées.....	55
Tableau 6 Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisées au cours de la grossesse actuelle	56
Tableau 7 La répartition des cas de CPN selon la qualification du soignant	57
Tableau 8 Index de la CPN chez les gestantes vues au cours des trois trimestres de la grossesse.....	62

Liste des figures

Figure 1 Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel en trimestre au moment de l'entretien	48
Figure 2 Répartition des gestantes vues en CPN selon le type et le niveau d'éducation	50
Figure 3 Répartition des gestantes vues en CPN selon la profession et catégorie socio-professionnelle	51
Figure 4 Répartition des gestantes selon le nombre d'enfants vivants en classes	53
Figure 5 Répartition des gestantes selon le nombre d'enfants vivants	53
Figure 6 Répartition des gestantes selon la présence ou non d'antécédents médicaux ...	54
Figure 7 <i>Index de la CPN chez les gestantes vues au premier trimestre de leurs grossesses</i>	58
Figure 8 <i>Index de la CPN chez les gestantes vues au deuxième trimestre de leur grossesse</i>	60

Figure 9 Index de la CPN chez les gestantes vues au troisième trimestre de leur grossesse..... 61

Dédicaces et remerciements

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A mon très cher père, Tiémoko Cissoko

Cher père, aucun mot ni aucune phrase ne saurait décrire ma reconnaissance envers toi d'avoir été un père dont tout enfant serait fier, pour la bonne éducation reçue de toi le meilleur fondement qu'un père puisse offrir à ses enfants. Permits-moi, néanmoins, de t'exprimer mon amour mon attachement et mon sentiment profond de respect. Je suis fière d'être ta fille et de pouvoir enfin réaliser, ce que tu as tant espéré et attendu de moi. Pas un seul jour, n'as cessé de déployer les efforts qu'il faut et parfois davantage afin de nous mettre à l'abri du besoin, nous encourager et nous aider à orienter vers le chemin de la réussite. Ta patience, ta bonne volonté, tes conseils précieux ainsi ta confiance en moi ont été déterminants dans tout ce que j'ai pu accomplir jusque-là. Tu m'as toujours souhaité le meilleure dans la vie, puisses reconnaître en ce travail le fruit de l'arbre que tu as entretenu avec tant de délicatesses.

Puisse Dieu te garder longtemps encore en bonne santé parmi nous. Amen !!

A ma tendre et douce mère Kadiatou Kéita

Affable, honorable, aimable, tu représentes pour moi la bonté personnifiée, la tendresse et un exemple de dévouement infaillible. Tu n'as cessé de m'encourager et de me soutenir et continues de la plus belle manière. Tes prières et ta bénédiction ont constitué l'essence qui a alimenté mes études et conduit aux succès que j'y ai connus jusqu'alors. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que je ressens pour toi, les sacrifices que tu as consentis pour que nous ne manquons de rien et que soyons des enfants épanouis. Tu es ma meilleure amie et ma confidente comme si être une mère dévouée ne suffisait pas pour que je sois, éclairée, heureuse et soutenue à tout point de vue. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour et de mon éternel reconnaissance. Quel que soit la valeur du sacrifice fait pour quelqu'un comment

pourrait-on témoigner de sa reconnaissance qu'en disant Merci ! Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder longue vie et bonheur dans la santé.

Remerciements

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu leurs vies en donnant la vie.

A toutes les femmes qui ont connu une expérience douloureuse en voulant donner la vie.

A toutes les femmes qui ont souffert le martyr lors de leur grossesse et/ou de leur accouchement.

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

A mes sœurs et frères : Assetou Kéita, Térena Cissoko, Rokia Cissoko, Mady Cissoko, Sékou Cissoko, Youssouf Cissoko et Mohamed Cissoko.

Merci pour la joie de vivre, le soutien et l'accompagnement au cours de ce travail et de manière quotidienne. Ce travail est aussi le vôtre !

Puisse l'Eternel nous unir chaque jour davantage.

A mes oncles et tantes : Sambou Cissoko, Namaké Cissoko, Feu Famoussa Cissoko , Sékou Cissoko, Djigui Cissoko, Feu Setigui Cissoko , Niarga Keita, Mamady Kaba Diakité , Samankoun Keita , Aliou Keita, Youssouf Keita, Modibo Keita, Moussa Keita, Feu Nia Cissoko, Doussouba Cissoko, Lamine Cissoko, Fanta Cissoko, Doussouba Keita, M'Bamakan Keita, Fatou Keita, Fantani Keita, Feu Goundo Keita, Lambia Keita, Ramata Keita, Oumou Keita, Bintou Touré sans oublier tous les autres dont les noms ne sont pas cités ici. Merci de vos soutiens moraux et psychologiques, je sais toujours compter sur vous, car le plus dur (la carrière professionnelle) reste à venir.

Un remerciement particulier à mon époux Younouss Djinguarey Touré

Je te dédie ce travail, qui n'aurait pas pu connaître un tel dénouement sans ton optimisme et ton accompagnement. Ton honnêteté et ta loyauté forge l'admiration. J'espère que tu te reconnaitras dans ce travail et sera fier de ce qu'en aura été le produit. Qu'Allah me donne la force et l'humilité de te rendre toujours heureux ; puisse-t-il réunisse bénir notre foyer de sa grâce, nous guider sur le chemin de la paix et de la concorde dans l'amour la prospérité.

A ma petite fille chérie, Koumba Younouss Touré

Tu m'as accompagnée tout au long de ce travail tel un témoin fidèle de mon engagement pour que chaque femme enceinte accède à des CPN de qualité pour elle et pour son futur bébé. Ta venue au monde au cours de ce travail m'a immensément comblée de bonheur et de joie. J'espère que ce travail contribuera à améliorer la qualité des CPN et donc la survie de la mère et de l'enfant au Mali et que quand tu seras grande tu le liras avec fierté et émotion. Que Dieu te protège et t'accorde longue vie dans la bonne santé. Je t'aime encore très fort ma chérie.

A ma belle famille

Je suis reconnaissante envers vous pour m'avoir aidée à mener à bien ce travail. Merci de m'avoir accueillie et acceptée. Puisse ce travail soit aussi une source de fierté pour vous. Que Dieu, le tout puissant vous préserve du mal et vous accorde longue vie dans la santé et le bonheur.

A ma belle-sœur Aminata Seribara

Ma chère Aminata plus qu'une belle-sœur tu es pour moi une amie, une sœur. Nous avons partagé beaucoup de moments de joie et de frustrations, mais ensemble nous les avons surmontées.

A toi aussi, je dédie ce travail

A tous mes amis,

Votre affection et soutien m'ont permis d'aller de l'avant. Puisse Dieu renforcer davantage nos liens amicaux. Tendre pensée et brillantes carrières à vous !

A ma meilleure amie Jacqueline Sogoba Dakouo

Je te remercie pour ton amitié chère à mon cœur, et je te souhaite le bonheur. Mes hommages à ton admirable famille, qu'elle trouve dans ces mots mes remerciements sincères et ma reconnaissance.

A la mémoire de mes grands-parents

Puisse Dieu le Tout Puissant vous accordez sa Clémence, sa Miséricorde et vous accueillir dans son paradis. Amen !

A mon pays, le Mali,

Que la paix et la prospérité règnent sur toute son étendu !

Au personnel de l'hôpital de Gao

Merci pour l'hospitalité, le soutien et l'encadrement. Prospérité et longue vie à vous dans votre noble tâche !

Nos sincères remerciements vont aux médecins et internes dont les noms suivent pour leur soutien constant, et leur accompagnement de qualité tout au long de ce travail. Il s'agit de : Dr Kalifa Traoré, Dr Adane Adiawiakoye, mon co-équipier Interne du service Mahamadou zaffar, mes cadets Externes, mes collègues Internes de l'hôpital de Gao, mes aînés (Dr Sadou Touré, Dr Aboubacar Attaher Touré, Dr Abdoul Jabbar Touré, Dr Ismaël Dicko), toutes les Sages-femmes, Infirmières obstétriciennes, matrones, Anesthésistes, Instrumentistes, Infirmiers, Aides-soignants, et des Gardiens de l'hôpital.

Hommages aux membres du Jury

Professeur Moustapha TOURE

- **Professeur de Gynécologie - Obstétrique,**
- **Ancien chef de service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital du Mali**
- **Chevalier de l'Ordre National**
- **Vice-président de l'Union professionnelle Internationale des Gynéco-Obstetrique (UPIGO)**

Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et du respect de la vie humaine. Au-delà du maître vous êtes un père par vos conseils qui n'ont jamais cessé de nous éclairer. Nous sommes fiers d'être votre élève. Que Dieu vous donne longue et heureuse vie. Qu'IL nous permette de vous rendre un hommage particulier pour tout ce que vous faites pour la promotion de la médecine au Mali et surtout pour votre combat contre la mortalité maternelle. Sincères considérations.

Docteur Youssouf KEITA

Consultant International Indépendant, Spécialiste en santé publique.

- **Conseiller Résident de *Institute for International Programs* de l'Université Johns Hopkins (IIP-JHU) entre 2014 et 2018 pour la Plateforme nationale d'évaluation (NEP) sur la Santé Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et la Nutrition (SMNI&N).**
- **Expert d'Agropolis International au sein de l'Unité d'appui internationale (Global Support Facility – GSF –) de jannvier à décembre 2019 sur le projet de Plateforme nationale d'information pour la nutrition (National Information Platform for Nutrition – NIPN –)**
- **Recemment (février 2020) consultant pour a Comandben International Limited au profit de IIP-JHU sur le projet DataDENT .**
- **Personne ressource au Master de Santé Publique de l'USTTB :**
- **Président de l'ONG ASKO**

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Vos qualités scientifiques, votre modestie, votre contact facile et votre disponibilité ont forcé notre admiration. Veuillez accepter cher Maître le témoignage de tout notre respect. Que Dieu réalise vos vœux !

A notre maitre et et co-directeur

Docteur Kalifa Traore

- **Spécialiste en Gynécologie Obstétrique;**
- **Chef de service gyneco-obstetrique de l'hôpital hangadoumbo moulaye Touré de Gao**
- **Président de la commission médicale de l'établissement (CME) de Gao**
- **Détenteur d'un diplôme de formation médicale spécialisé approfondi de l'université paris V**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont été un grand secours pour nous. Vous n'avez cessé de nous soutenir moralement et financièrement. Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre reconnaissance éternelle. Que Dieu vous accorde une très longue vie.

A notre maitre et directeur

Professeur Hamadou SANGHO

- **Professeur Titulaire de Santé Publique à la FMOS ;**
- **Ex-Directeur général du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;**
- **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher maître, nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus, qu'un honneur, vous côtoyer est un plaisir. Votre éloquence, votre grande culture scientifique font de vous un maître admiré de tous. Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social, élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin. Veuillez recevoir cher maître nos sincères remerciements

1. 1 .INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique chez la femme, elle s'étend de la fécondation à l'accouchement. C'est un phénomène avec une connotation différente selon les sociétés. Elle est vécue en Afrique comme un événement qui valorise la femme qui lui permet de s'affirmer, de garder ou de conforter sa place au sein de la famille en donnant naissance à un nouveau-né qui est accueilli avec joie et allégresse. Mais au cours de la grossesse ou de l'accouchement beaucoup de femmes perdent la vie ou sont victimes de complications comme l'anémie, les fistules vésico-vaginales, l'éclampsie, ou le prolapsus utérin [1]. Il est estimé que dans le monde chaque année 4 millions de nouveaux nés meurent avant d'avoir 1 mois et que 4 autres millions sont mort nés (ils meurent entre la 22^{ème} semaine d'aménorrhée et la naissance), 90% de ces décès ont lieu dans les pays en développement [4]. la mortalite maternelle est tres elevee ce qui est inacceptable .environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liees à la grossesse ou à l'accouchement plus de la moitié en afrique .

