

Ministère des Enseignements Secondaire  
Supérieur et de la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*

Université de Bamako

\*\*\*\*\*



République du Mali

**Un Peuple - Un But - Une Foi**

\*\*\*\*\*

**Faculté de Médecine de Pharmacie et  
D'Odontostomatologie (FMPOS)**

**Année Universitaire 2007-2008**

Thèse N° \_\_\_\_\_/

**Evaluation de la qualité des consultations prénatales  
Maternité du centre de santé de référence de Kati  
A propos de 380 cas**

**THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le ...../...../ 2008**  
A la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par :

**Monsieur Badiaga Cheickna**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

**Jury**

**Président :**

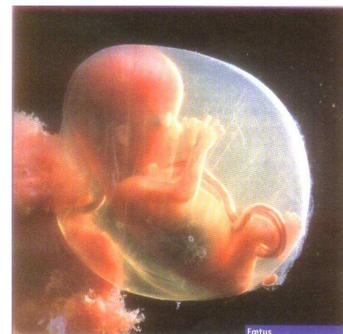
Pr. Sy Aïda Sow

**Membre :**

Dr. Koné Abdoulaye

**Co-Directrice de thèse :** Dr. Daou Amalle Keïta

**Directeur de Thèse :** Pr. Salif Diakité



## **SOMMAIRE**

	Pages
I. Introduction.....	4
II. Objectifs.....	9
III. Généralités.....	10
IV. Méthodologie.....	24
V. Résultats.....	33
VI. Commentaires et Discussion.....	57
VII. Conclusion.....	79
VIII. Recommandations.....	83
IX. Références.....	85
X. Annexes.....	90

## **ABREVIATIONS**

ATCD : Antécédent

ARV : Anti Retro-Viraux

BCF : Battement Cardiaque Fœtal

BGR : Bassin Généralement Rétréci

βHCG : Bêta Hormone Chorionique Gonadotrophine

BW : Bordet Wassermann

CAT : Conduite A Tenir

Cm : Centimètre

CHL : Chloroquine

CMIE : Centre Médicale Inter Entreprise

CSREF : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPN : Consultations Prénatales

DDR : Date des Dernières Règles.

DPA : Date Probable d'Accouchement

DEAP : Département Epidémiologique des Affections Parasitaires

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

FER AC : Fer+Acide folique

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

FOSG : Fiche Opérationnelle de Suivi de la Grossesse

GEU : Grossesse Extra Utérine

Grs : Grammes

HU : Hauteur Utérine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IO : Infirmière Obstétricienne

IEC : Information Education Communication

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

mms : Millimètres

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unis

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RDV : Rendez-Vous

RPMM : Réseau de Prévention de la Mortalité maternelle du Mali

SONU : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SP : Sulfadoxine-Pyrimethamine

(SP) : Soins Prénatals

SPF : Soins Prénatals Focalisés

TA : Tension Artérielle

TE : Test d'Emmel

VACC : Vaccination

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

## **I. INTRODUCTION**

La grossesse est un phénomène continu qui débute à la fécondation et s'achève à la naissance.

Cette période peut apparaître comme un événement simple, naturel et « banal ». Très souvent, elle survient facilement, et son déroulement sans problème fait oublier qu'il s'agit d'une aventure exceptionnelle, et pourtant renouvelée qui, à partir de la fusion de deux cellules microscopiques (1 spermatozoïde et 1 ovule) dans une des deux trompes utérines, donne naissance à un nouvel être humain, parfaitement constitué, fragile et sans défense, certes, mais déjà porteur de toutes les virtualités spécifiques de notre espèce. Cette fusion (fécondation) ainsi que l'implantation de l'oeuf au niveau de la muqueuse utérine (nidation), sont des termes indispensables pour parler de grossesse normale [12].

Cet œuf augmente progressivement de volume, poursuit sa multiplication tout en s'entourant d'annexes (Placenta, cordon ombilicale, liquide amniotique).

Il passe d'abord par un stade embryonnaire (2 mois) durant lequel se dessine une morphologie humaine. Ensuite, devenu fœtus il parchève cette formation continue et subit une maturation pendant encore 7 mois.

C'est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Afin d'identifier d'éventuelles complications et d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, le suivi de la grossesse est nécessaire.

En Afrique, plus particulièrement au sud du Sahara, la grossesse a toujours été et reste vécue dans la famille comme un événement valorisant pour la femme. [15]

Elle fait naître un grand espoir pour l'avenir et peut donner à la femme un statut social particulier très apprécié.

Par ailleurs, dans le monde médical, l'attente d'un nouveau né demeure la période la plus intéressante dans le domaine de la pratique obstétricale.

Cela explique, tout au moins en partie, le succès extraordinaire des consultations prénatales.

Quand au niveau décisionnel de l'état, l'intérêt accordé à la question de santé maternelle et néonatale demeure virtuel.

L'ONU incite les différents états membres à faire de la problématique mère-enfant un défi du siècle, il est remarquablement cité dans ses objectifs du millénaire [26] [27].

Selon l'OMS, chaque année :

- Plus d'un demi million de femme meurent de causes liées à la grossesse.
- 10,6 millions d'enfants décèdent dont 40% pendant le 1<sup>er</sup> mois.

Ce qui est tragique, c'est que ces femmes meurent non pas de maladie mais alors qu'elles sont en train de donner la vie. La majorité de ces décès pourraient être évités moyennant une action préventive et des soins appropriés. En dehors de ces femmes qui meurent, beaucoup d'autres présentent des pathologies dont elles gardent des séquelles parfois à vie. Chaque jour 1600 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement [15] [17].

Avec la nouvelle technologie, scientifique et médicale en particulier, la grossesse et l'accouchement devraient poser moins de problèmes pour la femme qui est la cible de ces 2 entités qui se succèdent, mais aussi pour l'entourage. Malheureusement surtout dans les pays en voie de développement, la grossesse constitue encore un problème de santé

publique à cause des conditions socio économiques défavorables de nos femmes enceintes.

En Afrique de l'ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes avaient effectués la C.P.N et celle-ci était assurée à 94,6% par les sages femmes.

Exemple à Bamako (Mali) : 86,5% par les sages femmes ; 2,8% par les infirmières et 1,6% par les médecins [17].

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est estimé à environ **582 pour 100.000 naissances vivantes** selon [EDS III] en 2001 soit : 1 décès maternel pour 100 naissances vivantes [13].

Dans la même enquête, nous avons un taux de mortalité néonatale à 71,57 pour 1000 naissances vivantes. Ce taux a légèrement baissé entre 2001-2006 et est actuellement de **50 pour 1000** naissances vivantes [EDS IV] [14].

De nombreux efforts ont été faits pour réduire le taux élevé de mortalité maternelle et néonatale. Néanmoins, notre situation en matière de la santé de la reproduction reste préoccupante.

La couverture actuelle en CPN est estimée à 75% pour Bamako et seulement 15% pour l'ensemble du pays en 2001. Actuellement 80% des accouchements sont assistés en milieu urbain, 38% en milieu rural 49% au niveau national [EDS IV] [14].

La couverture vaccinale des femmes enceintes (VAT) est estimée à : 59% pour Bamako et 49% dans les villes [EDS IV] [14].

Au regard des indicateurs qui nous paraissent peu élevés, on doit s'interroger à présent si les services offerts par les prestataires plus particulièrement en CPN sont de bonne qualité ou acceptables.

La mauvaise qualité ou l'absence de CPN sont sources de la morbidité et de la mortalité maternelle élevées.

Dans ce contexte, l'information délivrée par les professionnels de la santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. L'information a pour objectifs de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, des décisions concernant sa santé conformément à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [1].

Les CPN exigent une compétence et une attention particulières. Elles permettent de promouvoir la santé de la femme enceinte, prévenir ou guérir une maladie au cours de la grossesse.

A côté de la CPN de routine, une approche actualisée de SP appelée CPN recentrée ou CPN focalisée a vu le jour au Burkina en 2002 puis ici au Mali en 2004-2005. Cette CPN recentrée se définit comme :

L'ensemble des soins médicaux qu'une femme reçoit pendant la grossesse, aide à s'assurer qu'elle et son nouveau-né survivent à la grossesse et à l'accouchement en bonne santé [39].

\* Met l'accent sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur le nombre.

\* Part du principe que toute femme enceinte est à risque de complications et que toute femme devrait recevoir les mêmes soins de base y compris un suivi pour les complications.

\* Ne se fie pas à certains indicateurs de risque de la CPN de routine (Exemple : taille, position du fœtus avant 36 semaines).

Chaque CPN doit être menée par un personnel qualifié (Sage femme, médecin, infirmière) ou tout autre prestataire qualifié ayant les

connaissances, compétences et attitudes pour œuvrer vers l'accomplissement des buts des soins prénatals, tels que : [39]

- La détection et le traitement précoces des problèmes et complications ;
- La prévention des complications et des maladies;
- La préparation à l'accouchement et les préparatifs en cas de complications ;
- La promotion de la santé [39].

Ne nécessitant pas de grand moyen technique pour son déroulement adéquat, le choix de notre travail sur l'évaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de Kati est une étude transversale prospective concernant 380 cas et s'étendant du 02 octobre au 29 décembre 2006.

Pour sa réalisation, nous nous sommes fixés comme objectifs :

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Evaluer la qualité de la CPN à la maternité du CSRef de Kati.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer le respect des normes et procédures de la CPN à la maternité du CSRef de Kati ;
- Déterminer le niveau de qualification des prestataires de service de CPN à la maternité du CSRef de Kati ;
- Déterminer la qualité de l'accueil des femmes enceintes à la maternité du CSRef de Kati ;
- Identifier les raisons motivant les gestantes à fréquenter cette maternité ;

### **III. GENERALITES**

Les soins prénatals (SP), sont les soins médicaux qu'une femme reçoit pendant la grossesse, aident à s'assurer qu'elle et son nouveau-né survivent à la grossesse et à l'accouchement en bonne santé.

L'approche traditionnelle des soins prénatals se base sur l'hypothèse que davantage de visites résultent en de meilleurs soins pour la femme enceinte. L'approche actualisée reconnaît que des consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que, dans les pays en voie de développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier. Cette approche reconnaît aussi que, beaucoup de femmes identifiées comme étant «à haut risque», ne développent jamais de complications ; tandis que des femmes qui sont censées être «à faible risque» en développent souvent [39].

Les SPF se fient aux interventions éprouvées et axées sur des buts, qui sont appropriées à l'âge gestationnel de la grossesse, et qui visent les problèmes de la santé les plus prévalents affectant les femmes et les nouveau-nés.

En outre, les (SP) constituent une avance significative dans les soins obstétricaux. Ils sont une pratique universelle. Cependant l'application de ces soins n'est pas optimale faute des moyens.

#### **1- Historique :**

Depuis les années 40, la mortalité maternelle dans les pays développés est devenue de plus en plus rare.

Cependant, il n'en va pas de même dans les régions en développement où la persistance de taux élevés de mortalité maternelle est symptomatique d'un mépris généralisé des droits les plus

fondamentaux des femmes, dont souffrent en particulier les pauvres et les déshéritées, réduites à l'impuissance.

La mort est l'aboutissement d'un long cortège de souffrances pour plus d'un demi million de femmes et des millions d'autres restent meurtries et handicapées, beaucoup pour le reste de leur vie [42].

Ces souffrances ne sont pas seulement physiques mais empêchent aussi les femmes d'assumer leurs responsabilités sociales et économiques et de participer au développement de leurs communautés.

La mortalité maternelle est une tragédie pour les femmes, leur famille et leur communauté.

Une mortalité maternelle élevée n'est pas uniquement un "problème de femme". La mauvaise santé des mères et, corollaire inévitable - celle des nourrissons et des enfants - a des conséquences néfastes sur tous. Les femmes sont les piliers de la famille, celles qui éduquent les enfants, dispensent les soins de santé, s'occupent des jeunes et des plus âgés, cultivent la terre, font du commerce et sont souvent les principales sinon les seules pourvoyeuses de revenus. Une société privée de la contribution des femmes est une société qui verra sa vie économique et sociale décliner, sa culture s'appauvrir et son potentiel de développement se limiter sérieusement.

L'histoire montre que l'on peut sensiblement améliorer la situation lorsque des interventions clés sont en place (bonne stratégie médicale, volonté politique ou politique nationale courageuse et efficace). La mortalité maternelle a diminué en **Suède** dans le courant du XIXe siècle lorsqu'a été adoptée une politique nationale favorisant la présence de sages-femmes qualifiées à tous les accouchements et fixant des normes pour la qualité des soins. Au début du XXe siècle, le taux de mortalité maternelle en Suède était le plus faible d'Europe environ **230 décès**

pour 100 000 naissances vivantes contre plus de 500 pour 100 000 au milieu des années **1880** [23].

En Suède, pays présentant l'un des plus faibles taux de mortalité maternelle, la CPN est obligatoire depuis 1938 atteint aujourd'hui 100% des femmes enceintes.

- Au **Maghreb**, le pourcentage des consultations anténatales au Maroc, reste de l'ordre de 42%. Le recours aux soins prénatals au milieu urbain avoisine les 87% alors qu'en milieu rural il est de l'ordre de 40%. [(OMS 2003)] [27].

Au **Danemark**, au Japon, aux Pays-Bas et en Norvège, des stratégies semblables ont donné des résultats comparables.

En **Angleterre** et au Pays de Galles, aucune diminution de la mortalité maternelle n'a été visible avant les années 30; au niveau national, l'engagement politique ne s'est fait que lentement et la professionnalisation des soins obstétricaux a été retardée d'autant. Toutefois, dans chaque cas, la clé de ces diminutions a été la professionnalisation des soins liés à la maternité.