Selon l'Enquête Démographique et de Santé VI^{ème} édition (EDSM VI) 2018 [3], le taux de mortalité maternelle était estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infantile etait de 66 pour 1000 naissances ; ce qui reste élevée. La Consultation Périnatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenant au cours de la grossesse. Elle permet en outre de suggérer la voie d'accouchement. Dans les pays développés, 99% des femmes reçoivent des soins prénatals de qualité tandis que dans les pays en développement, cette proportion est de 1% [2].

La majorité des décès maternels et néonataux pourrait être évitée, si pendant la grossesse, les femmes observaient régulièrement les CPN et recevaient des soins prénatals appropriés, si leurs accouchements étaient assistés par un personnel médical formé et si après l'accouchement, elles bénéficiaient d'un suivi postnatal.

Pour être efficace, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et surtout ils doivent se poursuivre avec une régularité jusqu'à l'accouchement. L'OMS recommande jusqu'à 8 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse, les recommandations de l'OMS laissent aux pays une certaine latitude quant au choix des options concernant la mise en œuvre des soins prénatals, selon leurs besoins. La procédure en sante de reproduction du Mali recommande 4 visites et 8 contacts au cours de la grossesse [5].

Au Mali on estime que sept femmes sur dix (70%) se rendent en CPN dispensée par un personnel formé. Ces consultations sont effectuées principalement par les sages-femmes ou les infirmières obstétriciennes dans 36% des cas et par des matrones dans 33%. Dans une proportion beaucoup plus faible, elles sont fournies par des médecins (1%). En revanche dans un peu moins de 3 cas sur 10 (29%), les mères n'ont effectué aucune CPN [3]. Certaines études faites sur les connaissances attitudes et pratiques des gestantes et des personnels de santé montrent que des efforts sont à faire pour améliorer cette situation. En 2004 Mahamat Nour Azalo rapporte qu'aucune des soignantes ne connaissaient les indications de césarienne, de ventouse et de forceps. [26] En 2006 Bocoum .H rapporte que les gestantes manquaient d'explications sur, les signes d'alerte de l'accouchement et la conduite à tenir (12,5%), les raisons de prescription des examens complémentaires (17,5), la date probable de l'accouchement (16%). [7]

A Bougouni en 2008 Samaké A - K dit Z a observé des lacunes sur le plan des procédures comme l'intervalle des consultations qui était le plus fréquemment de deux mois au lieu d'un mois. [15]. En Décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population. Cette politique est caractérisée par le développement décentralisé des services de santé sur la base de la concentration de la population. Elle définit le cadre d'information en matière de santé de population au Mali. [9]. Les objectifs spécifiques de cette politique sont de :

- Étendre la couverture sanitaire ;

- Instituer un système de santé viable et performant ;
- Réduire la morbidité et la mortalité de la population ;
- Développer les services de planning familial.

La stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs met l'accent sur l'extension et le développement rationnel et judicieux des centres de santé. Au niveau de ces centres de santé, assurer une offre intégrée des activités socio sanitaires (Paquet Minimum d'Activité – PMA –).

Le PMA comporte des soins de qualité avec des activités curatives, préventives, promotionnelles couvrant les besoins fondamentaux de la population [10]. Les CPN constituent l'un des volets essentiels du PMA. Elles occupent une place de choix dans les besoins prioritaires de santé de la mère et de l'enfant. La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé a été satisfaisante dans l'ensemble (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures construites). Malgré ces efforts déployés le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante. C'est pourquoi la qualité des soins dispensés pendant la grossesse et pendant son dénouement pourrait y avoir un impact important.

Des études sur la qualité de la surveillance prénatale ont été menées au CSCOM ASACOBAKON, aux centres de santé de Bougouni et de MIPROMA à Magnambougou, dont les résultats montrent des lacunes sur le plan de procédure. Des études ont été menées aussi à l'ASACOBOUL II en commune I du district de Bamako dont les résultats montrent des défaillances à résoudre : la non-exécution de certains gestes importants de l'examen physique tel que l'examen au speculum, l'auscultation cardio pulmonaire, l'appréciation du bassin au troisième trimestre de la grossesse. La crise politico sécuritaire de 2012 a entraîné une désorganisation du système sanitaire. Aucune étude n'a jusqu'à ce jour été réalisée spécifiquement à l'hôpital de Gao sur l'évaluation de la qualité de la CPN, notre étude vient donc

combler ce vide. En effet l'hôpital est censé recevoir uniquement en CPN les grossesses à haut risque mais la crise politico sécuritaire de 2012 a entraîné une désorganisation du système sanitaire dans la région de Gao raison pour laquelle nous recensons aussi des cas de CPN de routine dont notre étude portera.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

L'objectif général de notre étude est d'évaluer la qualité du contenu des consultations prénatale (CPN) à l'hôpital de Gao

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont de :

1. décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes qui ont recours aux CPN à la maternité de l'hôpital de Gao ;
2. décrire l'index de qualité des CPN en fonction du terme de la grossesse à la maternité de l'hôpital de Gao ;
3. comparer les grossesses dites à risque aux autres en termes de contenus des CPN à la maternité de l'hôpital de Gao ; et
4. formuler des recommandations pour l'amélioration en ajoutant le contenu adéquat au contenu existant dans le cadre des CPN à la maternité de l'hôpital de Gao.

2.3. Hypothèse de recherche

La qualité des consultations prénatales à la maternité de l'hôpital de Gao ne répondrait pas aux normes et procédures en santé de la reproduction.

3. GENERALITES

3.1. Historique de la consultation prénatale

La mise en place de programmes de santé publique 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 santé déficiente des enfants de leur nation, leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bons pour le service militaire .Dans les années 1890 ,les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons)ont été une source d'inspiration pour les gouvernements .Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé ,susceptible 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 maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voilà 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 équivoque dans la situation des enfants).

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes sont véritablement commencés. A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt publique, que les gouvernements jouent un rôle et prennent

leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par-là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans au paravent.

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 enraciné dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société ».

Au cours du XXème 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. [5].

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.

Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995.

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien

plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [11-2].

3.2. La consultation prénatale

Les objectifs de la CPN sont de faire le diagnostic de la grossesse, de surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, de surveiller le développement du fœtus, de dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse, de préparer l'accouchement et en faire le diagnostic, de faire le pronostic de l'accouchement, d'éduquer et d'informer les mères.

Calendrier de CPN

Les normes et procédure pour la surveillance prénatale du Ministère de santé du Mali recommandent au moins 4 visites et 8 contacts au cours de la grossesse :

- 1^{er} trimestre une visite et un contact (avant 12 SA pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risque) ;
- 2^{ème} trimestre une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA)
- 3^{ème} trimestre deux visites dont une au 9^{ème} mois et cinq contacts (30 SA ,34 SA, 36 SA , 38 SA, et 40 SA pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante , prendre en charge les complications de la grossesse et faire le pronostic de l'accouchement).

Matériel de CPN

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante.

Les matériels nécessaires sont :

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse

- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et un pèse-personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Le matériel pour réaliser un frottis vaginal, des Spatules d'Ayres
- Des lames fixatrices
- Des tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Des verres à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions antiseptiques
- Un Sceau contenant une solution désinfectante

Les activités préventives :

- La vaccination antitétanique ;
- Le dépistage du VIH ;
- La supplémentation martiale (fer) ;
- La prophylaxie anti-paludisme.

Le bilan prénatal :

Les examens complémentaires indispensables sont :

- Le groupe sanguin rhésus ;
- Le test d'Emmel et ou électrophorèse de l'Hémoglobine ;
- L'albumine/sucre (systématiquement dans les urines) ; la glycémie ;
- Le test de VIH après counseling
- L'AG Hbs (recherche de l'hépatite B)
- Un examen de crachat BAAR à la recherche d'une tuberculose au besoin
- Le Bordet Wassermann (BW) ;
- La numération formule sanguine (taux d'hémoglobine) ;

L'échographie pelvienne :

Il est recommandé de faire trois échographies ;

- Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée) ;
- Une deuxième échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (deuxième trimestre) ;
- Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95 millimètres) cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

Les examens complémentaires non indispensables :

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques. On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE) frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures le test de Coombs indirect, la radiographie du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc.

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

3.3. La consultation prénatale recentrée [9]

Concept

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

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

Principes de la CPN recentrée :

La détection et le traitement précoce des problèmes et complications. La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine. La préparation à l'accouchement.

Les étapes de la CPN recentrée

Préparer la CPN

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

Accueillir la femme avec respect et amabilité :

- * Saluer chaleureusement la femme ;
- * Souhaiter la bienvenue ; Offrir un siège ;
- * Se présenter à la femme ;
Demander son nom ;

Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

NB : Les clientes seront prises par ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.

Procéder à l'interrogatoire /Enregistrement

- * Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- * Recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;
Rechercher les antécédents médicaux ;
- * Rechercher les antécédents obstétricaux ; Rechercher les antécédents chirurgicaux ; Demander l'histoire de la grossesse actuelle ; Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;

- * Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

Procéder à l'examen :

Cet examen comporte un examen général, un examen obstétrical avec examen des seins et du bassin ;

Demande des examens complémentaires.

A la première consultation :

- * Demander le groupe sanguin rhésus.
- * Demander le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage) Albumine /sucre dans les urines.
- * Demander le, test de VIH après counseling

3.4. Les autres consultations

Demander Albumine /sucre dans les urines et les examens complémentaires orienté par l'examen de la gestante.

Prescrire les soins Préventifs :

- * Vacciner la femme contre le tétanos
- * Prescrire la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). La SP doit être administrée en prise supervisée (en présence d'un prestataire) à raison d'au moins 3 doses de 3 comp espacées d'au moins un mois, à partir de la 13ème semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement.
- * Prescrire le fer acide folique
- * Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes...) l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ;

Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille :

- * Préciser un prestataire compétent
- * Préciser le lieu d'accouchement
- * Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence
- * Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence.

Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement.

- * Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau- né)
- * Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail :

- Contractions régulières et douloureuses.
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux).

Signes de danger chez la femme enceinte :

- Saignements vaginaux ;
- Respiration difficile ;
- Fièvre ;
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés/vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille ;
- Convulsion/Perte de conscience ;
- Douleurs de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée ;
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus ;
- Pertes sanglantes ;
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes).

Donner le prochain rendez-vous :

- * Expliquer à la femme que la fréquence est de 4 visites et 8 contacts :
- * 1^{er} trimestre une visite et un contact (avant 12 SA)

- * 2^{ème} trimestre une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA)
- * 3^{ème} trimestre deux visites dont une au 9^{ème} mois et cinq contacts (30 SA ,34 SA, 36 SA, 38 SA et 40 SA)
- * Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

Accompagner la gestante après l'avoir remerciée :

3.5. Consultation Périnatale de suivi

En plus des gestes de la CPN initiale, rechercher les signes de danger :

- * Symptômes et signes de maladies ;
- * Identifier une présentation vicieuse (problèmes/changement depuis la dernière consultation) ;
- * Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives ;
- * Sensibiliser la gestante sur la planification familiale ;
- * Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement ;
- * Raccueillir la femme après l'avoir remerciée.

Prise en charge des pathologies et des complications :

Cette prise en charge dépend de la pathologie ou la complication présentée.

4. METHODES

4.1. Cadre de l'étude

Le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao a servi de cadre pour notre étude.

Données historico-géographiques de la ville

Ancienne capitale de l'empire Songhaï, la ville de Gao est la capitale régionale de la 7^e région du Mali au nord-est du pays. Elle a une superficie de 170 .566 Km² et est composée de (3) cercles qui sont : Gao, Ansongo, et Bourem

Ansongo : distant de 107 km de Gao Bourem : situe à 95 km de Gao

Le cercle de Gao comporte 23 communes et la ville de Gao est composée de 9 quartiers (Gadeye, Farandjiré, Aljanabanbia, Djoulabougou, Saneye, SossoKoïra, Boulgroundjé, Château et Djidara). La région de Gao est limitée au Nord par la région de Kidal, au Sud par la république du Burkina-Faso, à l'Est par la république du Niger et à l'Ouest par la région de Tombouctou.

Elle compte une population de 444 923 habitants, soit une densité de 2,1 hbts /km² et un taux d'accroissement de 1,2 % selon les statistiques de 2000.

Le climat est sahélien et fortement saharien au-delà du nord. La région est traversée par le fleuve Niger sur près de 450 km.

États des lieux traits physiques

Le relief : le relief de la commune est très monotone et est Dominé par la présence de plaine surtout dans la vallée du fleuve Niger.

Le climat : le climat à l'instar d'une grande partie des communes de la région est de type sahélien caractérisé par une alternance de 2 saisons : une saison sèche de 8 à 9 mois et une saison de pluie de 3 à 4 mois. Les quantités de pluie par an sont de l'ordre de 200 à 250 mm d'eau. Les principaux vents sont le harmattan et la mousson.

La végétation : la végétation correspondante est la savane arborée avec prédominance d'espèce acacia. Les sols sont de type argilo sablonneux.

L'hydrographie : la commune de Gao est traversée du nord au Sud par le fleuve Niger sur une distance d'environ 15 km.

Les traits humains

La population : la commune compte une population d'environ 705.000 habitants répartie comme suit : hommes 353.107 ; femmes 351.893 sur la base des données de la Direction Régionale du Plan et de la Statistique en 2017

Les ethnies : cette population essentiellement composée de Songhaï, de Tamasheq, de Peulh, Bambara, Dogon, Bozo, Yorouba, Haoussa, et Arabes.

La religion : la principale religion de la commune est l'Islam qui se divise en plusieurs confréries notamment la Tidjania, Kadria et autres. La seconde religion est le Christianisme qui comprend le catholicisme et le protestantisme.

Les mouvements migratoires : la migration de la population est surtout dirigée vers Mopti, Sikasso et Bamako. Une colonie importante de la commune se trouve au Niger au Ghana et au Nigeria.

Réalités économiques :

Activités économiques : Les principales activités économiques de la commune sont

L'agriculture : elle porte sur :

- * La culture du riz de submersion libre dont la superficie cultivée est de 600 à 700ha
- * Le mil dunaire avec une superficie cultivable de 50ha.

Le maraîchage, activité pratiquée en bordure du fleuve avec une superficie cultivée de 70 ha à 100 ha. Il porte sur les légumineuses et les tubercules. Cette agriculture est tributaire des aléas climatiques mais bénéficie de la fertilité Alluvionnaire des sols

L'élevage : il est pratiqué par la majorité de la population et demeure extensif, cet élevage porte sur tout sur les ovins – caprins, et la volaille. Cet élevage comme l'agriculture est victime du manque d'organisation, d'équipement et d'encadrement des éleveurs.

La pêche : elle est pratiquée dans la vallée du fleuve Niger mais reste tributaire des aléas naturels : faible crue du fleuve, ensablement du fleuve. Ce secteur aussi connaît un problème d'organisation et d'équipement des producteurs.

Le commerce : c'est l'une des activités les plus importantes de la commune. Il se fait par l'importation et l'exportation à travers la commercialisation des produits d'articles divers, du bétail, du poisson, des produits artisanaux. La commune dispose de 5 marchés notamment le marché des légumes, du bétail et le marché des tissus, sel et divers (marché Washington). Les principales zones d'approvisionnement sont : la république du Niger, le Nigeria, l'Algérie, la Mauritanie, Le Burkina Faso, le Togo, la Côte d'Ivoire et enfin les villes de Mopti, de Sikasso et de Bamako

L'artisanat : il porte sur :

- Les produits de maroquinerie (sacs, chaussures, oreillers, pochettes...)
- Les produits de la forge : couteaux, houes, dadas, pioches, râpeaux, Binettes, haches....
- Les produits de la poterie : canaris, jarres, gouttières, etc. ; auquel il faut ajouter les bijouteries, les ateliers de confection de pirogues....

Le transport : ce secteur connaît de plus en plus un essor considérable. Il est assuré entre la commune et les communes voisines par des taxis brousse et des pinasses tandis que le transport inter urbain est assuré par de grandes compagnies de transport. Des gros porteurs font également le transport des marchandises entre la ville et d'autres villes ou d'autres pays. Infrastructures : le degré d'équipement de la commune en infrastructures est moyen malgré les actions des ONG et Projets et de l'Etat malien. On note entre autres :

Ecoles : la commune compte au total 17 écoles primaires, 8 seconds cycles, lycée, 4 instituts secondaires, 3 jardins d'enfants. Ces écoles toutes publiques connaissent également des problèmes d'équipement, de personnel enseignant et d'effectif pléthorique.

Santé humaine : la commune dispose de 5 centres de santé communautaires inégalement répartis. Il s'agit des centres de santé de Gadeye, d'Aljanabandia, Boulgroundjé et Château. La commune compte également un hôpital, un centre de santé de référence, un centre de protection maternel et infantile et 4 pharmacies de santé humaine. Ces infrastructures connaissent des problèmes de personnel, d'équipement et de dotation en médicaments.

L'hôpital de Gao

Créé en 1957 comme dispensaire colonial militaire, il a été érigé en Hôpital secondaire à l'indépendance en 1960 ensuite en Hôpital régional en 1972 et Hôpital de Gao en 2003.

Par la loi N°03-015 AN-RM du 14 Juillet 2003 ; l'hôpital de Gao est érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) et placé sous la tutelle du Ministère de la sante, présentement nommé Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Il est le centre Hospitalier de référence des cercles de la 7^e région ,de Menaka et de Kidal.

L'hôpital de Gao est situé au 7^e quartier (sosso-koira) sur la route menant à l'aéroport. Il couvre une superficie 7730 m² et comprend plusieurs services.

Les services de l'hôpital

Le service administratif et financier :

- Administration,
- Comptabilité,
- Surveillance Générale
- Le service de Médecine Générale
- Le service de Pédiatrie.
- Le service des Urgences.
- Le service de Gynécologie-Obstétrique.
- Le service de l'imagerie médicale (échographie et radiographie).
- Le service de Labo- pharmacie.

- Le service de Chirurgie générale et ses unités spécialisées :
- Le bloc opératoire, l'anesthésie- réa, la petite chirurgie et la stérilisation.
- Et les unités de spécialités : Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, l'Odontostomatologie,
- Le Centre d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle (CAORF) qui se trouve en dehors de l'Hôpital.

Par ailleurs, l'Hôpital dispose d'un Hall de consultation externe pour la Chirurgie, l'Ophtalmologie, la Pédiatrie, l'ORL, la Médecine générale et l'Odontostomatologie, d'un bureau des entrées, d'une Morgue, d'une Cantine hospitalière, d'une Cuisine réfectoire, des Magasins, des Toilettes et de trois logements d'astreinte.

Moyens logistiques

L'hôpital dispose d'une nouvelle ambulance, d'un véhicule de liaisons en état passable (une Land Cruiser TOYOTA 4X4) et de deux groupes électrogènes dont un en mauvais état.

Approvisionnement en médicaments

Au sein de l'hôpital il existe deux dépôts pharmaceutiques : la pharmacie classique qui fournit gratuitement des médicaments aux patients et la pharmacie du CICR qui sert seulement les malades hospitalisés. Le ravitaillement de la pharmacie est assuré par des dons périodiques des partenaires et de l'Etat malien.

Aperçu général du service de Gynéco obstétrique

- **Infrastructures**

Les locaux du service de gynéco obstétrique sont repartis comme l'indique le tableau ci-dessous.

- **Répartition des locaux du service de gynéco-obstétrique.**

Les bâtiments sont repartis en trois blocs et le service ne possède pas un bloc opératoire en son nom il partage deux blocs opératoires avec les autres services spécialisés :

Bloc 1 :

Désignation	Quantité
Salle d'observation	1
Bureaux de consultation	3
Bureau du Major	1
Salle de garde	1
Salle de planification familiale, AMIU	1
Magasins	1
Toilettes pour le personnel	2
Toilettes pour les malades	2

Bloc 2 :

Désignation	Quantité
Salle d'observation	1
Salle d'attente	1
Salle d'accouchement	1

Bloc 3 :

Désignation	Quantité
Salle d'hospitalisation	6
Salle de pansement	1
Salle de PTME	1
Salle de CPN	1
Toilette pour les malades	1

Les 6 salles d'hospitalisation sont équipées d'un total de 30 lits.

Le personnel

Répartition du personnel de la gynéco selon les catégories.

Catégorie	Nombre
Médecins spécialistes	2
Médecins généralistes	3
Sages-femmes	8
Infirmières obstétriciennes	8
Matrone	1
Techniciens de surface	1
Total	23

Le service de gynécologie dispose de 11 fonctionnaires parmi lesquels, 2 médecins, 2 sages-femmes et 7 infirmières obstétriciennes, les autres sont au compte d'organisations non gouvernementales.

- **Organisation des activités :**

Les activités du service démarrent le matin à 8 heures – du lundi au vendredi – par le staff, la visite des malades hospitalisés dirigée par un médecin. Après la visite les infirmières assurent l'offre de soins

Les consultations s'effectuent tous les jours ouvrables dans les bureaux des médecins.

Les gardes commencent à 8h tous les jours ouvrables et à 9h le weekend et les jours fériés. Les gardes sont assurées par les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes et les matrones sous la responsabilité d'un médecin de garde. Le médecin de garde est sollicité en cas de complication.

Les programmes opératoires pour les interventions programmées s'effectuent le lundi et le mercredi qui constituent les cas gynécologiques et les césariennes prophylactiques.

4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée évaluative.

4.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} octobre 2017 au 31 Mars 2018

4.4. Population d'étude

Il s'agissait de la population des gestantes de la ville de Gao et du personnel chargé des consultations prénatales (médecin, sage –femme, infirmière obstétricienne)

4.5. Echantillonnage

Nous avons utilisé la technique de l'échantillonnage par commodité.

4.5.1. Critères d'inclusion

ont été incluse dans l'étude toutes les gestantes vue en CPN pendant la période de l'étude, ainsi que tous les soignants habilités à procéder à une CPN pendant un jour choisi pour inclusion et qui ont accepté de participer à l'étude.

4.5.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude, les parturientes et toutes les gestante ou agents de santé qui n'ont pas accepté donner son consentement ou venus un jour autre que ceux d'inclusion des cas dans l'étude.

4.5.3. Technique de l'échantillonnage

Nous avons procédé à l'observation de la CPN, à l'entretien direct et à l'exploitation documentaire : Nous avons procédé à un recrutement systématique de tous les cas de CPN réalisés les lundis et les vendredis au cours de la période d'enquête et ayant répondu aux critères d'inclusion : l'enquêtrice était présente tout au long des CPN afin de les observer, ou de s'entretenir directement avec la gestante et l'agent de santé au cours de la CPN. Ce choix de 2 jours dans la semaine permettait à l'enquêtrice de participer aux autres activités du service.