Aux **Etats-Unis d'Amérique**, où la stratégie avait été axée sur l'accouchement pratiqué par des médecins en milieu hospitalier, la mortalité maternelle est restée élevée, car il s'est avéré difficile de mettre en place des cadres et des mécanismes réglementaires appropriés pour garantir la qualité des soins. En 1930, le rapport de mortalité maternelle aux Etats-Unis d'Amérique était encore de 300 pour 100.000 naissances vivantes, contre 341 pour 100.000 naissances vivantes en Angleterre et au Pays de Galles [18].

Plus récemment, Sri Lanka a obtenu une diminution importante de la mortalité maternelle en un laps de temps relativement bref. De plus de 1500 pour 100 000 naissances vivantes en 1940-1945, la mortalité maternelle est tombée à 555 pour 100 000 en 1950-1955, à 239 pour

100 000 dix ans plus tard, puis à 95 pour 100 000 en 1980. Aujourd'hui, elle est de 30 pour 100 000. Ces améliorations ont été le fruit de la création d'un système de centres de santé dans tout le pays, du développement des compétences obstétricales et de la généralisation de la planification familiale.

La Chine, le Cuba et la Malaisie. Ces pays ont mis en place des services communautaires de santé maternelle, assurant les soins lors de la période prénatale, de l'accouchement et dans le post-partum, et des systèmes de transfert vers des services plus spécialisés en cas de complications obstétricales.

Ce que montrent clairement ces exemples, c'est que la richesse d'un pays n'est pas en soi le déterminant le plus important de la mortalité maternelle. Il y a de nombreux autres exemples de pays à PNB modeste qui ont réussi à obtenir une mortalité maternelle faible.

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le Sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence de Paris et Niamey en 1989, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995.

Aujourd'hui, on sait beaucoup mieux qu'il y a dix ans quelles sont les interventions efficaces, les obstacles qui interdisent l'accès aux soins, les limites imposées à l'exécution des programmes et les soins spécifiques qui doivent être assurés.

Tous ces enseignements ont été récemment mis au premier plan lors d'une consultation technique internationale organisée à Colombo, Sri

Lanka, en octobre 1997, pour marquer le dixième anniversaire de l'initiative Pour une maternité sans risque [22].

Aussi pour l'UNICEF:

L'amélioration de la santé maternelle est l'un des objectifs de la déclaration du Millénaire. Le 5e objectif, en particulier, a l'ambition de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 [26] [27].

## **2- Importance du problème:**

A l'heure actuelle, dans les pays à revenus élevés et à revenus intermédiaires, presque toutes les femmes enceintes utilisent les consultations prénatales sauf dans des groupes marginalisés tels que migrants, minorités ethniques, adolescentes célibataires, personnes très pauvres et communautés rurales isolées [27].

Malheureusement dans nos pays en voie de développement, la grossesse constitue encore un problème de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables. Elle peut engendrer des complications graves pour la vie de la mère et de l'enfant [17].

La violence dirigée contre les femmes ou l'exposition à des risques sur le lieu de travail ne sont pas toujours considérées par les femmes enceintes comme des problèmes que les agents de santé peuvent aider à résoudre, alors même qu'il s'agit aussi de problèmes de santé publique importants mais sous estimés.

D'autre part, Le manque de soins prénatals appropriés et de qualité dans les pays en développement représente un problème majeur. Dans ces pays, une proportion significative de femmes ne se présente pas aux visites prénatales et les femmes enceintes qui cherchent à rejoindre une consultation prénatale de routine ne le font que lorsque la grossesse est déjà assez avancée et/ou en de très rares occasions. Si l'on se base sur ce qui est habituellement enseigné, toutes les femmes enceintes,

indépendamment de leur risque, reçoivent comme consigne d'assister régulièrement (aux intervalles indiqués) à des visites prénatales. Le grand nombre de femmes qui doit être vu dans un temps limité est habituellement accablant pour le personnel sanitaire disponible.

Cela signifie moins d'attention à chacune et des soins non personnalisés. Dans de telles situations, il est hautement probable que des problèmes soient manqués.

En ce qui concerne les indices de santé maternelle, il y a des différences majeures entre les pays développés et les pays en voie de développement. Des problèmes tels que l'anémie, l'accouchement prématuré, le retard de croissance intra-utérin sont plus répandus dans les pays en voie de développement [42].

Aussi, les complications classiques de la grossesse comprennent la pré-éclampsie et l'éclampsie, qui touchent 2,8 % des femmes enceintes dans les pays en développement et 0,4 % dans les pays développés, mettant de nombreuses vies en danger puisqu'elles provoquent chaque année dans le monde 63 000 décès maternels.

Une hémorragie à la suite d'un hématome rétro placentaire ou d'un placenta prævia survient chez environ 4 % des femmes enceintes [28].

Au Mali, en particulier, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population [4].

Dans ce groupe, le taux de mortalité est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [EDS III] [13].

Selon l'OMS, les principales causes de mortalité maternelles au Mali sont :

- Les hémorragies 39%;
- L'HTA et ses complications telle que l'éclampsie) 19% ;
- Les RU (Ruptures Utérines) 15% ;
- Les infections 14%;

- Les GEU 8% ;
- Les avortements provoqués 5% ;
- Les dystocies ;
- Les causes indirectes de mortalité maternelle tels que l'anémie, le paludisme ;

Ces taux élevés de la mortalité maternelle pourraient être liées à des difficultés de soins prénatals résumés comme suite :

- Large population rurale illettrée ;
- Difficulté d'accès aux soins de santé ;
- Insuffisance de personnel de santé qualifié ou sa mauvaise répartition ;
- Début tardif des consultations prénatales ;
- Pauvreté ;
- Insuffisance du plateau technique et d'équipement nécessaire pour une bonne surveillance prénatale ;

Il y a également des différences significatives dans la distribution des populations (rurale ou urbaine) et dans leur accès aux soins. La plupart des études ont testé l'effet d'une réduction du nombre de visites plutôt qu'analysé un nouveau type de soins prénatals. De plus, la majorité d'entre elles émane de pays développés où la situation est clairement différente.

Les études du Zimbabwe et de l'OMS (menée en Argentine, à Cuba, en Thaïlande et en Arabie Saoudite) sont les plus importantes parmi les études qui sont l'objet de la revue et elles suggèrent tout de même que, dans certains pays en voie de développement, le nombre de visites prénatales peut être réduit par rapport au nombre conventionnel de visites, sans que cela ait des conséquences défavorables. Dans une population de femmes enceintes à bas risque et sur la base de cette revue, le nombre de visites prénatales orientée sur un objectif doit être d'au moins quatre [42].

En effet, au Mali, seulement 16% des accouchements sont assistés par le personnel médical à l'intérieure du pays et 46% à Bamako [17].

La lutte contre la mortalité materno-fœtale est l'un des objectifs essentiels de l'obstétrique moderne. Les pays développés ont réussi à réduire considérablement. L'essentiel du progrès a été observé entre 1930 et 1960 comme en témoignent les chiffres publiés :

En Suède : 7 pour 100.000 naissances vivantes entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [17].

En Angleterre et aux pays des Galles : 11 pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [18].

Aux USA 12 pour 100.000 naissances vivantes en 1974 contre 300 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [18].

En France, pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle est passé de 11,2 (1990-1994) à 7,5 (2000-2002). Malgré cette amélioration, la France reste « mal située » par rapport à d'autres pays de l'Europe. Le mauvais état de santé et l'absence de soins qui peuvent entraîner le décès au cours de la grossesse et de l'accouchement compromettent aussi la santé et la survie des nourrissons ou des enfants que ces femmes laissent derrière elles [3].

Il existe une corrélation non expérimentale entre l'évolution, les pratiques obstétricales et les progrès observés en matière de mortalité maternelle.

Nous ne savons pas aujourd'hui laquelle des deux mesures (médicale et sociale) a réellement changé les résultats. Le progrès est venu de leur association [29].

Parmi les facteurs qui ont permis de réduire la mortalité maternelle trois (3) sont essentiels :

- Le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU) :

\* Prise en charge des urgences obstétricales : Césarienne ; Anesthésie ; Traitements médicaux ; Transfusion sanguine ; Technique « Aspiration manuelle intra-utérine » (AMIU); Planification Familiale).

\* Soins néonataux spéciaux + réanimation néonatale.

Par une meilleure surveillance de la durée de l'accouchement, la pratique de certaines interventions obstétricales (forceps, ventouse, etc.) en cas de besoin, et les modalités thérapeutiques de l'administration de la sulfate de magnésium (MgSO<sub>4</sub>) dans la prévention des crises éclamptiques ;

- La vulgarisation des soins prénataux ;

- L'amélioration des conditions de vie des populations.

Bien que l'évaluation de la qualité des soins a débuté voila près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir du travail de Donabedian en 1966, puis dans les pays Anglo-saxons et par la suite en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Coll. Lacronique et Weeil. Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création aux USA de l'Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi sur la reforme hospitalière [17].

### **3- Conséquences des décès maternels :**

Le décès d'une mère a des répercussions sur l'ensemble de la famille et sur plusieurs générations. Les complications qui sont à l'origine de décès ou d'incapacités chez les mères ont aussi des conséquences sur les enfants qu'elles portent.

Sur près de 8millions de décès de nourrissons observés chaque année, les deux tiers environ surviennent pendant la période néonatale, avant l'âge d'un mois; 3,4millions d'entre eux surviennent pendant la première semaine et résultent pour une bonne part de soins inadaptés pendant la grossesse [17] [26].

La mortalité maternelle est un indicateur de la différence et de l'inégalité entre les hommes et les femmes et son importance est révélatrice de la place des femmes dans la société et de leur accès aux services sociaux, sanitaires et nutritionnels, tout comme à la vie économique [27].

Il est important d'exercer une surveillance régulière pour que les foetus, entièrement dépendant de l'organisme maternel, bénéficient des meilleures conditions de développement.

#### 4- Définitions :

\* **La qualité des soins** : Définir le concept de qualité des soins n'est réalisable que lorsque l'on a admis qu'il s'agit d'une notion difficile à déterminer, variable à la fois dans le temps et dans l'esprit des personnes par qui elle est analysée. Comment, en effet, définir la qualité d'une profession au contenu varié, si peu observable et mesurable, contenant tant de "petites choses" ? Différentes définitions permettent tout de même, de mettre en évidence les composantes essentielles de la qualité des soins [8].

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) » [8] [15].

- Pour les **Américains**, La qualité des soins recouvre cinq composantes :

= L'efficacité médicale.

= La conformité aux normes scientifiques admises par les plus hautes autorités en la matière.

= L'adéquation entre l'offre de prestation et les besoins des malades.

= La sûreté (minimum de risques pour le malade).

= L'efficacité économique permet, à qualité égale, une utilisation optimale des ressources disponibles [8] [9].

- Selon l'**OMS**, la qualité des soins de santé consiste à « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

\* **L'évaluation** (Selon l'OMS) : C'est un processus systématique et scientifique visant à apprécier la mesure dans laquelle une activité ou une série d'activités a permis d'atteindre des objectifs prédéterminés. Ce processus implique la mesure de l'adéquation, de l'efficacité et du rendement des services de santé. Il aide à redistribuer les priorités et les ressources en fonction de l'évolution des besoins [20].

\* **L'évaluation de la qualité des soins** (Selon l'OMS) : C'est une procédure scientifique et systématique visant à déterminer la mesure dans laquelle une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés [20].

\* **Surveillance prénatale ou consultation prénatale (C.P.N)** : La C.P.N est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à trois (3) fins essentielles :

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

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

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

\* **Les normes** : Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert.

\* **Les procédures** : Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires.

\* **La santé de la reproduction** : « En matière de santé de la reproduction, on entend le bien être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie » [30].

\* **La périnatalité** : Au Mali, la périnatalité couvre la période allant de la 28<sup>eme</sup> semaine de la grossesse au 7<sup>eme</sup> jour après l'accouchement.

\* **La mortalité maternelle (OMS)**: La mort maternelle 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 [27].

\* **Le taux de mortalité maternelle (OMS)**: C'est le rapport des décès maternels observés durant une année, au nombre des naissances vivantes de la même année, généralement exprimé pour 100 000 [27].

\* **La fécondation** : C'est la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule mur, puis la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes qui donne un œuf diploïde, et déclenche le développement [31].

\* **La grossesse** : C'est le phénomène continu qui débute à la fécondation et prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

\* **Les facteurs de risque** : Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, peut mettre la santé de la mère ou de l'enfant en danger.

\* **La grossesse à risque** : C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques.

\* **La maternité sans risque** : C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement [11][17].

Cette définition coïncide avec celle de l'OMS à la conférence internationale sur la population et le développement (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 afin d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liés à la grossesse.

\* **L'aire de santé ou secteur sanitaire** : Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

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

\* **Le paquet minimum d'activité (PMA)** : Il signifie l'offre d'activités intégrées des soins de santé. Il comporte des activités préventives,

curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, des consultations pré et post-natales avec les accouchements et les vaccinations.

\* **La référence** : C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale.

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

#### **IV. METHODOLOGIE :**

##### **1- Cadre d'Etude :**

Notre étude a été réalisée dans le centre de santé de référence de Kati. C'est une structure sanitaire de 2<sup>eme</sup> niveau, relevant de la Direction Régionale de la Santé de Koulikoro.

##### **- Présentation de la commune urbaine de Kati :**

Située à 15km du district de Bamako, la commune urbaine de Kati est limitée au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago, à l'Est par la commune rurale de Safo, au Sud par la commune III de Bamako, à l'Ouest par la commune rurale de Dougabougou.

Elle est composée de 13 quartiers, 3 villages et 1 hameau.