4.6. Déroulement de l'enquête et collecte des données

4.6.1. Technique de collecte des données

Le protocole a consisté en une observation discrète non participante des CPN avec prise de note au moyen de questionnaire individuel, standardisé et préalablement testé. Le questionnaire était ensuite complété en consultant les supports tels que les carnets de CPN et les registres de consultation des sages-femmes mais également à l'issu d'entretiens avec à la fois le soignant et la soignée.

4.6.2. Les variables étudiées

Les principales variables étudiées au cours de notre étude sont listées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 Liste des variables étudiées

<i>Nom</i>	<i>Type</i>		<i>Interview</i>
Age	Quantitative	Année	lecture
Ethnie	Qualitative		Interview
Niveau d'éducation	Quantitative	Année	Lecture
Profession	Qualitative		Lecture
Etat matrimonial	Qualitative		Interview
Personnel de sante	Qualitative		Lecture
Nombre de CPN	Quantitative continue	Nombre	Interview
Langue	Qualitative		Interview
Antécédents Médicaux	Qualitative		Interview
Age gestationnel	Quantitative continue	Semaine d'aménorrhée	Lecture
Date des dernières règles	Quantitative		Lecture
Date prévu pour l'accouchement	Quantitative		Lecture
Poids	Quantitative continue	Kilogramme	Lecture
Tension artérielle	Quantitative continue	Millimètre de mercure	Lecture

Les variables relatives aux procédures de la CPN

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

- Identification de la consultante ;
- Identification de la personne qui a prise en charge la gestante ;
- L'accueil ;
- L'interrogatoire ;
- L'examen physique ;
- La demande des examens complémentaires : groupage sanguin rhésus, NFS, test d'EMMEL, sérologies de rubéole et toxoplasmose, le BW (VDRL, TPHA), Albumine/sucre, l'échographie obstétricale, sérologie HIV, la glycémie
- Les soins préventifs (prévention contre le paludisme, suppléments en Fer et acide folique), vaccination antitétanique
- Les conseils à donner ;
- Les facteurs de risques ;
- La référence en cas de nécessité ;

4.7. Plan d'analyse et de traitement des données

Les données ont été saisies sur Epi Info sous un masque de saisie élaboré sur la base du questionnaire. Les données ont été ensuite exportées pour être analysées sous STATA 14.1. Les résultats une fois générés dans SATA, les figures et les graphiques ont été réalisés sous Microsoft Excel 2013. Nous n'avons pas réalisé de test statistique compte tenu de la nature de l'échantillonnage et de l'objectif de l'étude.

4.8. Définitions opérationnelles

Evaluation :

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

Qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (DONABEDIAN) [12].

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

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

- La relation 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 [12].

Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à 3 fins essentielles :

Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,

Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,

Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face d'éventuelles complications [13].

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 responsabilités pour l'offre des services de qualité [14].

Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert [14].

Les procédures :

Elles décrivent de gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires [14].

Grossesse :

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation l'accouchement [14].

Parite :

C'est le nombre d'accouchement

Primipare = gestante ayant déjà accouché une fois

Pauci pare = gestante ayant déjà accouché deux fois au paravent

Multipare = gestante ayant déjà accouché quatre ou cinq fois au paravent

Grande multipare = gestante ayant accouché au paravent plus de six fois

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 [13].

Grossesse à haut risque :

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

Maternité sans risque :

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement [9].

Cette définition est la même que celle de l'OMS à la conférence de l'I.C.P.D du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse [9].

Mortalité maternelle :

C'est le 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 [15].

Taux de mortalité maternelle :

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer [15].

Aire de santé ou secteur sanitaire :

Elle représente une zone géographique des servie par une ressource sanitaire [16].

Carte sanitaire :

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [16].

Paquet minimum d'activité (PMA) :

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations [16].

Evacuation :

C'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement [13].

Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence [13].

Index de qualité

4.9. Consideration Ethique :

Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale faisait partie intégrante de la presente etude qui s'est conformé au respect des aspects suivants :

- Une autorisation administrative
- Une permission communautaire à travers les chefs de villages et conseillers et les membres du conseil d'administration de l hopital
- Le consentement libre individuel verbal des personnes au moment de l'enquête

5. RESULTATS

Dans ce chapitre nous décrivons les principaux résultats clés obtenus à l'issue de notre étude dans l'ordre des objectifs visés.

Durant la période de l'étude allant du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018 **414** consultations prénatales ont été effectuées à la maternité de l'hôpital de Gao. Parmi ces CPN nous avons inclus 122 cas de CPN soit 29,5 % des consultations réalisées dans la période. Les 122 cas de CPN ont été observés à différente période de la grossesse, ainsi 6% (7 cas) ont été observés lors du premier trimestre, 22% (27 cas) au deuxième trimestre de la grossesse et dans plus de 7 cas sur 10 (72%) la CPN a été observée alors que la gestante était dans le troisième trimestre de sa grossesse. La figure 1 ci-dessous représente le graphique cette répartition. Le temps d'attente moyen des gestantes était compris entre 15 à 20 minutes et la durée moyenne des consultations prénatale était de **10** minutes. Deux types de soignants ont assuré les CPN pendant l'étude, les sages-femmes (82 cas) les infirmières obstétriciennes (40 cas).

■ 1er Trimestre ■ 2ème Trimestre ■ 3ème Trimestre

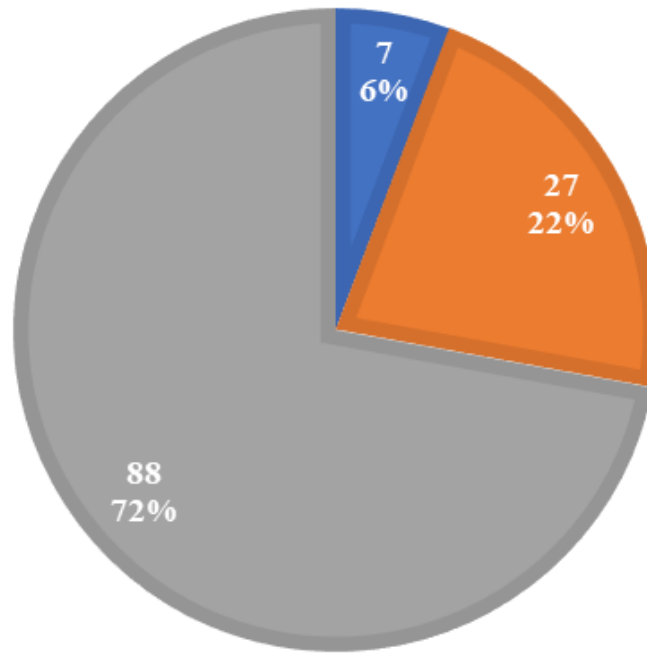


Figure 1 Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel en trimestre au moment de l'entretien

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes qui vues en CPN et incluses dans notre étude

Le tableau ci-dessous présente la répartition des gestantes concernées par notre étude selon le regroupement socioculturel.

Appartenance socio-culturel des gestantes

Tableau 2 Répartition des gestantes selon leur appartenance socio-culturelle

Ethnie	Effectif	%
Sonrhäi	65	53,2
Peulh	8	6,5
Malinké	4	3,2
Bozo	2	1,6
Bambara	10	8,1
Dogon	13	10,6
Tamashek	17	10,2
Autres	3	2,4
Total	122	100

Dans notre étude les Sonrhäi étaient majoritairement représentés. En effet plus d'une gestante sur deux appartenait à ce groupe socio-culture (53,2%).

Type et niveau d'éducation des gestantes

La figure ci-dessous classe les gestantes incluses dans notre étude selon le type et le niveau d'éducation qu'elles avaient.

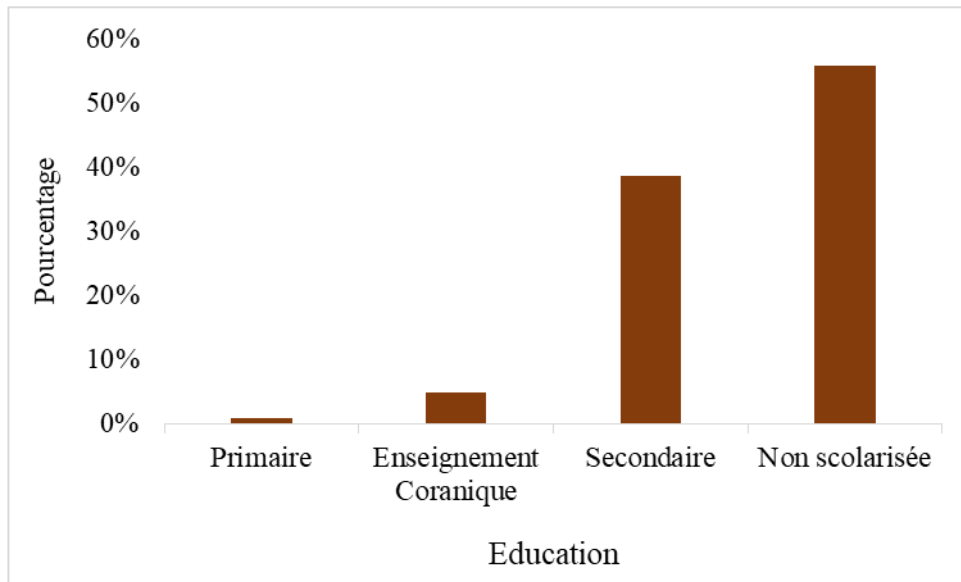


Figure 2 Répartition des gestantes vues en CPN selon le type et le niveau d'éducation

On peut lire sur cette figure que la majorité des femmes qui ont été vues en CPN n'était pas scolarisée (plus de 55% d'entre elles), celles ayant un niveau secondaire représentaient moins de 40% et aucune n'avait un niveau d'éducation supérieur.

Profession et catégorie socio-professionnelle

La figure ci-dessous montre que la grande majorité des femmes vues en CPN étaient des femmes au foyer (près de 60%) et celles ayant un statut de fonctionnaire représentaient moins de 5% de l'ensemble de l'échantillon.

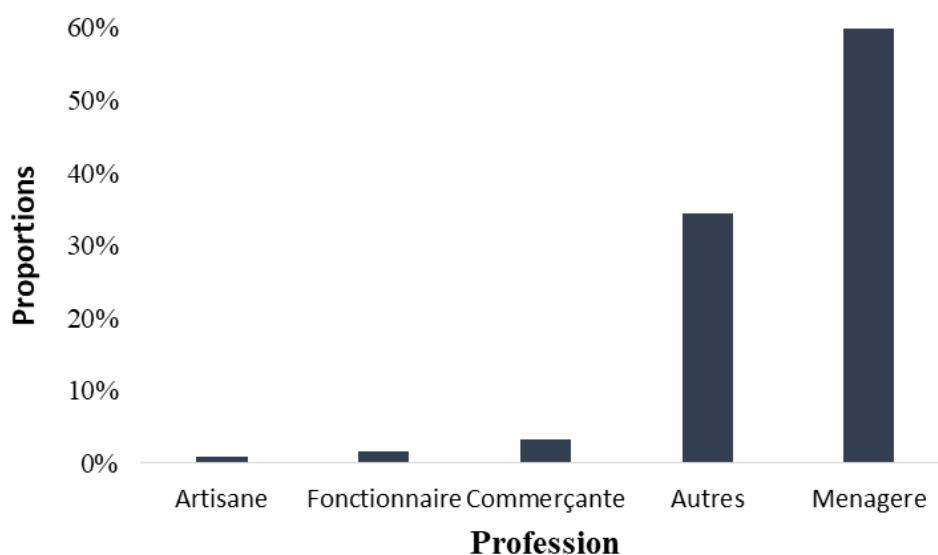


Figure 3 Répartition des gestantes vues en CPN selon la profession et catégorie socio-professionnelle

Le statut matrimonial des gestantes vues en CPN

Le tableau ci-dessous présente les femmes selon le statut matrimonial des gestantes et montre que les célibataires représentaient moins de 5% d'entre elles et elles étaient mariées dans plus de 91 %.