Avec une population de 73 646 habitants dont 37 560 femmes avec 42% de jeunes et un taux d'accroissement naturel de l'ordre de 3,4%, la ville de Kati par sa situation géographique et stratégique (Plus grande région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économiques et culturelles du Mali avec des bambara, malinké, peulh, soninké, mossi, kassonké, sonrhaï, ouolof, bobo, dogon, et senoufo, miniaka, haoussa, maure et diawando.

On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%).

La commune urbaine de Kati dispose d'un Etablissement Public à caractère Hospitalier (EPH), d'une Infirmerie Hôpital de Kati, de quatre CSCOM, d'une PMI (CMIE), d'un dispensaire de l'Eglise catholique, de 10 officines pharmaceutiques et d'un CSREF dans lequel s'est déroulée notre étude.

##### **- Présentation du cs.ref de Kati :**

Situé en plein cœur de la ville de Kati, il recouvre 35 aires de santé. Il s'agit d'un centre de santé de cercle, placé sous la direction d'un médecin-chef et ayant une vocation de centre de référence pour les

autres établissements de santé du cercle. Toutefois, les activités chirurgicales et la radiographie n'y sont pas encore praticables, vu le plateau technique en place.

Ce service est composé de :

- \* un bureau des entrées ;
- \* une unité de consultation externe ;
- \* sept (7) salles d'hospitalisation de médecine ;
- \* un laboratoire d'analyse ;
- \* un service social ;
- \* un service d'hygiène et assainissement ;
- \* un bureau de S.I.S (Système d'Information Sanitaire) ;
- \* une unité d'ophtalmologie ;
- \* un centre optique ;
- \* une salle de réunion ;
- \* des bureaux de médecin dont celui du médecin chef ;
- \* un bâtiment comportant trois (3) blocs opératoires ;
- \* des salles d'hospitalisation chirurgicale ;
- \* une unité PEV (Programme Elargi de Vaccination) ;
- \* un dépôt de vente des médicaments;
- \* un DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- \* et un bâtiment crée comme maternité depuis **1952** après la création du marché de la ville de Kati et de la première école fondamentale, par un missionnaire Français (monsieur **SOULI**), dans lequel s'est déroulée notre étude.

Cette maternité comporte :

- \* une salle d'accouchement avec deux (2) tables d'accouchement ;
- \* une salle d'observation ;
- \* une salle de garde des sages femmes ;
- \* une salle de garde des infirmières ;

- \* une unité de suite de couches ;
- \* une unité de consultation post natale et de planification familiale ;
- \* une unité de CPN ;
- \* une unité de vaccination ;
- \* un bureau de consultation externe ;
- \* une unité d'échographie ;
- \* une salle des internes ;
- \* une salle d'hospitalisation pour la maternité comportant six (6) lits ;
- \* deux (2) toilettes.

Le personnel de la maternité se compose de :

- \* un médecin généraliste de profil gynéco obstétrique ;
- \* six (6) sages femmes dont une maîtresse ;
- \* douze (12) infirmières dont six (6) obstétriciennes ;
- \* quatre (4) aides soignantes ;
- \* huit (8) matrones en formation ;

Ce personnel assure :

Sept (7) jours/sept (7) les activités des unités ;  
une garde quotidienne avec une sage femme comme chef d'équipe ;  
une visite générale des malades et accouchées tous les jours.

## 2- **Type d'étude** :

Il s'agit d'une étude Prospective transversale portant :

- Sur l'évolution de la qualité des soins et des services de soins ; et  
comporte :

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

## 3- **Période d'étude** :

L'étude s'est étendue sur 3 mois, du 02 octobre au 29 décembre 2006.

## 4- **Populations étudiées** :

Notre population cible était constituée d'une part des prestataires de service de CPN et d'autre part des femmes enceintes utilisatrices des services.

## 5- **Echantillonnage** :

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

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

### a. **Critère d'inclusion** :

- Les prestataires de CPN.
- Toutes les gestantes qui se sont présentées au centre pour CPN pendant notre période d'étude et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et à notre questionnaire.

Il concernera l'accueil, les gestes techniques réalisés par le personnel au cours de la CPN et l'opinion de la gestante sur la qualité des activités.

### b. **Critères de non inclusions** :

- Les prestataires n'ayant pas le profil ou la compétence pour pratiquer la CPN.
- Toute gestante ayant refusé de se soumettre à notre questionnaire et celle ayant refusé l'examen obstétrical pour toute autre raison.

### c. **Taille minimum de l'échantillon** :

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à partir de la formule suivante : La formule pour le calcul de la taille pour une étude descriptive

$$n = \hat{\mu}_{i\pm}^2 PQ / i^2$$

$$\hat{\mu}_{i\pm}^2 = 1,96 \times 1,96 = 3,8416$$

$$P = 55\% = \text{Fréquence des CPN au cs.ref. de Kati.}$$

$$i^2 = 0,05 \times 0,05 = 0,0025$$

$$P = \text{fréquence de la CPN} = 0,55$$

$$Q = 1 - P = 0,45 \text{ avec une précision } i = 0,05$$

$$\text{Donc } n = \hat{\mu}_{i\pm}^2 PQ / i^2 = 3,8416 \times 0,55 \times 0,45 / 0,0025 = 380,3$$

Risque d'erreur 5%, une précision de 5% et un taux de couverture actuel de 55%, la taille de notre échantillon est de **380 femmes enceintes vues en CPN.**

6- **Critères de jugement** :

- La politique sectorielle de santé ;
- Les normes et procédures en CPN ;
- Les Soins Prénatals Recentrés.

7- **Support des données ou instrument de collecte de données** :

Nous avons essentiellement procédé au remplissage des questionnaires pré-établis :

- Un questionnaire (observation CPN)
- Un questionnaire (opinion sur les CPN),

à l'analyse des variables tirées de l'observation des étapes au cours d'une CPN et au dépouillement des fiches d'enquêtes.

a. **Techniques de collecte** :

L'étude étant qualitative, elle s'est inspirée de ce fait du postulat de DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des soins et des services et a comporté :

- Une étude des structures ;
- Observation des agents du centre (médecins, sages femmes, infirmière obstétriciennes, matrones.) au cours de la CPN en notant la réalisation ou non des gestes techniques et d'autre part à faire un entretien avec les gestantes de façon discrète.

b. **variables étudiées** :

- **Etude des structures** :

Basée sur un recueil rétrospectif des données du service :

Une description des capacités de production (locaux, équipements et ressources humaines).

Une présentation du système de tarification des soins.

**- CPN :**

Les caractéristiques de la gestante ;  
La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante ;  
L'accueil ;  
Le nombre de CPN ;  
La réalisation des gestes techniques ;  
Les soins préventifs ;  
La présence de facteurs de risque ;  
Les prescriptions ;  
Les relations humaines ;  
Les conseils donnés à la gestante ;  
Les rendez-vous ;  
L'opinion de la femme sur la qualité des prestations ;

**- L'analyse de l'opinion des gestantes :**

Complément de l'étude des procédures. Les gestantes sont interrogées par rapport à leur opinion sur les prestations.

**8- Plan d'analyse et de traitement des données :**

Le traitement des données a été fait par l'ordinateur Windows XP2000. Les logiciels Epi-info6.04 version française et Word ont été utilisés.

Les résultats seront sous formes de tableaux ou de graphiques.

**9- Niveau de qualité de la structure :**

Les exigences et attentes pour effectuer un service de qualité dans la structure sont définies dans le référentiel pour l'analyse de la qualité des soins en milieu urbain. Ces références sont en rapport avec [15]:

**- Les normes architecturales :**

- \* Matériaux de construction ;
- \* Etat du local ;

\* Système de protection (contre la poussière) et la clôture.

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

\* Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées ;

\* Présence et qualification du personnel d'accueil ;

\* Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

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

\* Structure de la salle.

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

\* Equipement ;

\* Personnel ;

\* Formation du personnel ;

**- Le dépôt de médicaments :**

\* Normes architecturales ;

\* Equipement ;

\* Mode d'approvisionnement ;

\* Formation du personnel ;

**- Etat des toilettes :**

\* Normes architecturales ;

\* Equipement ;

\* Propreté ;

**- Le Système d'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets :**

\* Robinet ou puits ;

\* Poubelles ;

\* Incinérateur ;

**- Le système d'éclairage et la communication :**

\* Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet ;

\* Réseau public, groupe électrogène.

**10- Système de classement :**

Une cotation (0 ; 1) a été faite pour les critères si haut identifiés.

Chaque référence composée de critères a été aussi coté de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliquée à l'échelle d'évaluation pour un centre donné permettait d'évaluer le niveau de qualité de la structure.

Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les références est de 40. L'échelle d'évaluation se présentera comme suit :

- **Niveau 4** : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40.
- **Niveau 3** : **75** à 94% de sc. Maxi. Soit un sc. Total de 30 à 37,99.
- **Niveau 2** : 50 à 74% de sc. Maxi. Soit un sc. Total de 20 à 29,99.
- **Niveau 1** : moins de 50% de sc.maxi. Soit un sc. Total < à 20

NB : A=4, B=3, C=2, D=1

Le niveau de qualité des CPN sera déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminantes.

L'analyse portera sur 2 types d'échelles :

Une première échelle où les CPN sont dites :

- « **De bonne qualité** » si toutes les variables discriminatoires sont réalisées ;
- « **De moins bonne qualité** » de « **non-qualité** » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

Une deuxième échelle où les CPN seront classées en quatre niveaux de qualité :

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

Cette échelle sera appliquée aux dimensions qui avaient quatre variables et plus. C'est ainsi qu'elle va nous permettre de déterminer pour le centre la proportion de gestantes recevant des soins de bonne

ou d'assez bonne qualité (Q4, Q3) et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

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

- Niveau IV : 75 à 100% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité ;
- Niveau III : 50 à 74,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité ;
- Niveau II : 25 à 44,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité ;
- Niveau I : moins de 25% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité ;

**11- Aspects Ethiques :**

Les noms des femmes ne vont pas apparaître dans la thèse.

Une gestante n'est incluse dans l'étude qu'après ses consentements éclairés.

## **V. RESULTATS :**

### **ETUDE DES STRUCTURES**

Cette étude comporte :

Les données physiques (locaux ; équipement), les données humaines.

\* **Le bâtiment** : Construit en dur et en très bon état.

L'unité de consultation prénatale était, au moment de notre étude constituée de :

- Une salle d'attente avec deux bancs servant d'accueil des gestantes, deux pèses personne ;

- Une pièce pour la consultation prénatale.

- Une pièce servant de salle d'examen obstétrical.

\* **Inventaire du mobilier non spécifique et technique** :

L'unité CPN comportait : 1 armoire, 1 bureau, 2 bancs, 1 table gynécologique, 2 chariots, 1 escalier pour monter sur la table.

\* **Inventaire des petits équipements** :

Il y'avait dans l'unité CPN : 1 tensiomètre ; 1 stéthoscope biauriculaire ; 1 stéthoscope obstétrical ; 1 toise pour adulte ; 2 pèses personnes adulte ; 3 mètres rubans ; 10 spéculums.

\* **Le personnel de l'Unité CPN était composé de** :

2 sages femmes qui assurent la permanence tous les jours ouvrables, (1-4) sages femmes font un système de rotation par trimestre ; 1 infirmière obstétricienne et 2 matrones stagiaires.

Les locaux sont en bon état.

\* **Dépôt de vente** : où on trouvait des médicaments en DCI. La source d'approvisionnement était la PPM (Pharmacie Populaire du Mali) et d'autres pharmacies grossistes privées. Cette source d'approvisionnement est le schéma directeur d'approvisionnement en médicament essentiel tracé par la politique sectorielle.

\* **Les moyens de transport sont** :

- Une ambulance servant la liaison entre le centre et les autres structures de santé.
- Trois véhicules pour les missions de supervision et autres déplacements des agents du centre.

**\* L'éclairage et l'approvisionnement en eau :**

Ils étaient assurés par le réseau public.

Il y'avait des chasses d'eau pour le personnel et des latrines pour les patientes.

Le centre disposait d'un téléphone pour les appels sur fixe du domicile du médecin chef et pour la réception.

**\* Le système de tarification pour les CPN :** 2000 francs CFA pendant toute la période des CPN.

Le carnet de vaccination coûte 100 francs CFA donc un coût total de 2100 francs CFA.

**Tableau 1 : Niveau de qualité des structures au CSREF de kati.**

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
Normes architecturales	+				4	Protection contre la Poussière et les moustiques satisfaisants.
Dispositif d'accueil et d'orientation	+				4	Dispositif du personnel assistant.
Structure /équipement unité CPN		+			3	Matériels techniques de bonne qualité mais insuffisants (spéculum).
Equipement de la salle d'attente	+				4	Salle d'attente équipée et de bonne qualité.
Unité hospitalisation suites de couche	+				4	6 lits pour une (1) salle de propreté et de ventilation suffisantes. Matelas plastifiés en bon état.
Dépôt de vente normes architecturales et coût des médicaments	+				4	Protection suffisante contre la poussière, initiative de Bamako (IB) est appliquée.
Laboratoire/fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants tels que : Groupage rhésus, GE, Widal, NFS-VS
Etat des toilettes	+				4	Intimité respectée propreté suffisante
Bloc opératoire				+	1	Matériel technique incomplet Absence de service de réanimation adéquate. Non fonctionnel.
Système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets	+				4	Existence d'un réseau public D'un incinérateur Déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical
Unité hospitalisation du bloc Opératoire			+		2	6 salles sans lit. Propre, Ventilation et protection anti-moustique. Unité non fonctionnelle.
Système d'éclairage et de Communication.			+		2	Réseau public Téléphone pour la réception Un groupe électrogène non Fonctionnel

Le score obtenu = 40/48. Donc le maximal choisi est atteint.