Tableau 3 Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut	Effectifs	%
Célibataire	6	4,9
Mariée	112	91,8
Veuve	1	0,8
Divorcée	3	2,5
Total	122	100

La parité des gestantes incluses dans notre étude

Le tableau ci-dessous présente la classification des gestantes selon leur parité. Les primipares représentaient moins de 15%

Tableau 4 Répartition des gestantes selon la parité

Parité	Effectifs	%
Primipare	18	14,7
Pauci pare	15	12,3
Multipare	54	44,3
Grande multipare	35	28,7
Total	122	100

Nombre d'enfants vivants par gestante

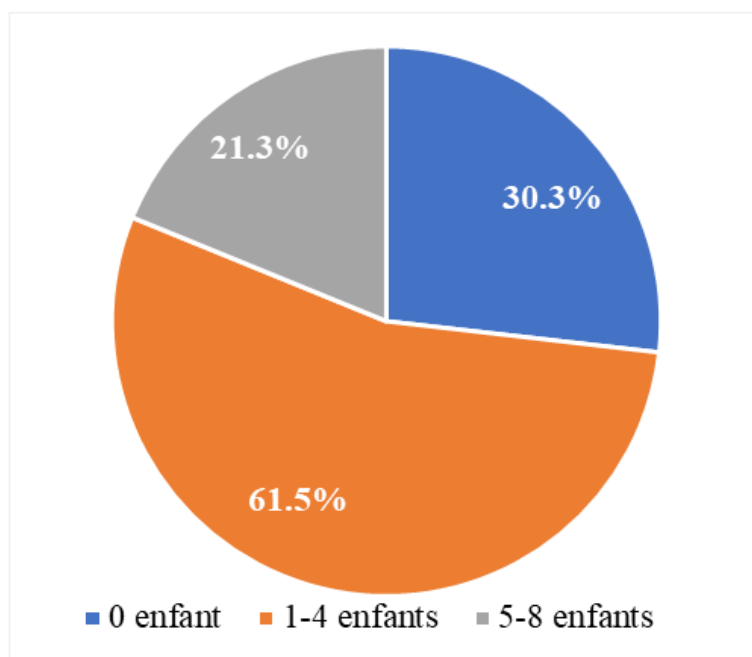


Figure 4 Répartition des gestantes selon le nombre d'enfants vivants en classes

Figure 5 Répartition des gestantes selon le nombre d'enfants vivants

Les figures 4A et 4B ci-dessus présentent la répartition des gestantes selon le nombre d'enfants vivants. Les sans enfant vivants représentaient 30% (37/122) et celles avec un seul enfant vivant représentaient 24% des cas (29/122). Les seul 10 d'entre elles avaient 5 enfants ou plus.

Antécédents médicaux des gestantes

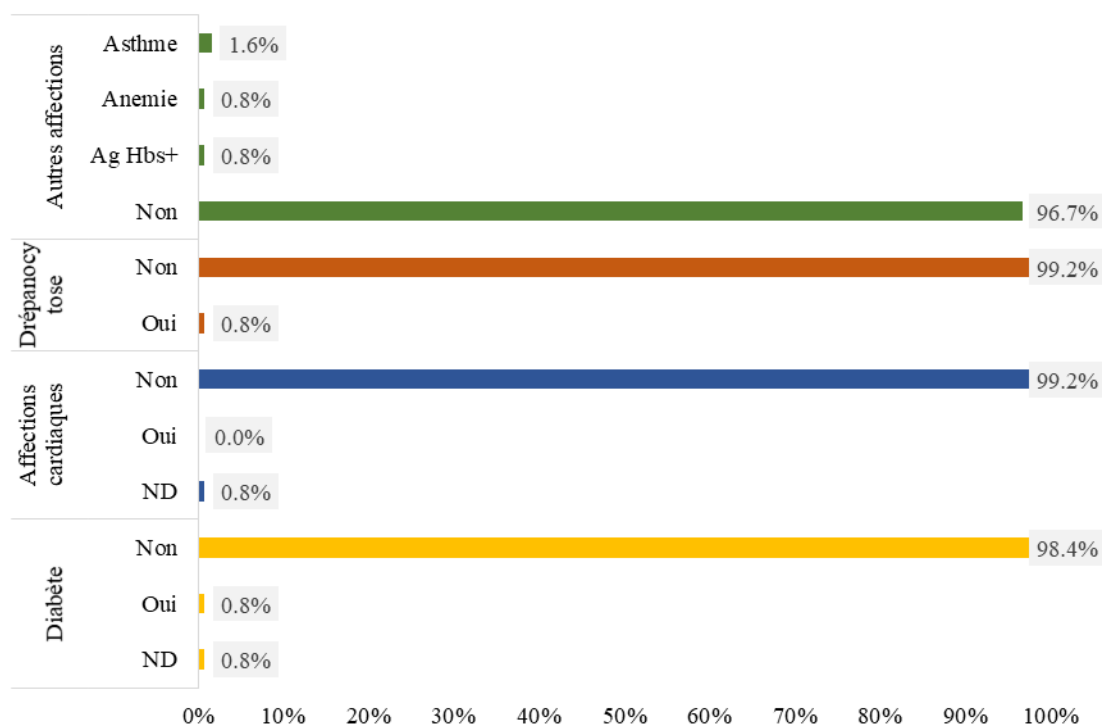


Figure 6 Répartition des gestantes selon la présence ou non d'antécédents médicaux

La figure ci-dessus montre la fréquence des antécédents médicaux chez les gestantes. L'asthme était l'antécédent le plus présent mais la plupart des gestantes était sans antécédent médical.

5.2. Age

Tranche d'âge	Effectifs	%
14-20 ans	28	23
21-30 ans	82	67
Plus de 30 ans	12	10
Totale	122	100

La tranche d'âge entre 21ans - 30 ans était la plus représentée dans notre étude avec un taux de 67 %

5.3. Index de qualité des CPN en fonction du terme de la grossesse à la maternité de l'hôpital de Gao

Dans ce chapitre nous allons examiner le contenu des CPN selon les gestes et analyses pratiquées par les soignants pour en déterminer la qualité.

Tableau 5 Répartition des cas de CPN selon la période de la grossesse à laquelle elles ont été pratiquées

Age gestationnel	Fréquence	%
Premier trimestre	7	5.8
Deuxième trimestre	27	22.1
Troisième trimestre	88	72.1
Total	122	100

72% des gestantes ont été vu au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse

Répartition des gestantes selon le nombre total des CPN réalisées au cours de la grossesse actuelle

Tableau 6 Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisées au cours de la grossesse actuelle

Nombre de CPN	Effectif	%
1	44	36.1
2	30	24.6
3	21	17.2
4	22	18.0
5	4	3.3
6	1	0.8
Total	122	100

Dans notre échantillons, 18% des gestantes avaient eu 4 CPN

Répartition des gestantes selon la qualification du soignant ayant conduit la CPN

Tableau 7 La répartition des cas de CPN selon la qualification du soignant

Qualification de personnels de CPN	Effectif	%
Sage-femme	82	67
Infirmière obstétricienne	40	33
Total	122	100

la majorité des CPN ont été réalisés par une sage-femme (67%)

Contenu des consultations prénatales effectuées au premier trimestre de la grossesse

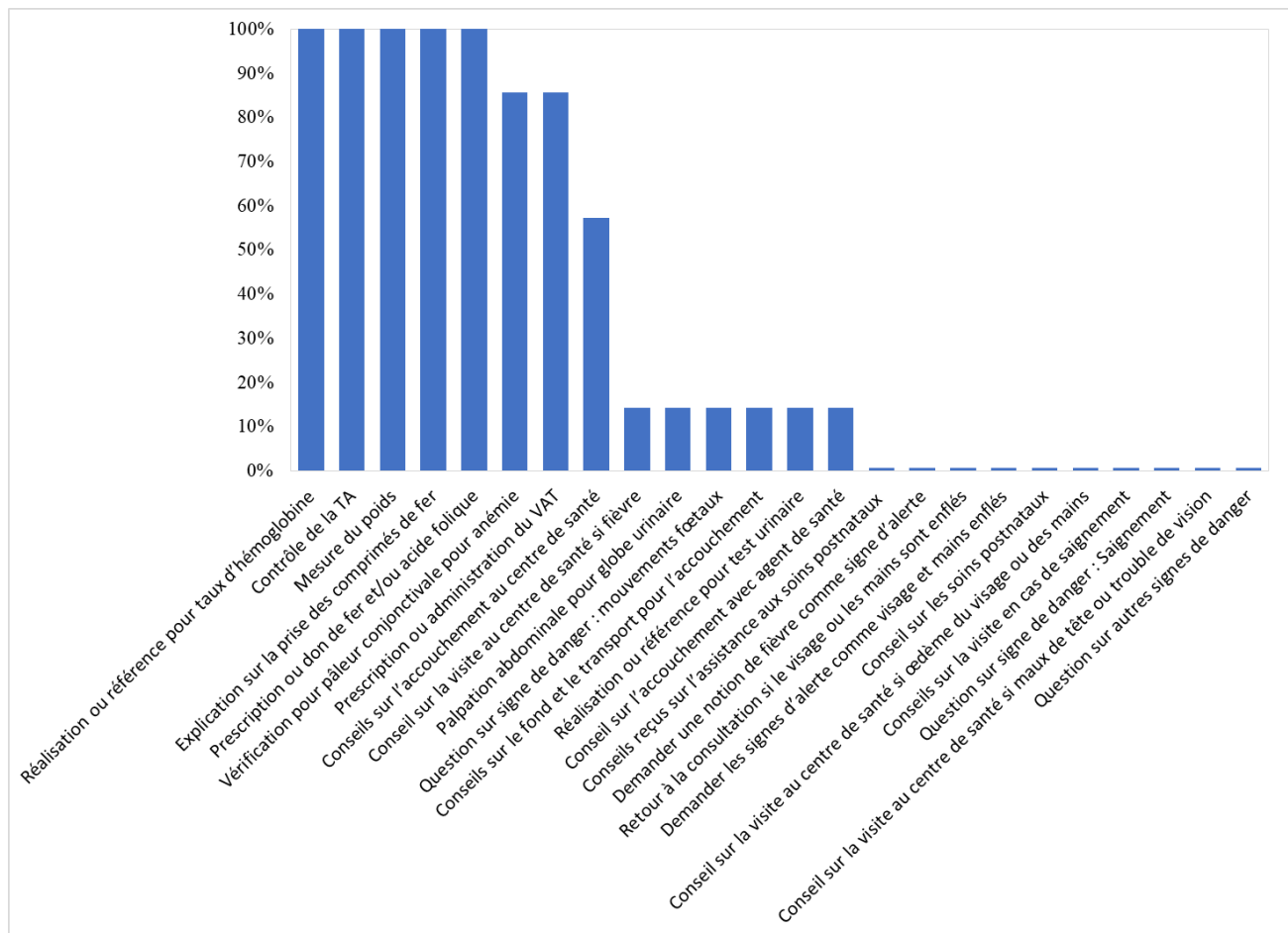


Figure 7 Index de la CPN chez les gestantes vues au premier trimestre de leurs grossesses

La figure ci-dessus présente le contenu des visites prénatales effectuées pour les gestantes au premier trimestre de leurs grossesses.