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

Pour un score maximal (Sc.Maxi) = 40

Les niveaux de qualité sont:

Niveau 4= 95-100% sc.maxi. soit 38-40

Niveau 3= 75-94% sc.maxi. soit 30-37,99

Niveau 2= 50-74% sc.maxi. soit 20-29,99

Niveau 1= moins de 50% sc.maxi. soit moins de 20.

Le centre est de **niveau 4**, les références évaluées ici sont très satisfaisantes.

**CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON :**

**Tableau 2 :** Répartition des gestantes en fonction des tranches d'âge.

Tranches d'âge (ans)	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Moins de 16 ans	18	4,7
16-19 ans	81	21,3
20-24 ans	95	25
25-29 ans	89	23,4
30-34 ans	61	16
35-39 ans	31	8,2
40 ans et plus	5	1,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

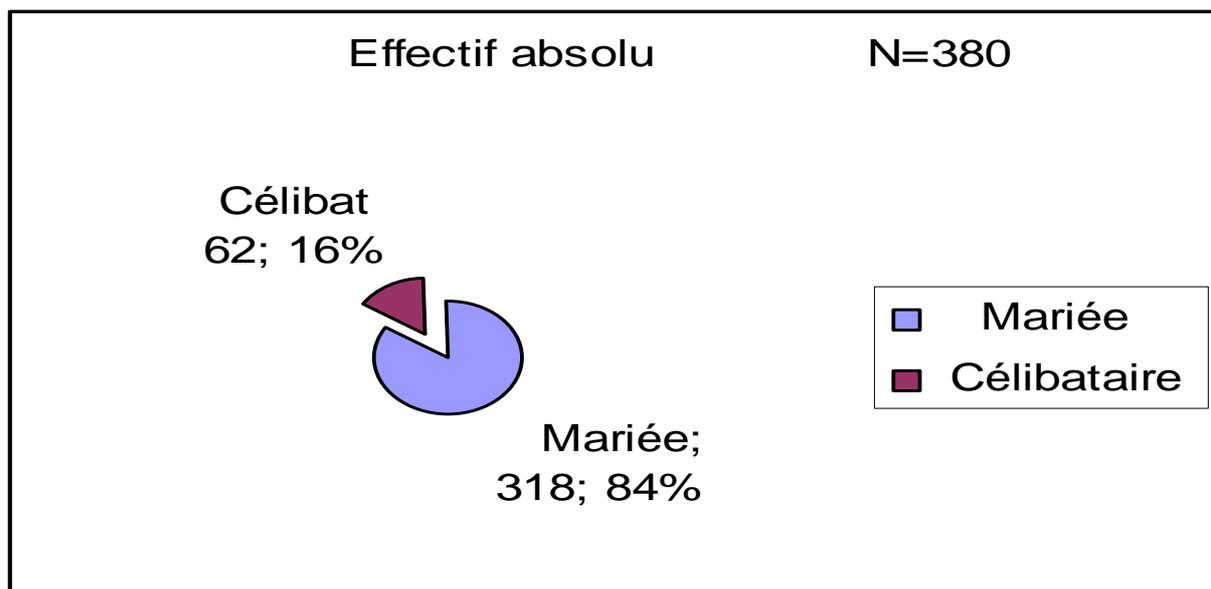
Ddl= 379 valeur de p=0.00000

Erreur type=0.325

Il s'agit d'une population majoritairement jeune avec 74,5% des gestantes de moins de 30 ans.

La gestante la plus jeune avait 13 ans et la plus âgée avait 44 ans.

**Figure 1:** Répartition des gestantes en fonction de leur statut matrimonial.



**Tableau 3 :** Répartition des gestantes en fonction du niveau d'alphabétisation.

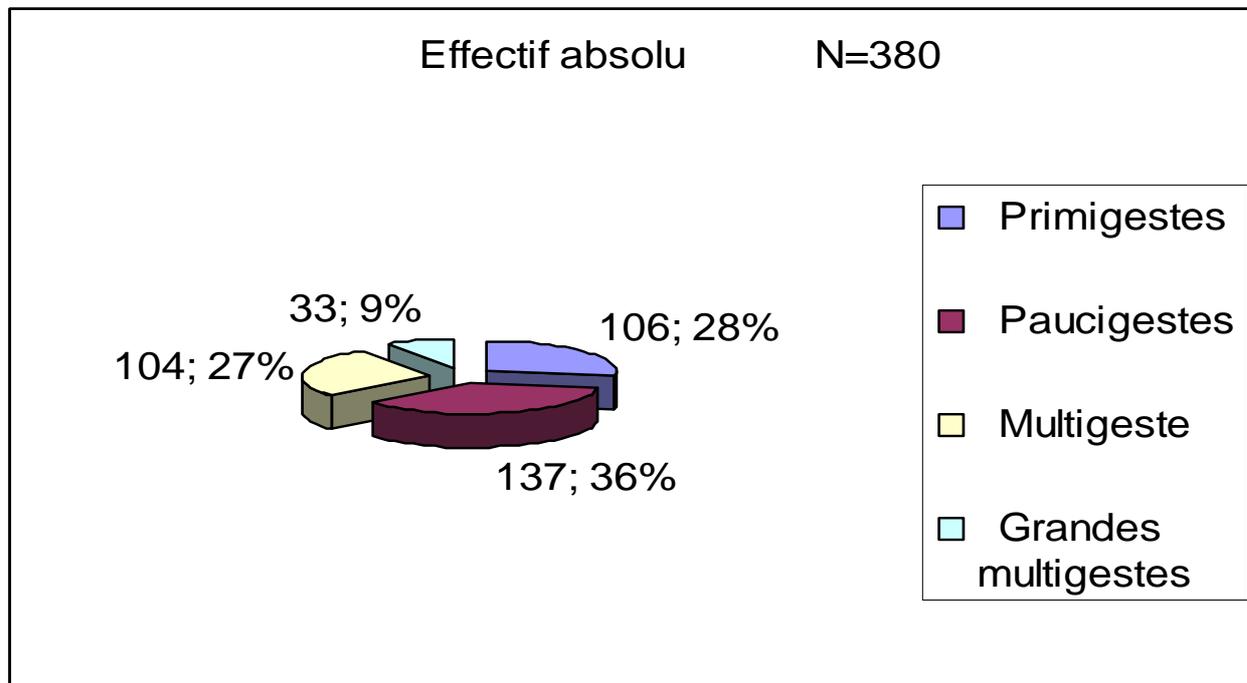
Niveau d'alphabétisation	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
-Non scolarisée en Français	<b>192</b>	<b>50,5</b>
-Etude coranique	15	3,9
-Primaire (français)	142	37,4
-Secondaire (français)	23	6,1
-Supérieur (français)	8	2,1
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

**Tableau 4 :** Répartition des gestantes en fonction de la profession.

Profession	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Ménagères	<b>258</b>	<b>67,9</b>
Commerçantes	5	1,3
Elèves	33	8,7
Etudiantes	9	2,4
Fonctionnaires	11	2,9
Aides ménagères	13	3,4
Vendeuse	46	12,1
Autres	5	1,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

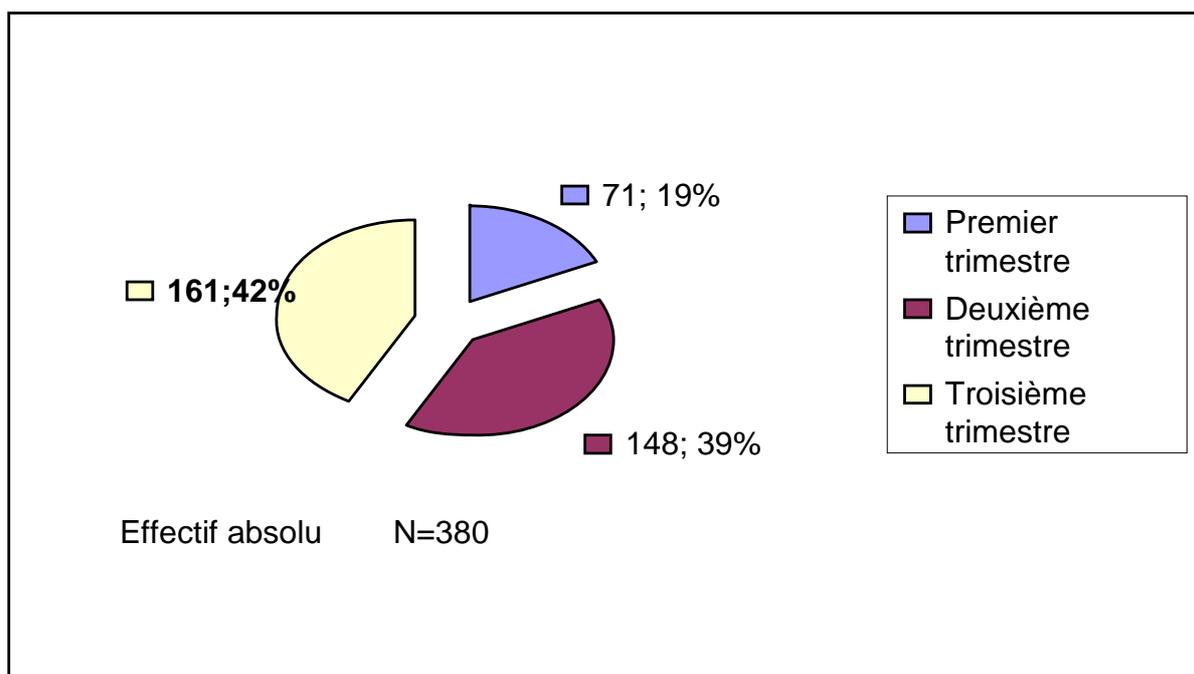
NB : Autres= Couturières, tresseuses et teinturières.

**Figure 2 :** Répartition des gestantes en fonction de la gestité.



Ddl=379 valeur de p=0.00000 Erreur type=0.109

**Figure 3:** Répartition des gestantes en fonction de l'âge de la grossesse.



Ddl=379 valeur de p=0.00000 Erreur type=0.115

**Tableau 5 :** Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN réalisées.

Nombre de CPN réalisées	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
1	<b>235</b>	<b>62</b>
2-3	132	35
Plus de 3	13	3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Ddl=378 valeur de p=0.00000

Erreur type=0.049

### DOMAINE DE QUALITE :

#### Respect physique et psychique

**Tableau 6 :** Répartition des gestantes en fonction des conditions d'accueil.

Conditions d'accueil	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
-Salutation	377	99,2
-Invitée à s'asseoir	378	99,5
-La bonne attitude	380	100
-Gentillesse du ton	380	100
-Manifestation d'intérêt Pour la gestante	368	96,8
-Salutation d'usage au Départ	379	99,7

L'accueil était de bonne qualité.

**Le respect physique et psychique était de bonne qualité.**

**Tableau 7 :** Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité.

Respect de l'intimité	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
-Absence de tierce personne pendant l'interrogatoire	15	4
-Présence d'autres membres du personnel	379	99,7
-Présence des accompagnatrices	4	1,1
-Présence d'autres gestantes	0	0
-Entrées et sorties injustifiées	0	0
-Examen à l'abri des regards	380	100
-Présence de plusieurs sages Femmes	1	0,3

Ddl=379 valeur de p=0.00000

Erreur type=0.039

En dehors de la présence d'accompagnatrices (1,1%), les autres paramètres du respect de l'intimité étaient de bonne qualité.

### Etude analytique :

#### La qualité de la dimension humaine au cours de la CPN.

**Tableau 8 :** Répartition des gestantes selon la qualité de l'interaction patient- soignant.

Qualité de l'interaction patient-Soignant	Effectif absolu N= 380	Pourcentage (%)
Respect physique et psychique	380	100
Respect de l'intimité	365	96
Respect de la confidentialité	376	99

**Tableau 9 :** Analyse discriminatoire du niveau de qualité «de la qualification du personnel de santé au cours des visites prénatales» dans le CSREF.

Qualification du Personnel	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Médecin	26	6,8
Sage Femme	267	70,3
Infirmière obstétricienne	87	22,9
Matrone	0	0
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Les CPN ont été effectuées à 100% par du personnel qualifié.

**DEMARCHE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE :**

Interrogatoire au cours de la CPN :

Interrogatoire sur la situation personnelle de la gestante.

**Tableau 10 :** Répartition des gestantes en fonction du recueil des Paramètres de l'identification de la situation personnelle.

Paramètres d'identification de Situation personnelle de la gestante	Effectif absolu N= 380	Pourcentage (%)
Age	380	100
Situation socio-économique de la Famille :		
-Bas niveau	113	29,7
-Niveau moyen	184	48,4
-Niveau favorable	83	21,8
Profession de consultante	380	100
Niveau de scolarité	173	46
Profession du mari	380	100
Lieu de résidence (village/quartier)	380	100
Durée de présence à Kati	0	0
Distance Parcourue	380	100
Moyen de transport utilisé pour venir Au centre	380	100

Ddl=379 valeur de p=0.00000

Erreur type=0.325

La durée de présence à Kati n'était pas déterminée.

**Tableau 11 :** Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD obstétricaux.

Interrogatoire sur les ATCD obstétricaux	Effectif absolu N= 380	Pourcentage (%)
Nombre de grossesse	380	100
Nombre d'accouchement	380	100
Nombre de naissances vivantes	380	100
Nombre d'enfants décédés	380	100
Nombre d'avortement	380	100
Nombre de mort-né	276	73
Demande état de santé des enfants	0	0
Césarienne	7	1,8
Forceps ou ventouse	2	0,5
GEU	0	0
Histoire des accouchements	2	0,5
Hémorragie au cours de la grossesse ou après accouchement	0	0

Ddl=379 valeur de p=0.00000

Erreur type=0.109

La notion de césarienne, d'application de ventouse ou forceps, d'histoire des accouchements étaient rarement demandées avec des pourcentages respectifs : (1,8%), (0,5%) et (0,5%).

#### **Recueil des ATCD chirurgicaux :**

- Utérus cicatriciel : 7/380 gestantes avaient subi une césarienne.
- Accouchement instrumentalisé : 2/380 gestantes avaient accouché par ventouse.
- Aucun autre ATCD chirurgical n'a été signalé.

**Tableau 12 :** Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD médicaux.

ATCD médicaux	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Infection urinaire	367	96,6
HTA / Eclampsie	373	98,2
Diabète	380	100
Affection cardiaque	378	99,5
Tuberculose	1	0,3
IST	5	1,3
Drépanocytose	377	99,2
Autres	53	14

Ddl=379 valeur de p=0.00028

Erreur type=0.009

L'ATCD de diabète a été recherché chez 100% contre 98,2% des gestantes pour l'HTA et seulement 0,3% pour la tuberculose.

**Interrogatoire sur la DPA chez les gestantes :** La DDR était connue dans 83/380 soit 21,8% contre 379/380 soit 99,7% pour l'âge de la grossesse.

### Interrogatoire sur le déroulement de la grossesse chez les gestantes.

**Tableau 13** : Répartition des gestantes en fonction du recueil des paramètres concernant le déroulement de la grossesse.

Paramètre	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Vomissement	100	26,3
Fatigue	72	18,9
Survenue de palpitation	32	8,4
Survenue de dyspnée	17	4,5
Survenue d'oedème	16	4,2
Perception MAF	283	74,5
Pertes liquidiennes	1	0,3
Leucorrhées	286	75,3
Métrorragies	0	0
Troubles urinaires	86	22,6
Fièvres	147	38,7
Douleur abdominale	0	0
Autres (vertiges, etc....)	74	19,5

Trois (3) éléments fondamentaux (Présence de MAF, Notion d'écoulement liquidien, Notion de fièvre) ont été pris en compte contre deux (2) autres (Métrorragie, Douleur abdominale) totalement absentes.

**L'interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la grossesse était très rare (15/380) soit 3,9%.**

**Tableau 14** : Répartition des gestantes en fonction du recueil des paramètres d'examen physique.

Paramètre d'examen physique	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Pesée	380	100
Mesure de la taille	380	100
Recherche de boiterie	310	81,6
Aide à monter sur la table	2	0,5
Examen des conjonctives	380	100
Mesure de TA	380	100
Enlève soutien gorge	0	0
Auscultation cardiaque	3	0,8
Auscultation pulmonaire	3	0,8
Appréciation du bassin au 3 <sup>eme</sup> trimestre	0	0
Mesure de la HU	376	99
Auscultation BCF	293	77,1
Recherche d'œdème	380	100
Détermination position du fœtus	309	81
Examen au spéculum	292	77
Toucher vaginal	380	100
Aide à descendre	2	0,5
A l'abri des regards indiscrets	380	100
Gain de poids	0	0

Ddl=379 valeur de p=0.00000

Erreur type=0.320

L'appréciation clinique du bassin au 3<sup>eme</sup> trimestre n'a nulle part été prise en compte.

### Pratique de la prévention des infections.

**Tableau 15 :** Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des gestes liés à l'hygiène de la CPN.

Paramètres d'hygiène	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Tissu usage unique posé sur la table	0	0
Tissu (pagne) posé sur la table	380	100
Le praticien se lave les mains après chaque examen	75	20
Utilisation de doigtiers/gants	380	100
Au moins une faute d'hygiène	380	100

Toutes les gestantes (100%) ont été examinées sans le lavage des mains ; soit au moins une faute d'asepsie causée pendant l'examen.

### Enregistrement des données.

**Tableau 16 :** Répartition des gestantes en fonction des données enregistrées.

Enregistrement des données	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Informations enregistrées dans le registre de CPN	380	100
Informations enregistrées dans le carnet de santé	118	31,1
Informations enregistrées dans la FOSG	262	68,9

Les 31,1% des gestantes ont réclamé le carnet de santé.

### Examen général.

**Tableau 17 :** Répartition des gestantes en fonction des gestes pratiqués au cours de l'examen général.

Examen général de la femme	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Vessie vidée	10	2,6
Explication sur le déroulement de l'examen	218	57,1
La femme a été invitée à se déshabiller gentiment	380	100
L'état général de la femme a été observé	320	84,2
Pesée et mesure de la taille réalisées	380	100
La femme est aidée à s'installer sur la table d'examen	2	0,5
Toutes les parties du corps sont examinées	200	53
La femme a eu des explications sur les résultats des examens	377	99,2

Ddl=379 valeur de p=0.00000

Erreur type=0.320

Deux (2) gestantes ont été aidées à monter sur la table d'examen.

### Continuité des soins.

**Tableau 18 :** Répartition des gestantes en fonction de la pratique du prestataire sur la continuité des soins.

Paramètre de la continuité des soins	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Evolution de grossesse	377	99,2
Rendez-vous	374	98,4
Il a précisé quand revenir	373	98,2
Il a dit où aller accoucher	218	57,4
Il a précisé les raisons et le lieu	219	57,6
Il a expliqué les signes d'alerte et la CAT	161	42,5

Les signes d'alerte et la CAT n'étaient précisés aux gestantes que dans 42,5% des cas.

**Autonomisation.**

**Tableau 19 :** Répartition des gestantes en fonction de la réalisation des paramètres relatifs à « L'autonomisation de la consultante ».

Paramètre d'autonomisation	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
DPA	83	21,8
Expliquer comment évoluait la grossesse	377	99,2
Expliquer les signes d'alerte et la CAT	161	42,5
Demande d'examens paracliniques	368	96,8
Expliquer les raisons de cette demande	368	96,8
Lui dire où aller accoucher	218	57,4
Lui dire pourquoi	219	57,6
Il lui a expliqué le déroulement de la Consultation	224	58,9

La DPA n'était connue que dans 21,8% des cas.

**Par rapport aux conseils donnés à la gestante :**

Les conseils donnés aux gestantes par rapport au repos, aux IST/SIDA et à l'alimentation étaient très rares avec respectivement des proportions de 3,4% ; 4,2% et 5,8%.

### Accès au centre.

**Tableau 20 :** Répartition des gestantes selon les moyens de transport utilisés.

Moyens de transport utilisés	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Venues à pied	<b>245</b>	<b>64,5</b>
Transport en commun (SOTRAMA)	98	25,8
Taxi	4	1,1
Véhicules personnels	6	1,6
Autres (vélomoteurs et motocyclettes)	27	7,1

### Organisation pratique et commodité de la CPN.

**Tableau 21 :** Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'organisation de la CPN et les commodités pratiques.

Questionnaires explorés	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Respect de l'ordre de passage	380	100
Mode d'installation :		
Très inconfortable	0	0
Assez inconfortable	10	3
Assez confortable	300	78,9
Très confortable	70	18,4
Ignore l'existence de toilettes	153	40,3
Affirme l'existence de toilettes propres	226	59,5
Affirme l'existence de toilettes sales	1	0,3

Les gestantes étaient consultées par ordre d'arrivée. Seules 3% des gestantes déclaraient être assises de façon inconfortable.

### Critère de choix du centre.

**Tableau 22 :** Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix du centre.

Critère de choix du centre	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Proximité du domicile	<b>133</b>	<b>35</b>
Connaissance d'un personnel au centre	<b>139</b>	<b>36,6</b>
Prise en charge rapide	1	0,3
Compétence du personnel	44	11,6
Personnel accueillant	4	1,1
Bon tarif des médicaments	4	1,1
Sur conseil d'une connaissance	52	13,7
Autres	3	0,8
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

### Demande des examens paracliniques.

**Tableau 23 :** Répartition des gestantes selon la nature des examens paracliniques demandés.

Nature d'examen demandé	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Groupage rhésus	292	77
NFS	1	0,3
Taux d'hémoglobine	2	0,5
BW	306	81
TE	248	65,3
Albumine/Sucre dans les urines	317	83,4
Echographie obstétricale	348	92
Toxoplasmose	5	1,3
Prélèvement vaginal	0	0
Goutte épaisse	0	0
Sérologie HIV	2	0,5
ECBU	0	0
Electrophorèse de l'hémoglobine	3	0,8
Sérologie rubéole	3	0,8

Les examens tels que : Prélèvement vaginal, goutte épaisse et ECBU n'étaient pas demandés.

**Par rapport aux examens paracliniques demandés :**

87% (320/367) des gestantes affirmaient vouloir les réaliser tous et 7,6% (28/367) sont pour la réalisation de certains examens selon leur possibilité.

**Fréquentation antérieure du centre.**

**Tableau 24 :** Répartition des gestantes en fonction de la fréquentation antérieure.

Fréquentation du centre	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
N'avait jamais fréquenté le centre	91	23,9
Est venue une fois dans le centre	20	5,3
Est venue plusieurs fois dans le centre	<b>269</b>	<b>70,8</b>
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

**Tableau 25 :** Répartition des gestantes en fonction du motif de la fréquentation antérieure.

Motif de fréquentation antérieure	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Consultations médicales	53	14
Consultations prénatales (CPN)	<b>209</b>	<b>55</b>
Accouchement	115	30,2
Vaccination	3	0,8
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

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

**Tableau 26** : Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et la qualité des prestations.

Opinion des gestantes	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Etat des locaux :		
Vieux et sales	0	0
Récents et sales	2	0,5
Vieux et propres	282	74,2
Récents et propres	96	25,3
Satisfaction par rapport aux prestations :		
Non satisfait	0	0
Peu satisfait	2	0,5
Satisfait	32	8,4
Très satisfait	346	91,1
Consultation antérieure :		
Dans la même unité prénatale	239	62,9
Dans l'unité prénatale d'un autre centre	141	37,1
Motif de changement :		
Coût trop élevé dans l'autre centre	4	1,1
Déménagement	190	50
Autres	186	48,9

74% des gestantes trouvent les locaux vieux et propres. 91,1% sont très satisfaites des prestations.

## Soins prescrits.

**Tableau 27 :** Répartition des gestantes en fonction des soins préventifs prescrits.

Soins préventifs prescrits	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Chloroquine	12	3,2
Chloroquine + Vaccination (Vacc)	12	3,2
Fer + acide folique	375	98,7
Fer + acide folique + Chloroquine + Vacc	12	3,2
Fer + acide folique + SP	167	44
Fer + acide folique + SP + Vacc	167	44
Fer +Acide folique + Vacc	350	92,1
SP	167	44
SP + Vaccination	167	44
Fer + acide folique + Chloroquine	12	3,2
MII	380	100

Les combinaisons FER AC+CHL+VACC, CHL+VACC et FER AC+CHL n'étaient prescrites que dans 3,2% des cas.

**Tableau 28 :** Répartition des gestantes en fonction des prescriptions en soins préventifs retenus par les normes et procédures.

Soins préventifs	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Chloroquine	<b>12</b>	<b>3,2</b>
Fer + acide folique	375	98,5
Vaccination	350	92,1
Soins Complets	179	47,1
Aucun	6	1,5

**Tableau 29** : Répartition des gestantes en fonction des mesures préventives et thérapeutiques.

Médicaments prescrits	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
SP	167	44
Fer +acide folique	<b>375</b>	<b>98,7</b>
Vaccination (VAT2 +VAT RAPPEL)	<b>350</b>	<b>92,1</b>
Autres	162	43

**Tableau 30** : Répartition des gestantes en fonction des soins curatifs exécutés.

Soins curatifs	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Reçus	308	81
Non reçus	<b>72</b>	<b>19</b>
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

**Tableau 31** : Répartition des gestantes en fonction des types de pathologie.

Types de pathologie	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Fièvre	147	38,7
HTA	<b>7</b>	<b>1,8</b>

**Tableau 32 :** répartition des gestantes en fonction de la nature de la thérapeutique relative aux pathologies associées.

Pathologies associées	Nature de la Thérapeutique	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Fièvre	Nivaquine+paracétamol	11	2,9
	Paracétamol	19	5
	Quinimax+paracétamol	12	3,2
	SP+paracétamol	105	27,6
HTA	Nifédipine	4	1,1
	Méthyl-dopa	2	0,5
	Référence	1	0,3

Ces gestantes ont reçu une prescription de : Paracétamol(5%), nivaquine+paracétamol(2,9%), Quinimax+paracétamol(3,2%), Nifédipine (1,1%) et Méthyl-dopa (0,5%).

Une seule femme enceinte a été référée à l'Hôpital du Point-G pour sa prise en charge.

### Conclusion.

**Tableau 33 :** Répartition des gestantes en fonction de leur classification dans un groupe à risque.

Groupe à risque	Effectif absolu N=380	Pourcentage (%)
Aucun	268	70,5
Classement dans un groupe à risque	<b>80</b>	<b>21,1</b>
Référence vers un médecin	26	6,8
Référence vers un autre Etablissement	6	1,6
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

### **Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient :**

L'Age : < 16ans et >ou= 40ans ; le poids < 45kgs ; la taille < 150cms ; l'anémie ; la grande multiparité ; la grande multipare âgée ; primigestes âgées ; l'utérus cicatriciel ; l'HTA et les ATCD de mort-né, d'avortement à répétition.

### **Le pronostic materno-fœtal :**

Dans notre série, 161 gestantes étaient au 3<sup>ème</sup> trimestre.

- 44 d'entre elles sont venues pour accoucher au centre durant la période d'enquête. 43 gestantes ont accouché par voie basse.
- Nous n'avons pas eu de cas : d'hémorragie de la délivrance, de décès maternel et ou néonatale, de souffrance fœtale.
- L'état des parturientes et des nouveaux-nés était satisfaisant 6 heures après l'accouchement.
- une (1) a été évacuée au Point-G pour utérus cicatriciel.
- 117 restantes ont accouché ailleurs dans les CS.COM de leur choix.
- En fin d'étude, 219 gestantes n'étaient pas encore à terme.