Les résultats montrent que 100% des CPN réalisées au premier trimestre de la grossesse contiennent la prise de TA, du poids, la référence pour le taux d'hémoglobine de même que la prescription du fer acide folique et des explications

sur la prise du fer acide folique. Mais à contrario, certaines questions ou certains conseils importants ne sont pas offerts aux gestantes.

Contenu des consultations prénatales effectuées au deuxième trimestre de la grossesse

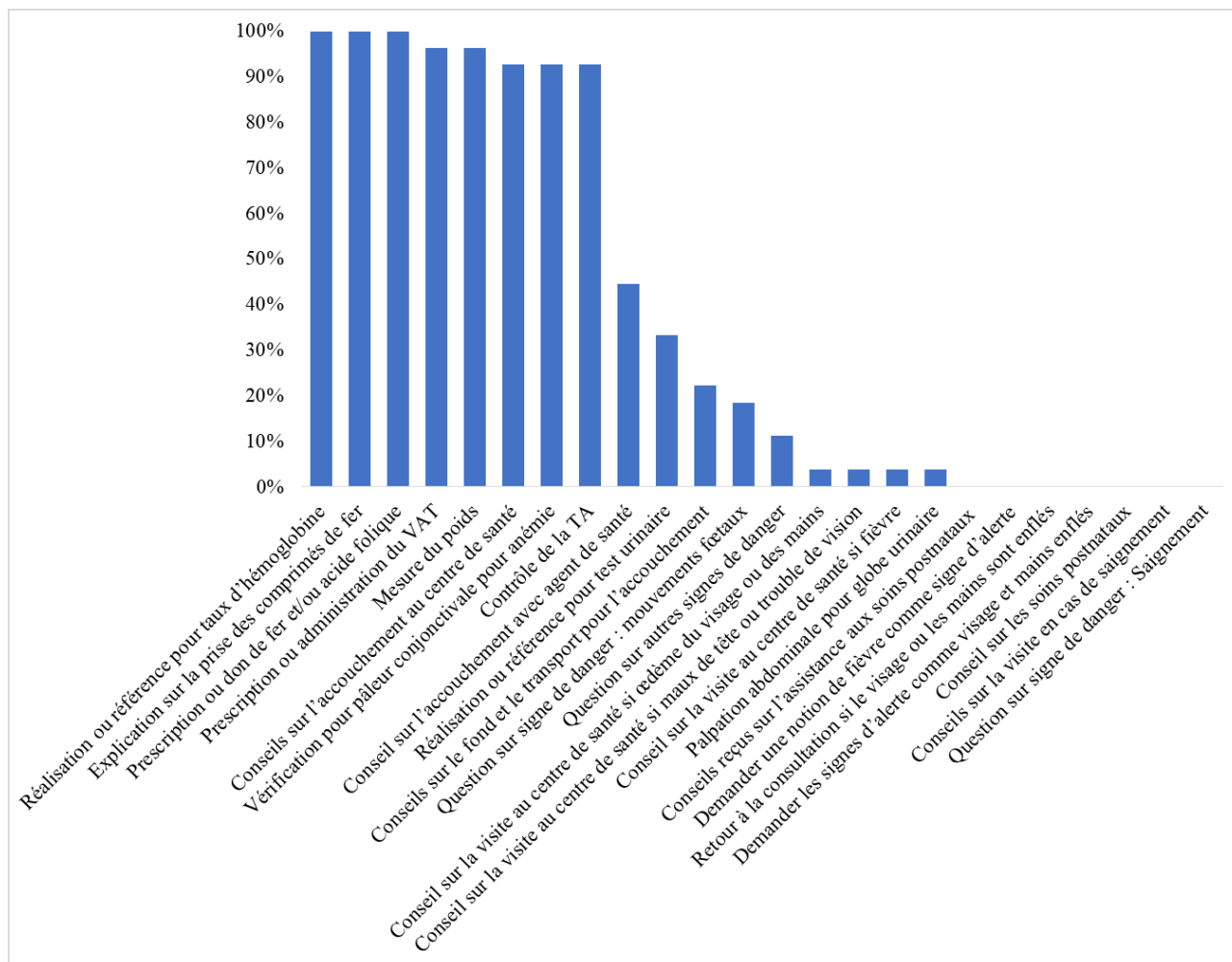


Figure 8 Index de la CPN chez les gestantes vues au deuxième trimestre de leur grossesse

on constate que 100% des CPN réalisées au deuxième trimestre de la grossesse contiennent la référence pour le taux d'hémoglobine de même que la prescription du fer acide folique et des explications sur la prise. Mais on peut aussi lire que la TA et le poids n'ont pas été systématiquement mesurés et certaines questions ou certains conseils importants n'ont pas été posés ou donnés aux gestantes. Les questions relatives aux signes de danger n'ont pas été posées au gestantes.

Contenu des consultations prénatales effectuées au troisième trimestre de la grossesse

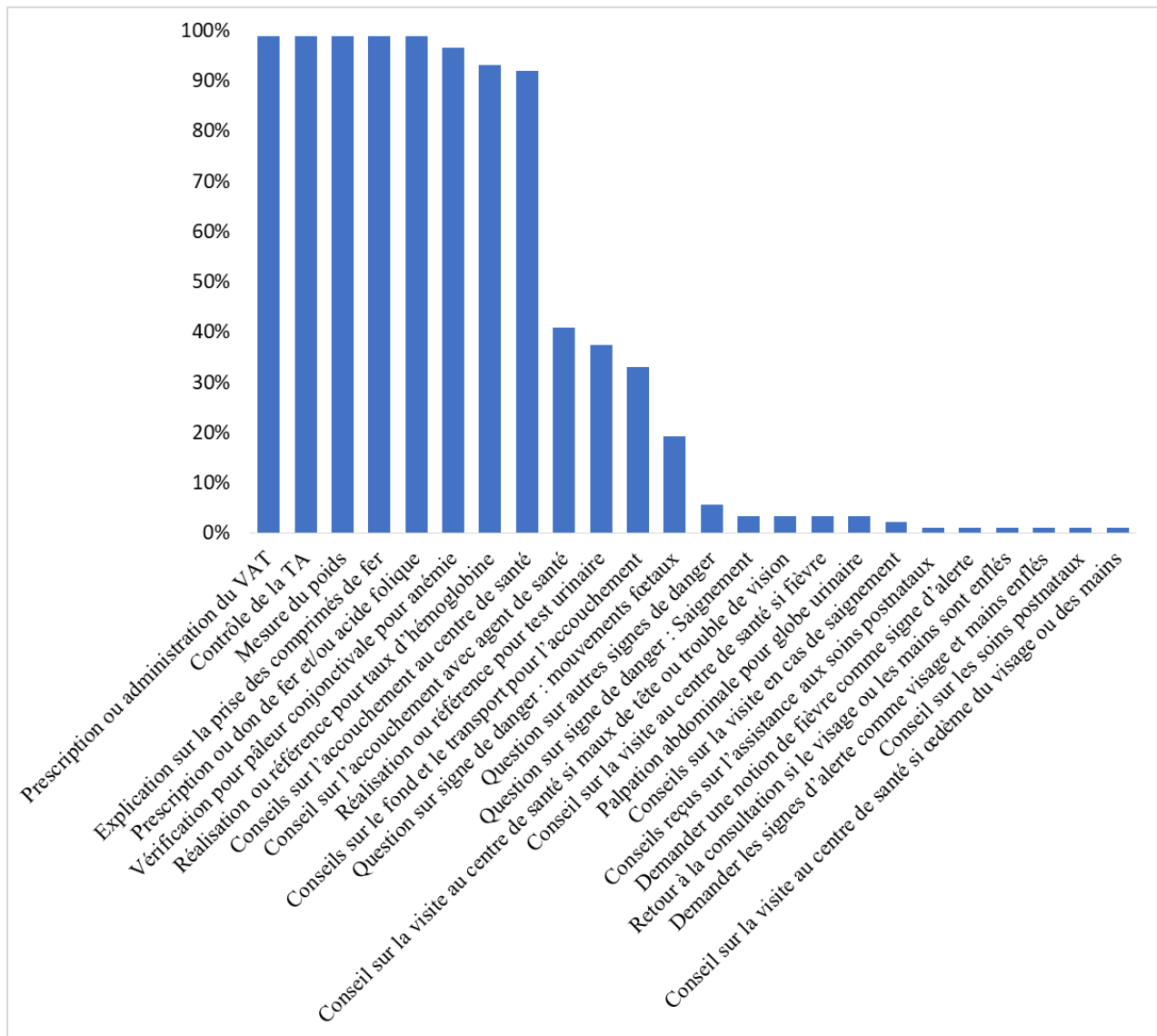


Figure 9 Index de la CPN chez les gestantes vues au troisième trimestre de leur grossesse

Les visites effectuées au troisième trimestre de la grossesse montrent que des conseils clefs ne sont pas donnés aux gestantes venues en consultations. La prise de poids et de TA est également légèrement à la baisse chez les gestantes. Quel que soit

la période de la grossesse le test urinaire n'est proposé qu'à une minorité des femmes enceintes. Les conseils sur l'importance des soins post-natals ne sont pas donnés

Contenu des consultations prénatales effectuées trois périodes de la grossesse

Tableau 8 *Index de la CPN chez les gestantes vues au cours des trois trimestres de la grossesse*

Interventions	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3
Prescription ou administration du VAT	85.7%	96.3%	100.0%
Contrôle de la TA	100.0%	92.6%	100.0%
Mesure du poids	100.0%	96.3%	100.0%
Explication sur la prise des comprimés de fer	100.0%	100.0%	100.0%
Prescription ou don de fer et/ou acide folique	100.0%	100.0%	100.0%
Vérification pour pâleur conjonctivale pour anémie	85.7%	92.6%	97.7%
Réalisation ou référence pour taux d'hémoglobine	100.0%	100.0%	94.3%
Conseils sur l'accouchement au centre de santé	57.1%	92.6%	93.1%
Conseil sur l'accouchement avec agent de santé	14.3%	44.4%	41.4%
Réalisation ou référence pour test urinaire	14.3%	33.3%	37.9%
Conseils sur le fond et le transport pour l'accouchement	14.3%	22.2%	33.3%
Question sur signe de danger : mouvements fœtaux	14.3%	18.5%	19.5%
Question sur autres signes de danger	0.0%	11.1%	5.7%
Question sur signe de danger : Saignement	0.0%	0.0%	3.4%
Conseil sur la visite au centre de santé si maux de tête ou trouble de vision	0.0%	3.7%	3.4%
Conseil sur la visite au centre de santé si fièvre	14.3%	3.7%	3.4%
Palpation abdominale pour globe urinaire	14.3%	3.7%	3.4%
Conseils sur la visite en cas de saignement	0.0%	0.0%	2.3%
Conseils reçus sur l'assistance aux soins postnatals	0.0%	0.0%	1.1%
Demander une notion de fièvre comme signe d'alerte	0.0%	0.0%	1.1%
Retour à la consultation si le visage ou les mains sont enflés	0.0%	0.0%	1.1%
Demander les signes d'alerte comme visage et mains enflés	0.0%	0.0%	1.1%
Conseil sur les soins postnatals	0.0%	0.0%	1.1%
Conseil sur la visite au centre de santé si œdème du visage ou des mains	0.0%	3.7%	1.1%

La prescription de fer et de l'acide folique ainsi que la Realisation ou reference pour taux d hemoglobine étaient effectués à 100 % au cours des trois trimestres de la grossessetre

L'objectif de la comparaison de l'index de qualité des grossesses dites à risque aux autres n'a pas pu être exploré du fait du nombre très limité de ces grossesses dans notre échantillon et aussi du fait que les CPN n'étaient pas de bonne qualité Ceci pourrait s'expliquer par la taille relativement faible de notre échantillon.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1. Caractéristiques socio démographiques :

Dans notre étude les sonrhaïs étaient majoritairement représentés. En effet plus d'une gestante sur deux appartenait à ce groupe socio culturel 53,2%

La majorité de nos gestantes étaient non scolarisées ou de niveau secondaire soit respectivement 55% ; 38%. Ces taux sont comparables à ceux de COULIBALY SIDY. [18] qui avait trouvé à L'ASACOBOL II 54,2% de gestantes non scolarisées et 27% ayant le niveau primaire. Selon l'enquête mondiale sur la fécondité, la fécondité est inversement proportionnelle au niveau d'instruction des femmes ; les femmes sans instruction ont en moyenne 2 fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité. [5]

La profession ménagère a été la plus représentée dans notre étude soit 60% des cas et 71% de ces ménagères étaient mariées sur un total de 91,8 %. Ce résultat pourrait s'expliquer par une influence du foyer sur le niveau d'instruction. Ce taux est inférieur à ceux de Sangaré. F [8] et Traoré. I [4] qui avaient trouvé respectivement au Csref CIV et à l'ADASCO 90% et 96,5% de gestantes mariées.