Le pronostic materno-fœtal était bon mais non déterminé dans notre étude.

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

L'analyse des différents tableaux suscite certains commentaires et discussions.

Dans notre étude nous nous sommes basés sur les critères de A.DONABEDIAN qui a défini l'approche conceptuelle de l'évaluation médicale, répartie en trois champs d'application principaux [10]:

- les structures de soins ;
- les procédures de soins ;
- les résultats des soins.

### **1- Monographie des structures de soins et étude des procédures :**

#### **\* Interaction gestante personnel de soins prénatals :**

Nous nous sommes référés aux domaines tels que le respect physique et psychique, le respect de l'intimité et de la confidentialité de la gestante pour explorer la qualité de l'interaction gestante prestataire. Ce volet est très important pour la CPN car la recherche sur la pratique obstétricale est d'importance capitale compte tenu des objectifs visés par les soins de santé maternelle : sécurité, satisfaction et économie.

#### **\* Respect physique et psychique :**

Le respect physique et psychique était de bonne qualité (niveau IV). Ce volet est un atout majeur traduisant la chaleur de l'accueil et permettant de diminuer le taux d'abandon.

Ce bon accueil étant un élément de qualité des soins permet aussi de créer ou de susciter un climat de confiance et de respect entre les gestantes et les prestataires. Nous pouvons noter que le bon accueil est réalisé dans la plupart des formations comme l'atteste l'étude de Konaté S. en Commune II [19] qui a trouvé une bonne réception et une large sympathie de la part du personnel de santé.

La présence d'escalier pour aider la gestante à monter sur la table d'examen est un élément de respect physique et psychique à l'égard de la gestante.

**\* Respect de l'intimité :**

Aussi bien au niveau de l'observation qu'au niveau des opinions ; l'intimité des gestantes était bien respectée au cours des CPN.

**\* Respect de la confidentialité :**

La CPN a été confidentielle dans la majorité des cas. L'interaction gestante-personnel soignant était bonne. Ce constat est similaire à ceux de FOMBA S. [15] et de GOITA N. [17].

**\* Motivation des gestantes à fréquenter le centre :**

La proximité du domicile et connaissance d'un personnel au centre ont été les motifs les plus évoqués avec des taux respectifs de 35% et 36,6%.

Par ailleurs le conseil d'une connaissance et la compétence du personnel ont motivés respectivement 13,7 et 11,6% des gestantes à choisir le centre.

Selon les prestataires, c'est l'accès gratuit à des moustiquaires imprégnés d'insecticides (MII) qui pousse le plus souvent la majorité des gestantes à fréquenter le centre.

Des efforts doivent être fournis pour la continuité de ce geste salutaire.

**\* Démarche clinique et thérapeutique :**

**Profil du personnel :**

Dans notre étude, presque toutes les activités ont été réalisées par les sages femmes (267/380) soit 70,3% et les infirmières obstétriciennes (87/380) soit 22,9%. Ce résultat est nettement supérieur à celui de GOITA N. qui trouve dans son étude en commune V du district des taux respectifs de 65% et 25% [17].

Ceci devrait être normalement un facteur de qualité selon les normes et procédures aussi pour une maternité sans risque.

Pour ce qui est des médecins, ils interviennent peu dans les activités de CPN. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par la confiance placée aux sages femmes dans l'accomplissement de leur première tâche, d'autres parts leur compétence et aussi le nombre insuffisant des médecins.

Il est à noter que les sages femmes, les médecins à tendance chirurgicale et les infirmières obstétriciennes ont tous été formés aux PNP et à la périnatalité.

Par contre les autres professionnelles ont été peu concernées par les activités de formation. [30]

Les résultats de notre étude sont conformes aux directives en matière de qualité de soins. En effet, l'objectif recherché dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et infantile est d'assurer des soins de qualité à toutes les gestantes. L'atteinte de cet objectif passe par le rehaussement du niveau des prestataires de service qui en premier lieu dans notre étude concerne les sages femmes.

### **Situation personnelle de la gestante :**

#### **- AGE :**

Dans notre étude, 18 gestantes soit 4,7% avaient un âge inférieur à 16 ans tandis que 36 femmes soit 9,4% avaient un âge supérieur 35 ans. Par contre 280 femmes soit 74% de notre étude avaient un âge compris entre 15 et 30 ans. Ce résultat est conforme à celui de Konaté S. [19]. Ce pourcentage est nettement inférieur à celui de Berthé R. [2] qui trouve 81%.

Ces résultats montrent encore une fois la précocité du mariage et de la première grossesse dans notre société.

Nos résultats sont confirmés par plusieurs études qui ont montré que le jeune âge (inférieur à 16 ans) et l'âge avancé (supérieur à 35 ans)

constituent un facteur à risque chez les gestantes. En effet la CPN devrait être l'occasion de sensibiliser les futures mères sur les dangers des grossesses précoces et tardives. Ceci ne faisait pas partie des thèmes d'IEC au cours de notre étude (omission ou négligence du personnel socio-sanitaire).

**- Statut matrimonial :**

84% de nos gestantes étaient mariées. Ce taux est inférieur à celui de Berthé R. qui a trouvé 94% de femmes mariées dans son échantillon [2].

Le célibat, facteur social, est un facteur de risque, car les grossesses hors mariage sont le plus souvent mal tolérées par la famille et critiquées par la société.

Les femmes vivant seules n'ont généralement pas de moyen pour suivre les consultations prénatales.

**- Profession :**

Les femmes de notre échantillon ont le ménage comme activité principale dans 68% des cas.

11,1% de notre échantillon sont constituées d'étudiantes et élèves. Ce taux est sensiblement égal à celui de Berthé R. qui apporte dans son étude 10,66% de gestantes étudiantes et élèves.

La fréquence élevée de ménagère signifie que les femmes sont sans moyen propre or le manque de moyens pose parfois des problèmes dans le suivi correct des CPN.

Les paramètres tels que l'âge, la situation socio-économique de la famille, la profession de la gestante et du mari ainsi que la résidence de la gestante, la distance parcourue, le moyen de transport utilisé pour se rendre au centre étaient demandés à 100%.

En revanche certains paramètres (la situation socio-économique de la famille, la distance parcourue pour arriver au centre, le moyen de

transport utilisé pour se rendre au centre) n'étaient jamais explorés dans l'étude de Fomba S. [15] tandis qu'ils n'étaient explorés qu'à 50% dans celle de Goïta N. [17].

L'exploration de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître le statut social (indigentes, revenus satisfaisants).

Cela nous permettra de mieux identifier les cas sociaux en vue de leur prise en charge dans la mesure des possibilités du service social.

La distance parcourue et les moyens de transport utilisés permettront de s'orienter sur d'éventuels risques liés au parcours et au lieu de résidence pouvant menacer l'évolution de la grossesse. Il ressort que ce volet n'était pas bien exploré par les praticiens.

**\* Information sur l'importance et le déroulement de la consultation :**

Cette étape était omise par les prestataires. L'importance des CPN n'était pas directement incluse parmi les thèmes d' IEC. Les gestantes ont reçus des conseils permettant le dégagement indirect de l'importance des CPN.

Etant donné qu'au Mali, le taux de participation aux CPN est moins élevé par rapport à beaucoup de pays africains, les prestataires doivent insister sur l'importance de la CPN pour inciter les gestantes à se faire consulter davantage et les sensibiliser sur les dangers éventuels qu'elles courent en cas de grossesse non suivie. Dans notre étude ces informations n'étaient presque pas données.

D'après certaines gestantes, elles profitent du chemin du marché pour venir au centre. Par conséquent les gestantes n'ont pas le temps nécessaire pour écouter tous ces conseils. En effet, il est plus facile pour une femme de se soumettre à un examen et de mieux coopérer quand elle est renseignée non seulement sur l'importance mais sur la signification des actes qu'elle doit subir.

**\* Antécédents obstétricaux, chirurgicaux et médicaux :**

Les ATCD obstétricaux ont été recherchés, mais les prestataires ne se renseignaient jamais sur l'état de santé des enfants, sur la notion d'HTA et ou d'éclampsie, et la notion d'hémorragie au cours de la grossesse précédente ou après l'accouchement.

D'autres part des ATCD, telles que la notion de césarienne, d'application de ventouse ou forceps, d'histoire des accouchements étaient rarement demandés avec des pourcentages respectifs : (1,8%), (0,5%) et (0,5%).

En dehors de la notion de césarienne et d'accouchement instrumentalisé, aucun autre ATCD chirurgical n'a été signalé.

Les ATCD médicaux comme le diabète ont été recherchés chez 100% contre 98,2% des gestantes pour l'HTA et seulement 0,3% pour la tuberculose.

Cette activité a été menée dans la plupart des cas mais souvent de façon insuffisante. Elle permet de récolter des renseignements utiles pour identifier d'éventuelles pathologies héréditaires, métaboliques, ou infectieuses fréquentes dans la famille.

La récolte de ces informations peut s'avérer dans certains cas très importante pour la sauvegarde de la santé de la mère et de son fœtus. Ceci est confirmé dans l'étude de KONATE S. [19] qui a trouvé dans la recherche des ATCD, des pathologies comme l'HTA, le Diabète, les affections cardiaques et la drépanocytose.

Ces affections constituent une menace potentielle pour le couple mère-enfant. Dans notre étude, elles ont été recherchées chez la majorité des gestantes examinées (99,2% des cas). Ce résultat est conforme à celui de BERTHE R. [2]. (98,7% des cas).

**\* Date probable d'accouchement :**

La DDR n'était pas connue en général car seulement 20% des gestantes connaissaient leur DDR. Ce taux est supérieur à celui de

FOMBA S [15] et GOITA N [17] qui avaient trouvé respectivement 7,9% et 11%.

Connaître le début de la grossesse permet un meilleur suivi : le dépistage des cas de retards de croissance in-utero, d'éviter les erreurs de terme, de dépister les cas de dépassement de terme, de préciser la date probable de l'accouchement afin d'éviter les complications du post terme. Paradoxalement plus de la moitié des gestantes affirmaient connaître l'âge de la grossesse.

- Il n'y a pas de difficulté à déterminer le terme.

Dans l'hypothèse où l'état de grossesse est facile à confirmer, la clinique suffit :

À partir du premier jour des dernières règles : le terme sera fixé : 40 SA et 4 jours après, soit 284 jours d'aménorrhée. Selon le mode de calcul de Naegele, on ajoute 10 jours à la date du premier jour des règles puis on retranche 3 mois.

Les praticiennes marquaient l'âge de la grossesse dans le carnet ou la FOSG des gestantes.

En pratique les obstétriciens français calculent le terme comme étant le 287<sup>ème</sup> jour suivant le premier jour des dernières règles soit 41 SA [15] [31].

\* Avant 37 SA révolue l'accouchement est dit prématuré.

\* Entre 37-42 SA révolue, il est dit à terme.

\* Après 42 SA révolue, il est à post terme ou à terme dépassé.

Ces données doivent être expliquées aux gestantes afin de mieux les orienter sur tel ou tel cas de risque.

Par ailleurs les gestogrammes étaient rarement utilisés. Vu l'importance accordée à cette DPA, il est donc nécessaire d'amener les prestataires à informer toutes les gestantes de leur DPA et cela dès la première CPN.

\* **Recherche des facteurs de risque :**

Il ressort de notre étude que certains facteurs de risque ont été recherchés au cours de la CPN. Cette recherche est un élément d'appréciation du pronostic vital de la mère et du fœtus.

Nous avons enregistré 21,1% des gestantes ayant été classées dans un groupe à risque (ATCD de mort-nés, femmes de petite taille, HTA, faible poids de la femme, primipare âgée, grande multiparité, utérus cicatriciels.) ce taux est inférieur à ceux de GOITA N [17] et de KONATE S [19] qui étaient respectivement de 46% et 22,5%.

Au total : 29,5% des gestantes ont présenté un facteur de risque dont les 21,1% classés dans un groupe à risque, seulement 6,8% sont référées au médecin et 1,6% vers un autre établissement. Il est à noter un faible taux de référence d'un niveau 1 au suivant. Ce résultat peut être expliqué par une négligence de certains facteurs de risque par les praticiennes.

Au Niger, Il apparaît que le jeune âge et la multiparité constituent les facteurs de risque les plus fréquents. Mais les insuffisances dans la relation de référence entre le premier et le deuxième échelon limitent l'efficacité de la stratégie de prise en charge des femmes à risque [37].

Des efforts considérables sont à fournir dans ce domaine.

### **Par rapport à l'âge :**

Les plus jeunes avaient 13 ans soit 0,80% et les plus âgées plus de 40 ans soit 1,3% de notre échantillon.

Ces taux sont inférieurs à ceux de GOITA N. [17] qui avait trouvé 2,5% pour les plus jeunes de 14 ans et 5,5% pour les plus âgées 40ans.

En France, Le risque de décès maternel est très corrélé à l'âge. Il est minimum entre 20 et 24 ans et reste très faible jusqu'à 29 ans. Il augmente très nettement à partir de 35 ans puisqu'il est trois fois plus élevé à 35-39 ans et qu'il est douze fois plus élevé à 45 ans qu'à 20-24 ans. En ce qui concerne le très jeune âge, la grossesse est un

événement si marginal, 45 naissances vivantes annuelles en moyenne parmi les moins de 15 ans, que les taux sont soumis à des variations aléatoires importantes[3].

### **Risques liés au nombre de CPN :**

La majorité des femmes étaient à leur première CPN soit 62%.

Ce taux est supérieur à ceux de GOITA N. [17] et KONATE S. [19] qui étaient respectivement de 47,5% et 49%.

La plupart des femmes venaient surtout au troisième trimestre de leur grossesse. En pratique il est recommandé au moins quatre CPN lors d'une grossesse qui se repartissent comme suit :

- Avant la fin du troisième mois.
- Au cours du sixième mois.
- Durant les 15 premiers jours du huitième mois.
- Enfin durant les 15 premiers jours du neuvième mois.

Les praticiennes doivent mettre l'accent sur l'importance de la CPN lors des séances de causerie avant de commencer la CPN.

### **Risque lié à la gestité :**

Les Primigestes représentaient 28% de notre échantillon, contre 17,24% pour FOMBA S [15] et 12,5% pour GOITA N [17].

Quant aux multigestes, elles représentaient 27% de notre échantillon contre 28,50% pour GOITA N [17].

### **Par rapport à la profession :**

Les femmes aux foyers étaient les plus représentées avec 67,9% de notre série. Ce taux est inférieur à ceux de GOITA N [17] et de KONATE S [19] qui étaient respectivement 71,5% et 80%. Ce groupe social ne bénéficiant pas assez de repos surtout diurne, constitue un groupe à risque.

Les praticiennes se renseignaient rarement sur l'intervalle intergénérisique (IIG) alors que tout IIG inférieur à 24 mois est considéré comme facteur de risque pour la grossesse [15].

#### **Par rapport à la pratique de la prévention de l'infection :**

Les praticiennes utilisaient des doigtiers pour faire les touchers vaginaux, certaines femmes ont été examinées sur la table d'examen non protégée par le moindre tissu (champ); ce qui peut favoriser certaines infections nosocomiales.

Le tissu posé sur la table appartenait toujours aux femmes.

Dans notre série, les conditions d'hygiène ne permettaient pas de garantir la sécurité des praticiennes (port de doigtier) ; mais aussi ne protégeaient pas les gestantes contre les risques d'infections nosocomiales.

#### **Par rapport à la recherche des facteurs de risque :**

La majorité des femmes présentant plus ou moins un facteur de risque était consultée par les sages femmes. Alors que selon les normes et procédures, les grossesses à risque devraient être référées vers un niveau supérieur. Cette hiérarchie n'était pas tout à fait respectée.

Ces facteurs recherchés et mal pris en charge peuvent modifier le pronostic de la grossesse.

En Afrique, les Facteurs susceptibles de modifier les soins prénataux sont entre autres [40]:

- \* Age (Adolescentes et femmes âgées)
- \* Parité (Primipares et grande multiparité)
- \* Niveau d'instruction de la femme enceinte
- \* Occupation de la femme enceinte
- \* Statut matrimonial de la parturiente
- \* Taille (hauteur) de la femme (< 150 cms)
- \* Poids (sous et surpoids)

- \* Présentations vicieuses
- \* Anémie de grossesse
- \* Groupe sanguin et rhésus négatif
- \* Maladies métaboliques pendant la grossesse (HTA, diabète)
- \* Maladies infectieuses et parasitaires pendant grossesse
- \* Saignements pendant grossesse
- \* **Enregistrement des informations collectées :**

Les informations ont été enregistrées dans les registres de CPN à 100% soit 31,1 % dans les carnets et 68,9% dans les FOSG.

BERTHE R. affirme l'absence des FOSG en CPN à la commune IV et V du district en 2004.

\* **Le déroulement de la grossesse :**

La survenue de métrorragie et douleur abdominale n'étaient jamais explorées. Alors que les notions tels que la survenue de palpitation, de dyspnée, d'œdème, de pertes liquidiennes étaient rarement explorés.

L'interrogatoire sur les métrorragies pourrait orienter vers une menace d'avortement, d'accouchement prématuré, un décollement du placenta normalement inséré ou un placenta prævia.

\* **L'hygiène de vie pendant la grossesse :**

3,9% des gestantes ont bénéficié d'une sensibilisation par rapport à l'hygiène de vie pendant la grossesse ; ce résultat est inférieur à celui de GOITA N. [17] et légèrement supérieur à celui de KONATE S. [19] qui avait trouvé une absence totale de cet interrogatoire.

Ces renseignements pourront guider les prestataires à proposer un changement de comportement dans la prévention des risques et de leur donner des conseils comme :

Un changement de poste en cas d'exposition aux radiations et aux produits toxiques [15].

Initier les futures mères aux avantages de l'allaitement et leurs apprendre les techniques.

Proposer aux gestantes de bien manger (en qualité) car elles mangent pour elles mêmes et pour les fœtus qu'elles portent, si possible faire une consultation diététique.

La nutrition de la mère joue un rôle dans la sécrétion lactée (La graisse sous cutanée) ; par contre une femme mal nourrie risque de mettre au monde un nouveau-né de petite taille et de faible poids de naissance (<2500 grammes).

Les prestataires doivent militer pour une alimentation riche en fer, en calcium, en protéine et en iode. La consommation de thé, des tisanes et du café est autorisée pour permettre une bonne épuration rénale [15]. L'alcool et le tabac sont déconseillés.

Le tabac peut entraîner un retard de croissance intra-utérine ; augmente le risque d'HTA ; de décollement placentaire ; de souffrance fœtale pendant la grossesse et l'accouchement surtout au delà de 35 ans.

L'alcool est toxique pour le système nerveux central ce qui entraîne un retard de croissance intra-utérine [15].

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

**\* Examen clinique :**

**- Examen général :**

Les paramètres comme l'auscultation cardiaque et pulmonaire étaient rarement explorés. Ce constat est légèrement supérieur à ceux de FOMBA S [15] et de KONATE S [19] ou aucun de ces paramètres n'avaient été explorés.

77% des gestantes ont bénéficié de l'examen au spéculum car il était systématique à la première consultation et dans les autres consultations en cas de suspicion d'infection génitale (leucorrhées, douleurs

pelviennes, pertes liquidiennes, brûlures mictionnelles, prurits). Notre taux est supérieur à ceux de KONATE S [19] et de GOITA N [17] qui ont avancé respectivement 34,5% et 20% des gestantes ayant bénéficié d'un examen au spéculum.

Un paramètre (vessie vidée) a été mal observé.

En revanche la mesure de la taille et la prise de poids ont été respectées dans 100% des cas, ce qui représente une action salubre. Ce constat est similaire à celui de BERTHE R [2].

La vessie n'a pas été vidée chez la majorité des femmes de notre étude. Ceci peut entraîner une fistule vésico-vaginale lors de l'accouchement, de même pour une mauvaise appréciation de la hauteur utérine. Il est donc important de vider la vessie.

Seulement 10 femmes sur 380 de notre échantillon ont eu la vessie vidée et cela à la demande. L'hypothèse la plus probable à cette omission était l'absence de sonde parmi les matériels préparés.

Nos résultats ont montré que chez 53% des gestantes toutes les parties du corps ont été examinées. Ce résultat montre que l'inspection qui est le prélude de tout bon examen est moyennement réalisée dans notre série. Ceci pourrait expliquer la faiblesse des pathologies associées retrouvées dans notre étude. Il est à noter qu'une inspection minutieuse de l'ensemble du corps permet de déceler certaines affections n'ayant aucun rapport avec le motif de la consultation.

La prise régulière de poids oriente sur l'état nutritionnel des gestantes en particulier son augmentation pondérale au cours de la grossesse. De nombreux nutritionnistes estiment que le poids et la taille avant la gestation sont des facteurs déterminants de la nutrition du fœtus. Des femmes de petit poids par rapport à leur taille semblent avoir beaucoup plus de risque de mettre au monde des enfants de petit poids. Aussi des femmes de petite taille constituent un facteur de risque pour

un accouchement par voie basse. La taille < 150 cms est un élément de présomption d'une viciation pelvienne.

100% des gestantes ont été pesées mais la prise de poids entre deux consultations prénatales successives (à un mois d'intervalle) n'a pas été prise en compte par les prestataires. Ce constat est similaire à celui de GOITA N [17].

Ce dernier aussi est une faille à combler quant on sait qu'en moyenne une gestante ne doit pas prendre plus de 2000 grs de poids corporel par mois et que toute prise de poids supérieure doit faire penser à un oedème «inapparent» (rétention d'eau ou de sel ; précurseur au phénomène de toxémie gravidique, de pré-éclampsie voire d'éclampsie). Le petit poids des femmes s'expliquerait par des grossesses multiples et rapprochées, la malnutrition avant la conception, la diminution de la ration alimentaire pendant la grossesse, les travaux physiques pénibles [2].

L'éclairage était insuffisant car la salle ne contenait qu'une seule ampoule et il n'y avait pas de lampe électrique pour l'examen gynécologique tout au long de notre enquête.

#### **- Examen Obstétrical :**

Certaines étapes tels que : la palpation de l'abdomen, la mesure de la HU, l'auscultation des bruits du cœur foetal, le toucher vaginal ont été de bonne qualité avec respectivement des taux de 100% ; 99% ; 77,1% et 100%.

Ce résultat est presque semblable à celui de KONATE S [19] qui avait des taux de 100% ; 81% ; 84% et 100%.

La recherche de la position du foetus a été accomplie à 81% et l'examen au spéculum à 77% contre des taux respectifs de 84% et 34,5% pour KONATE S [19]. Cette disproportion pourrait s'expliquer dans notre série par le recours tardif des gestantes à la CPN.

L'appréciation clinique du bassin par la pelvimétrie interne (au toucher vaginal) : Pendant notre étude 42,4% des gestantes (161 gestantes) ont été vues au troisième trimestre de la grossesse. Elles devraient logiquement bénéficier de l'appréciation du bassin au terme de l'examen obstétrical.

Mais nous avons constaté qu'aucune d'entre elles n'a bénéficié de cette appréciation clinique du bassin. Ce constat est pareil dans l'étude de GOITA N [17].

L'examen prénatal du dernier mois est capital car permet d'établir le pronostic de l'accouchement. Or nous savons tous que le bassin est un élément précieux pour l'appréciation du mode d'accouchement. A partir du moment où il n'est pas apprécié, nous disons sans risque de se tromper que l'un des objectifs de la consultation prénatale n'est pas atteint.

Le bassin n'a pas été apprécié pas à cause de la rapidité (car le temps était suffisamment large); mais à la mauvaise utilisation de ce temps capital de l'examen obstétrical et surtout de l'incapacité de certains prestataires à faire un examen clinique correcte de ce bassin.

**\* Décision et diagnostic :**

**\* Examens complémentaires :**

Ils représentent une arme efficace pour la détection des pathologies accompagnant la grossesse. Au total 96,8% des femmes en ont bénéficié. Ce taux est similaire à ceux de FOMBA S [15] et de BERTHE R [2] qui étaient respectivement de 96,6% et de 97,3% mais supérieur à celui de KONATE S [19] qui était de 41,5%.

Au cours de notre étude les 3,2% des gestantes qui n'ont pas bénéficié des examens complémentaires n'étaient pas à leur première visite ou les prestataires ont tenu compte du coût élevé de certains examens.

Contrairement aux études précédentes, l'échographie figurait dans 92% des cas. Ce résultat est exponentiellement supérieur à ceux de GOITA N [17] et de BERTHE R [2] qui sont respectivement de 29% et 11,66%. Ce résultat est encourageant si l'on tient compte du pouvoir d'achat de la population mais aussi il est à noter que certaines pathologies gravidiques et maternelles associées à la grossesse (HTA, iso immunisation rhésus, diabète, maladie du système, malformations utérines, etc.) nécessitent une surveillance échographique rapprochée. Dans le monde 2 à 4% des enfants naissent d'une malformation grave [2] [3].

Cet examen est obligatoire à plus d'un titre pour un bon suivi de la grossesse. Toute gestante doit bénéficier au moins de 3 échographies :

- **Au premier trimestre** pour confirmer d'abord la grossesse, vérifier la vitalité embryonnaire, de préciser l'âge gestationnel, préciser le nombre d'embryon, préciser le siège et la nature de l'œuf [17].

Il est à reconnaître que la grossesse est le plus souvent normale (de 80 à 90 % des cas). Grossesse normale intra-utérine évolutive ; l'objectif est donc de :

- Savoir détecter une grossesse anormale ;
- grossesse intra-utérine non évolutive,
- grossesse multiple,
- grossesse molaire,
- fibromyomatose utérine ou kyste ovarien associé,
- et surtout la grossesse extra-utérine (GEU), laquelle réclame des mesures urgentes appropriées. Il faut y penser : douleurs pelviennes, saignements, antécédents de chirurgie tubaire ou de pathologie infectieuse, stérilet.
- et enfin de déterminer le terme.

Selon l'examen clinique, on lui préférera l'échographie pelvienne (de préférence par voie vaginale avant 12 SA), si l'âge est estimé au-delà de 6 SA.

- **Au deuxième trimestre**, elle permet un examen minutieux de tous les organes fœtaux (étude morphologique) permettant la détection d'anomalies de l'organogenèse. Effectuée à 5 mois de grossesse (20 semaines) ; elle étudie l'enfant à naître et localisation du placenta.

- **Au troisième trimestre**, elle doit être demandée surtout entre 30-35 SA, elle apprécie la biométrie fœtale, apprécie l'insertion placentaire, la présentation et la quantité du liquide amniotique.

En outre effectuée au 8ème mois (32 semaines) ; elle permet de surveiller la croissance du fœtus.

La sérologie VIH ne figurait que dans 0,5% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de KONATE S [19] qui était de 0% et similaire à celui de BERTHE R [2] qui était de 0,6%. Malgré le taux de séropositivité (2-3%) chez les femmes en âge de procréer, le risque d'atteinte fœtale pour une femme séropositive (30-40%) et que la survie à 1 an pour les enfants atteints du VIH (50%) la demande de cet examen important dans le bilan prénatal reste toujours faible [2]. Car notre étude a débuté avant la mise en œuvre de la PTME au cs.ref de kati.

Les prélèvements vaginaux n'ont pas été demandés malgré les signes d'appel. Ce constat est similaire dans l'étude de GOITA N [17].