Dans notre étude 44,3% de nos gestantes avaient quatre enfants ou plus et 28,7 % avaient déjà fait plus de six enfants . Ces taux sont respectivement supérieurs à ceux de SANGARE.F [8] : 39,3% et 29,4% au Csref CIV.

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. Ainsi 30,3% de celles-ci étaient des primigestes, taux supérieur à celui de Traoré. I à l'ADASCO [4] :21,0% Et de Maiga. A.S au Csref CI [6] :29,0% et inférieur à ceux de Sangaré. F. au Csref CIV [8] :31,3%.

Les grandes multi gestes représentaient 21,3% de l'échantillon, taux supérieur à celui de Maiga. A.S au Csref CI [6] :7,0% et à ceux de Traoré. I à l'ADASCO [4] :16,5% et de Sangaré. F au Csref CIV [8] :12,6%, Les grandes multipares représentaient 28,7% des gestantes, ce résultat est supérieur à ceux de Traoré. I à l'ADASCO [4] :7,5%, Sangaré au Csref CIV [8] :6,1% et Maiga. A. S au Csref CI [6] : 6,0% Ce volet est très important à déterminer car la mortalité périnatale est la moindre pour les 2^e, 3^e et 4^e grossesses. Elle est plus élevée pour la 1^{ère} grossesse et augmente à partir de la 5^e grossesse [24].

Dans notre étude la tranche d'âge 21 à 30 ans étaient la plus représentée avec un taux de 67,23 % des gestantes avaient un âge compris entre 14 et 20 ans et 10 % avaient un âge supérieur à 30 ans, ce résultat est supérieur à ceux trouvés par Coulibaly Sidy. [18] qui trouve respectivement 61,2% ; 29,1% ; 9,7%. Ce résultat pourrait s'expliquer par une large sensibilisation de cette couche de la population face à la CPN.

6.2. Etude des procédures

Dans notre étude les activités de CPN ont été réalisées par les sages-femmes dans 67% et les infirmières obstétriciennes dans 33% des cas, cela pourrait s'expliquer par le nombre insuffisant de personnels sage-femme dans l'hôpital de Gao. Aucune CPN n'a été faite par un médecin. Ce résultat est comparable à ceux trouvés par COULIBALY SIDY. [18] à ASACOBOULI.

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

Dans les antécédents constituant les facteurs de risque recherchés chez les femmes enceintes, La grande multiparité a été retrouvée dans 28,7% suivie de l'asthme dans 1,6 % et L'hypertension artérielle dans 0,8 % des cas, la quasi-totalité des

gestantes était sans antécédent particulier Cependant en 2003 aucun de ces paramètres n'a été exploré par Fomba. S [20] à la MIPROMA.

6.3. Résultats de la CPN

Au cours de cette étude, la plupart des gestantes ont été vues au troisième trimestre avec un taux de 72%, moins de 18% des gestantes avaient eu 4 CPN .

Les autres éléments de l'examen physique tels que la prise du poids, de la TA, L'examen des conjonctives, palpation abdominale l'auscultation des BDCF, le toucher vaginal était effectué chez la plupart des gestantes. Ces résultats sont similaires à ceux de Sangaré. F .au Csref CIV [6]et de COULIBALY SIDY. A l'ASACOBOULII [18].

Le groupage rhésus, le test d'Emmel, le BW, l'albumine/sucre dans les urines étaient systématiquement demandés dès la 1ère consultation prénatale.

La référence pour le taux d'hémoglobine était demandée dans 100 % des cas, ce résultat est supérieur à ceux de SANGARE F. [6] :75,7% et de COULIBALY SIDY. [18] :51,5% respectivement aux Csref CIV et à l'ASACOBOUL II. Le groupage sanguin/rhésus était demandé chez toute les gestantes dans notre étude soit 100%. Ce résultat est comparable à ceux de Goita N . Au Csref CI [21] qu'avait eu 99% cela s'expliquerait par le fait que le groupage sanguin est systématique. La majorité des gestantes (99%) ont bénéficié de la prescription de fer et de l'acide folique ainsi que l'explication sur leurs prises . Ce taux est supérieur à celui de SANGARE F. Csref CIV [6] :73,3%, MAIGA A.S au Csref CI [8] :82%. Ce résultat témoigne que la supplémentation en fer et en acide folique était assurée. Par rapport à la chimio prophylaxie contre le paludisme, la SP (Sulfadoxine Pyrimethamine) n'était pas disponible ainsi que l'anti parasitaire.

Le dépistage du VIH/SIDA en vue du programme de la PTME (Transmission Mère Enfant du VIH) était de 100% dans notre étude. Ce taux est meilleur que celui de COULIBALY O .au CSRef CI [19] :13,5%. Ce résultat pourrait s'expliquer par une

large sensibilisation de nos gestantes face à la transmission mère-enfant du VIH et à la disponibilité du test de dépistage rapide dans l'hôpital.

L'échographie représente aujourd'hui le plus important moyen de diagnostic et de surveillance de la grossesse. Elle était demandée dans 100% des cas, taux légèrement supérieur à celui de COULIBALY SIDY à L'ASACOBOUL II [18] qui avait trouvé 74,5%. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la disponibilité de l'appareil d'échographie dans l'hôpital.

Dans notre étude plus de 80% de nos gestantes ont été vaccinées contre le tétanos. Certaines questions ou certains conseils sur les signes d'alertes n'ont pas été expliqués aux gestantes dans la plupart des cas. Dans notre étude la majorité des gestantes n'étaient pas informées sur les conditions de l'accouchement. Ce résultat est néanmoins meilleur à celui de Fomba. S à la MIPROMA [20] où toutes les gestantes avaient affirmé que rien ne leur a été dit de particulier sur les conditions de l'accouchement

6.4. Contraintes et limites

Comme on peut s'y attendre avec toute recherche scientifique, nous avons été confrontés à des difficultés d'ordre financier pour recruter des enquêteurs à plein temps afin de couvrir tous les cas de consultations prénatales réalisés durant la période de l'étude. Cette contrainte n'avait pas été anticipée au moment du choix du thème ou, elle a du moins été sous-estimée. Elle a eu comme conséquence le choix raisonné de deux jours dans la semaine. Les contraintes étaient également liées au mode même de l'enquête, quoique discrète la présence de l'enquêtrice avait plus ou moins des effets sur la conduite de la CPN. Le langage entre l'enquêtrice et les gestantes posaient problème également .

A la fin de chaque consultation l'agent de santé devrait tirer une conclusion

7. CONCLUSION

Notre étude faite à l'hôpital d'octobre 2017 à mars 2018 a permis une analyse de la qualité et surtout l'observation des CPN.

La presque totalité des CPN ont été faites par les sages-femmes (personnel qualifié). Autour de l'examen clinique certains paramètres telles que l'auscultation cardiaque et pulmonaire, l'utilisation du spéculum, l'appréciation du bassin au troisième trimestre étaient sous explorés lors des CPN.

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

Les examens complémentaires (groupage rhésus, test d'Emmel, BW, albumine/sucre dans les urines) n'étaient pas systématiquement demandés à la première consultation.

Le test de VIH après counseling était demandé dans la majorité des cas avec 100%

La prescription des soins préventifs (Vaccination antitétanique, la supplémentation en fer et acide folique était de niveau élevé. Des lacunes ont été observées sur le plan des procédures à savoir la non-exécution de certains gestes importants de l'examen physique et des examens complémentaires.

Les conseils sur les signes d'alertes et les informations sur les conditions de l'accouchement manquent dans la quasi-totalité des CPN

Il ressort de cette étude que l'évaluation de la qualité des services est une nécessité absolue pour l'amélioration des prestations dans les centres de soins intégrés en santé de la reproduction.

A la suite de ces constats, nos résultats peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins à l'hôpital.

8. RECOMMANDATIONS

Les recommandations que nous formulons au terme de cette étude s'adressent :

A l'attention du personnel de santé

- Appliquer plus rigoureusement les normes et procédures de la santé de la reproduction. Renforcer l'interaction patiente soignant par l'IEC sur les facteurs de risques, et les avantages à débiter la CPN au premier trimestre.
- Renforcer d'avantage l'implication des personnels qualifiés aussi bien dans l'interrogatoire ; les examens complémentaires ainsi que dans les examens physiques en particulier l'exploration du bassin au troisième trimestre de la grossesse.
- Renforcer la sensibilisation des gestantes par rapport au contenu du plan d'accouchement et des signes de danger.
- Améliorer la durée de la CPN en évitant surtout la breveté.

A l'attention de la Direction de l'hôpital

- Former les personnels de santé
- Encourager les gestantes à venir à la CPN en faisant des dons de moustiquaires et des campagnes de sensibilisation sur l'importance des CPN par des personnels compétents
- Doter la salle de CPN de la prophylaxie anti-palustre et antiparasitaire
- Recruter des personnels qualifiés.

Destinées aux gestantes

- Consulter le plutôt possible le personnel de santé en cas de retard des règles.
- Suivre régulièrement les CPN et respecter les rendez-vous.
- Suivre les conseils donnés par les prestataires.
- Faire le bilan prénatal prescrit.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Angoulvent P :

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

2. Papier Nike. Caro ID., Pons J. C. : Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique- Paris ; Flammarion, médecine sciences, 1995. Pages 7535-7537.

3. DNSI-CPS/MSSPA : Enquête Démographique et Santé du Mali, EDSMVI Mali 2018.

4. TRAORE I : Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le Centre de santé communautaire « ADASCO » de Daoudabougou en commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2008-2009. 91 pages.

5. OMS : Procédures en Santé de la Reproduction VOLUME 3 EDITION 2018 .

6. Maiga Consulter A. S : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine 2008. M216. 86 pages.

7. Bocoum. H : **Evaluation** de la qualité de la consultation prénatale dans le CSCOM de l'ASACOBakon en commune III du district de Bamako en 2006. Thèse de médecine 7. M 258.

8. SANGARE F : Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako. Thèse de médecine 2007-2008. 85 pages. M246 .

9. Direction Nationale de Santé :

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

10. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale :

Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43

11. Division Santé et Communautaire/Ministère de la Santé :

Procédures des services de santé de la reproduction(Mali),
Bamako, Mars 2000,230p.

12.DonabedianAdevis:

-Exploration in assessment and monitoring, Vol I

-The definition of quality and approaches to its assessment health administration
press e an Arbor? Michigan,1986.

13.Division santé familiale : Programme de santé familiale, plan quinquennal
1988_1992, Mali, Décembre 1987.

14.BluMC : L'évaluation médicale à l'hôpital.

Increnn Hebert, premier séminaire d'évaluation en gynécologie obstétrique à l'AP-
HP, résumé des interventions et des débats. Paris Délégation à l'évaluation
APIMAP,1993 : 6-7

15.SamakéAKditZ. : Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le
centre de sante de référence de Bougouni. Thèse de médecine2007-
2008.M245. 54 pages.

16.Djilla.B: Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la
gravidopuerperalité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979-
1988), Thèse de médecine Bamako1989 ; N° 54.

17-Etude monographique de la commune I (rapport final juin août,2007) ;
113p2

18-Coulibaly Sidy : Etude de la qualité de la consultation prénatal au centre de
santé ASACOBOUL II en commune II du district de Bamako, de novembre 2012
à janvier 2013 196 cas. 116 pages

19-Coulibaly O : Evaluation la qualité de la consultation prénatale au

CSREF CI district de Bamako Novembre à Décembre 2011 384 cas

20.Fomba S : Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Thèse de médecine Bamako 2003M84. 103P.

21.Goita N. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Médecine 2006.M210.102P.

22.OMS : Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde ; Mars-Juillet 1992-N°8-12P.

23.M'BAYE.R: Evaluation de la qualité de la consultation de l'accouchement dans les centres de santé : ASACOBA, ASACOBOULI, CENTRE DE SANTE DEREFERENCE DE LA COMMUNE I. Thèse de médecine 20008.M575.

24.MSF, Ballardur. Bizieau O. Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er} Éd. Paris : Hatier ; 1992. 222 pages.

25.OMS : Estimation révisée de 1990 de la mortalité maternelle 1ère édition nouvelle méthodologique OMS/UNICEF, Avril 1996, Genève P16.

26.Mahamat Nour-Azalo : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le centre de santé de miproma de Magnambougou en commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine 2005.M147.

27.Samaké N Evaluation de la qualité des soins dans le centre de santé communautaire de Boukassoumbougou II. Thèse médecine 2008-2009

ANNEXES

Annexe 1 Questionnaire

A. Identification

N°. fiche : /_____/ Numéro de la visite prénatale : /_____/ en nombre

Q1. Date de la visite prénatale : /___/___/201___/

Q2. Heure du début de la visite : /___/h /___/mn

Q3. Heure de fin de la visite : /___/h /___/mn

B. Caractéristiques Sociodémographiques de la gestante

Nom & Prénom : /_____ /

Q4. Age : /___/ ans

Q5. Ethnie :

1 : Bambara

2 : Peuhl

3 : Malinké

4 : Bozo

5 : Sonrhäï

6 : Soninké

7 : Dogon

8 : Touareg

9 : Tamashek

10. Autre /_____ /

Q6. Profession :

1 : Ménagère

2 : Vendeuse

3 : fonctionnaires

4 : Aide-ménagère

5 : Commerçante

6 : Artisane

7 Autres /_____ /

Q7. Niveau D'éducation :

1 : Non scolarisée

2 : Primaire :

3 : Secondaire

4 : Supérieure

5 : enseignements Coraniques :

Q8. Etat matrimonial :

- 1 : Célibataire 2 : mariée
 3 : Veuve 4 : Divorcée
Si mariée, régime matrimonial 1 : monogamie 2 : autres

Q9.Résidence

- 1 : rurale 2 : urbaine

Q10.Situation socio familiale de la famille :

- 1 : Bas niveau 2 : Moyen
 3 : Favorable

Q11.Profession du mari :

- 1 : cultivateur 2 : commerçant
 3 : fonctionnaire 4 : manœuvre
 5 : autres.

Q12.Distance parcourue pour venir à la CPN /_____/Km

Q13. La grossesse est-elle à risque ? :

- 1 : oui 2 : non
Si oui, choisir :
 1 : âge inf. à 16 ans 2 : Primipare âge (30 ans ou plus)
 3 : Grande multipare (sup. ou égal à 6 Accouchements),
 4 : Dernier accouchement dystocique
 5 : Antécédent mort-né
 6 : Taille inf. à 150 cm 7 : HTA
 8 : Poids inf. à 45 kg 9 : Autre

/_____/

Q14.Nombre de CPN réalisées pour la grossesse en cours :

/_____/

Q15a. Qualification de la personne qui prend en charge la gestante

- 1 : médecin 2 : sage-femme
 3 : matrone 4 : infirmière obstétricienne
 5 : Autre /_____/

Q15b. expérience de l'agent /_____/ ans

Q15.c. année de la dernière formation continue de l'agent : / ____ / ____ / 20 ____

Q15d. sexe de l'agent : 1 : masculin 2 : féminin

Q16. Langue de communication durant la CPN :

1 : sonrhäi

2 Français

3 : Bambara

4 : Autre

/ _____ /

C. Antécédents obstétricaux

Q17. Gestité : / _____ /

Q18. Parité : / _____ /

Q19. Nombre de fausse couche : / _____ /

Q20. Nombre d'enfants vivants : / _____ /

Q21. Nombre de morts nés : / _____ /

Q22. Nombre d'enfants décédés : / _____ /

Q23. ATCD de césarienne :

1 : oui

2 : non

Si oui, nombre : / _____ /

D. Antécédents Médicaux

Q24. HTA :

1 : oui

2 : non

: inconnu

Q25. Diabète :

1 : oui

2 : non

: inconnu

Q26. Affection cardiaque :

1 : oui

2 : non

: inconnu

Q27. Drépanocytose :

1 : oui

2 : non

: inconnu

Q28. Si autre, précisé : / _____ /

Q29. Age gestationnel :

Selon la gestante : / _____ /
/ _____ /

selon le carnet :

Q30. Date des dernières règles :

1 : oui 2 : non

Q31. Date de terme prévu pour l'accouchement :

1 : oui 2 : non

E. Index de qualité de la CPN durant la visite

Q32 : Conseils reçus sur l'assistance aux soins postnataux : 1 : Oui

2 : non

Q33 : Conseils reçus sur vaccination du nouveau-né : 1 : Oui 2 : non

Q34 : Question sur une notion de fatigue comme signe d'alerte : 1 : Oui 2 : non

Q35 : Retour à la consultation si il y a notion de fatigue : 1 : Oui 2 : non

Q36 : Demander une notion de fièvre comme signe d'alerte : 1 : Oui 2 : non

Q37 : Retour à la consultation si il y a notion de fièvre : 1 : Oui 2 : non

Q38 : Retour à la consultation si le visage ou les mains sont enflés :

1 : Oui 2 : non

Q39 : Demander les signes d'alerte comme visage et mains enflés :

1 : Oui 2 : non

Q40 : Conseil sur les soins postnataux : 1 : Oui 2 : non

Q41 : Conseils sur la vaccination du nouveau-né : 1 : Oui 2 : non

Q42 : Question sur signe danger : fatigue : 1 : Oui 2 : non

Q43 : Conseil sur la visite au centre de santé si fatigue : 1 : Oui 2 : non

Q44 : Question sur signe danger : fièvre : 1 : Oui 2 : non

Q45 : Conseil sur la visite au centre de santé si fièvre : 1 : Oui 2 : non

- Q46 : Conseil sur la visite au centre de santé si œdème du visage ou des mains :
 1 : Oui 2 : non
- Q47 : Conseil sur la visite au centre de santé si maux de tête ou trouble de vision :
 1 : Oui 2 : non
- Q48 : Conseil sur l'accouchement avec agent de santé : 1 : Oui 2 : non
- Q49 : Question sur signe de danger : Saignement : 1 : Oui 2 : non
- Q50 : Question sur signe de danger : mouvements fœtaux : 1 : Oui 2 : non
- Q51 : Conseils sur la visite en cas de saignement : 1 : Oui 2 : non
- Q52 : Réalisation ou référence pour test urinaire : 1 : Oui 2 : non
- Q53 : Réalisation ou référence pour taux d'hémoglobine : 1 : Oui 2 : non
- Q54 : Question sur autres signes de danger : 1 : Oui 2 : non
- Q55 : Conseils sur le fond et le transport pour l'accouchement : 1 : Oui 2 : non
- Q56 : Conseils sur l'accouchement au centre de santé : 1 : Oui 2 : non
- Q57 : Prescription ou administration du VAT : 1 : Oui 2 : non
- Q58 : Explication sur la prise des comprimés de fer : 1 : Oui 2 : non
- Q59 : Prescription ou don de fer et/ou acide folique : 1 : Oui 2 : non
- Q60 : Vérification pour pâleur conjonctivale pour anémie : 1 : Oui 2 : non
- Q61 : Contrôle de la TA : 1 : Oui 2 : non
- Q62 : Palpation abdominale pour globe urinaire : 1 : Oui 2 : non
- Q63 : Mesure du poids : 1 : Oui 2 : non

Annexe 2 Fiche signalétique

Nom : CISSOKO

Prénom : KANCOU

Date et lieu de naissance : 10 octobre 1991 à Doussoudiana

Nationalité : Malienne

Titre : Evaluation de la Qualité de la CPN à l'hôpital de Gao.

Ville de soutenance : Bamako

E-mail : Cissokokancou@gmail.com

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique- Gynécologie Obstétrique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude évaluative descriptive transversale qui a concerné un échantillon de 122 cas de consultations prénatale réalisées sur une durée de (6 mois) et sélectionnés de manière aléatoire. L'étude s'est déroulée à la maternité de l'hôpital de Gao afin d'apprécier la qualité de la CPN et avait pour but de

-décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes qui ont recours aux CPN à la maternité de l'hôpital de Gao ;

-décrire l'index de qualité des CPN en fonction du terme de la grossesse à la maternité de l'hôpital de Gao ;

-comparer les grossesses dites à risque aux autres en termes de contenus des CPN à la maternité de l'hôpital de Gao ; et

-formuler des recommandations pour l'amélioration en d'ajouter le contenu adéquat au contact dans le cadre des CPN à la maternité de l'hôpital de Gao.

C'est ainsi que nous avons obtenues Dans notre étude que les sonrhaïs étaient majoritairement représentés. En effet plus d'une gestante sur deux appartenait à ce groupe socio culturel 53,2%

La majorité de nos gestantes étaient non scolarisées ou de niveau secondaire soit respectivement 55% ; 38%.

La profession ménagère a été la plus représentée dans notre étude soit 60% des cas.

Au cours de cette étude, la plupart des gestantes ont été vues au troisième trimestre avec un taux de 72%, moins de % des gestantes avaient eu 4 CPN.

L'objectif de la comparaison de l'index de qualité des grossesses dites à risque aux autres n'a pas pu être exploré du fait du nombre très limité de ces grossesses dans notre échantillon. Ceci pourrait s'expliquer par la taille relativement faible de notre échantillon. A la fin de l'étude nous avons fait des recommandations à différent niveau aux personnels soignants, aux autorités sanitaires, et aux gestantes .

Mots clés : Evaluation, Qualité, Consultation prénatale.

Annexe 3 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 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