Parmi les examens déjà réalisés, la recherche d'albumine et de sucre dans les urines n'était pas effectuée chez toutes les gestantes alors que ce bilan est obligatoire [2]. En France cet examen (albumine/sucre) est répété à chaque CPN obligatoirement, et on initie la gestante à faire cet examen à partir de la 28 SA par des bandelettes réactives [2].

Selon les normes et procédures en république du Mali, cet examen fait parti du bilan minimum et est systématiquement demandé.

Le groupe sanguin rhésus était demandé chez 77% des gestantes. Notre taux est inférieur à ceux de GOITA N [17] et de FOMBA S [15] qui étaient respectivement de 99% et de 97,4%. Cet examen sanguin nous oriente soit sur la recherche des agglutinines anti-D chez les femmes dd (rhésus négatif) « dès les troisième, sixième, huitième et neuvième mois de la grossesse » soit sur la recherche d'anticorps irréguliers « au troisième mois et entre 32-34 SA » chez les gestantes rhésus négatifs. Celui du mari n'a jamais été demandé.

Le taux inférieur de demande de cet examen pourrait s'expliquer par la présence des multigestes déjà groupées dans l'échantillon. Des efforts sont à faire à ce niveau pour mieux sauvegarder la vie de la mère et de l'enfant.

La sérologie de la toxoplasmose et de la rubéole, étaient rarement demandées parmi ces examens complémentaires avec des taux respectifs de 1,3% et de 0,8%. Bien que ces deux sérologies ne figurent pas dans les normes et procédures ils ont cependant un grand intérêt :

- Contracter la toxoplasmose au cours des quatre premiers mois de la grossesse expose à des risques de malformation fœtale.
- La rubéole aussi contractée au cours des quatre premiers mois de la grossesse expose à un risque de malformation gravissime et fait discuter une interruption de grossesse. Ainsi on peut dire que ces deux examens doivent toujours figurer dans les examens complémentaires prénataux.

**\* Prescription :**

**- Les soins préventifs :**

Par rapport à l'anémie : 98,7% des gestantes ont bénéficié d'une supplémentation en fer. Ce taux est supérieur à ceux de BERTHE R [2] (94,33%), de FOMBA S [15] (92,3%) et de KONATE S [19] (22%) mais est inférieur à celui de GOITA N [17] (100%).

Contrairement aux études précédentes, l'acide folique aussi était prescrit au même pourcentage car le fer seul n'était pas disponible au niveau du dépôt de vente. Au cours de la grossesse et de l'allaitement, les besoins en fer et en acide folique chez la femme sont augmentés pour la croissance et le développement du fœtus et de enfant.

Durant cette période le fer+l'acide folique est utilisé pour prévenir l'anémie et l'hémorragie qui pourra survenir soit en cours de grossesse, lors de l'accouchement ou en post partum. Il est recommandé chez la gestante 60mg de fer et 400 micro grammes d'acide folique par jour toute la durée de la grossesse et 2 mois après l'accouchement [39].

L'anémie par la carence en acide folique est l'étiologie principale des malformations du tube neural.

#### **La chimioprophylaxie anti-palustre :**

A cause de la chloroquino-résistance il y'a actuellement une molécule (sulfadoxine pyriméthamine) pour les gestantes entre le quatrième et le huitième mois de la grossesse voire après l'accouchement.

NB : Cette chloroquine n'est plus utilisée dans la prophylaxie anti-palustre des gestantes au Mali.

44% des gestantes ont reçu une chimioprophylaxie à la SP. Ce taux est inférieur à ceux de KONATE S [19] et de FOMBA S [15] qui étaient respectivement : 85% et 50,3% à la chloroquine mais supérieur à ceux de BERTHE R [2] et de GOITA N [17] qui étaient respectivement de 20,70% et 28,5% à la SP.

Le paludisme transforme une grossesse normale en une grossesse à risque. Il affaiblit le nouveau-né et provoque des avortements et des accouchements prématurés.

La dose recommandée est de : traitement préventif intermittent (TPI)

3 comprimés de SP soit 300mg en prise unique [39].

Deux prises au cours de la grossesse :

- Première prise après la 16eme SA
- Deuxième prise avant la 32eme SA.

**Pour ce qui est de la vaccination anti-tétanique**, notre étude a montré que 92,1% des gestantes ont été vaccinées à la 2<sup>eme</sup> dose de VAT et aux doses de rappel.

Ce résultat est supérieur à ceux de BERTHE R [2] et de KONATE S [19] qui étaient respectivement de 60,66% et de 39%. Au Mali, seul 15-19,5% des femmes bénéficient de la vaccination anti-tétanique.

Whitman & Al trouvent que la couverture vaccinale est meilleure en Afrique qu'en Asie [2]. D' autre part l'OMS conclue que l'éradication du tétanos néonatal n'est pas pour demain, car la couverture des femmes enceintes était de 1/3 seulement en Afrique en 1991. Et que malgré le programme élargi de vaccination le taux de tétanos néonatal augmentait.

**\* Prise en charge des pathologies associées :**

Au cours de notre étude, la fièvre et l'HTA ont été les pathologies les plus retrouvées avec des taux respectifs de 38,7% et 1,8%.

BERTHE R [2] a trouvé que 5% de son échantillon ont présenté des pathologies associées.

Cependant il est à noter que l'appréciation de la fièvre n'a été faite que sur les éléments ressortis au cours de l'interrogatoire des gestantes. Cette situation s'expliquerait par l'absence de thermomètre dans l'unité CPN. Par contre la prise de tension a été systématique chez l'ensemble des gestantes.

La gestion de ces pathologies a été réalisée par les sages femmes et les médecins du cs.ref. dans 99,4% (dont 8,06% par les médecins et 90,8% par les sages femmes) contre seulement 0,6% de référence vers un autre centre.

Ces chiffres montrent à suffisance l'absence de continuité dans la prise en charge des gestantes qui peut être préjudiciable au fonctionnement du système et à la santé du couple mère-enfant.

**Les résultats analytiques** de la décision et de diagnostics basés sur la prescription de médicaments et d'examen au laboratoire, montrent que le cs.ref. de Kati était de niveau III.

**\* Etude des résultats :**

Il s'agit de recueillir l'opinion des gestantes dans la plus grande discrétion à leur sortie de l'unité de consultation prénatale.

**- Modalité de transport et critères de choix du centre :**

La plupart des gestantes venaient à pied avec 64,5%. Ce taux est supérieur à ceux de GOITA N [17] et de KONATE S [19] qui étaient respectivement de 57,5% et de 48,5% mais est inférieur à celui de FOMBA S [15] qui était de 88,8%.

36,6% des gestantes avaient comme critère de choix la connaissance d'un personnel au centre et 35% la proximité du domicile ce qui n'est pas en rapport avec la bonne qualité des soins. Cependant 11,6% des gestantes avaient comme critère de choix la compétence du personnel et seulement 1,1% pour l'accueil. Vu l'importance de ce volet dans la qualité des soins des efforts seraient les bienvenus dans ce domaine.

**- Opinion des gestantes sur l'hygiène dans le centre :**

74,2% des gestantes avaient affirmé que les locaux étaient vieux et propres.

0,3% des gestantes affirmait que les toilettes étaient sales contre 59,5% des gestantes qui affirmaient connaître l'existence des toilettes propres.

**- Opinion des gestantes sur la dimension humaine :**

Dans notre étude 97,3% des gestantes ont confirmé qu'elles étaient confortablement installées, 100% des gestantes affirmaient que l'ordre

de passage était respecté. De même 91,1% des gestantes étaient satisfaites par rapport :

A la politesse affichée par le personnel ; au respect de la confidentialité et au respect de l'intimité.

98,4% des gestantes ont confirmé, qu'une prochaine consultation leur a été proposée avec une précision de la date dans 98,2% des cas.

99,2% des gestantes ont reçu l'information sur l'évolution de leur grossesse.

On assistait souvent à un retard du début de la consultation (retard accusée par les gestantes) car elles commencent d'abord par le marché puis finissent par la CPN.

## **VII. CONCLUSION :**

L'étude de type transversal a porté sur 380 femmes vues en CPN durant la période du 02 octobre au 29 décembre 2006. Elle concernait la qualité des consultations prénatales à la maternité du centre de santé de référence de Kati.

Cette étude a porté sur l'analyse de la structure, une observation des CPN ainsi que l'opinion des gestantes sur les dits soins.

La consultation prénatale est une activité de santé publique qui concoure à la protection et au bon déroulement de la grossesse.

Les activités de CPN sont exclusivement menées par les sages femmes.

- 90% des gestantes avaient un age compris entre 15-34 ans.

- Le ménage était l'activité principale avec 67,9% des cas.

- 16% des femmes vivent seules (célibataires)

- Paramètres de l'accueil :

- Les prestataires ont fait un bon accueil dans l'ensemble exceptée la présentation qui n'a pas été faite. (Niveau III)

- 58,9% des gestantes ont été informées de l'importance et du déroulement de la consultation.

- Les informations sur l'identification de la femme, les ATCD médicaux et obstétricaux, l'histoire de la maladie ont été recueillies et les facteurs de risque ont été recherchés.

- Les informations ont été enregistrées dans tous les cas dans les registres de consultation prénatale mais aussi dans les carnets de santé ou les FOSG.

- A l'examen général :

- La vessie a été vidée dans 2,6% des cas.

- 57,1% des gestantes ont eu des explications sur le déroulement des examens.

- Toutes les patientes ont été invitées à se déshabiller gentiment.

- L'état général de 84,2% des femmes a été observé.
- La pesée et la mesure de la taille ont été réalisées chez toutes les femmes.
- Les prestataires ont aidé 2 femmes à s'installer sur la table d'examen.
- Toutes les parties du corps ont été examinées dans 53% des cas.
- Les résultats de l'examen ont été expliqués à 99,2% des femmes.
  - A l'examen obstétrical :
    - Le matériel avait été préparé dans tous les cas.
    - L'hygiène a été respectée dans 20% des cas.
    - L'abdomen a été palpé chez toutes les patientes.
    - La hauteur utérine a été mesurée chez 99% des femmes.
    - Les bruits du cœur foetal ont été auscultés dans 77,1% des cas.
    - L'examen au spéculum a été fait dans 77% des cas.
    - Le toucher vaginal a été effectué chez toutes les gestantes.
    - 99,2% des femmes ont eu des explications sur les résultats de leur examen.
  - Examens complémentaires :
    - 0,8% des femmes ont bénéficié de la demande du taux d'hémoglobine.
    - 65,3% (248/380) des femmes ont eu un bilan minimum complet en dehors du taux d'hémoglobine.
  - Soins préventifs :
    - Chez 3,2% des femmes la chloroquine a été prescrite et le fer plus acide folique dans 98,7% des cas.
    - La vaccination a été demandée dans 92,1% des cas.
  - Soins curatifs :
    - 81% des gestantes ont reçu des soins curatifs.
  - Types de pathologie :
    - La fièvre a été rencontrée chez 38,7% des gestantes et l'HTA dans 1,8%.

- La fièvre a été prise en charge dans 2,9% des cas par la chloroquine plus le paracétamol, dans 5% des cas par le paracétamol, dans 3,2% des cas par le Quinimax plus le paracétamol et dans 27,6% des cas par la SP plus le paracétamol.

- L'HTA a été prise en charge dans 1,1% des cas par la Nifédipine, dans 0,5% des cas par le Méthyl-dopa et dans 0,3% par une référence vers un niveau supérieur.

Le respect des normes et procédures étaient satisfaisants mais des efforts restent à faire aux niveaux de l'hygiène de la consultation, de la demande de certains examens complémentaires et de la référence des grossesses à risques vers une structure sanitaire de niveau supérieur.

A la lumière de notre étude, il apparaît que :

#### **-1-) Evaluation des structures :**

Le centre habitait des locaux adaptés. Les bâtiments étaient en bon état et en ciment.

L'accueil et l'orientation des malades étaient assurés par un «agent d'accueil», la vente des tickets était assurée par la gérante du bureau des entrées.

L'approvisionnement en eau et électricité était assuré par le réseau public. Le centre disposait d'un téléphone pour les appels sur fixe du domicile du médecin chef et pour la réception.

La salle de CPN était bien éclairée mais ne contenait pas de lampe d'examen gynécologique.

L'analyse du niveau de qualité des structures montre que le centre de santé de référence de Kati est de niveau IV.

#### **-2-) Evaluation des procédures :**

Le respect physique et psychique était de bonne qualité. La CPN était faite par des médecins, des sages femmes et des infirmières obstétriciennes (La qualification du prestataire était de niveau IV).

Le bassin était ignoré lors de la CPN. La confidentialité et l'intimité étaient bien respectées.

L'interrogatoire était moins riche. La préparation de l'allaitement ; l'IEC (au planning familial, au IST/SIDA, à l'alimentation) ; les conseils et l'hygiène étaient presque absents. Cette étape a été sous explorée laissant échapper certains facteurs de risques.

L'hygiène de la consultation n'était pas respectée.

Le bilan prénatal était fortement demandé mais certains examens indispensables étaient absents.

Par conséquent ce volet était de niveau II.

Normalement, l'amélioration de la qualité des soins devait passer par une évaluation de nos pratiques et que pour obtenir une évaluation de qualité, il faut pouvoir se baser sur des informations de qualités.

L'amélioration de la qualité des soins ne passe pas seulement par son évaluation mais aussi par un apport régulier de connaissances, une remise en question. Le meilleur moyen d'y parvenir est de pouvoir consulter rapidement des bases de données, de pouvoir échanger sur nos pratiques (qu'est ce qui ce fait ailleurs, quels en sont les conséquences).

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

Ces résultats peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des CPN à la maternité du centre de santé de référence de Kati d'où l'objet des recommandations suivantes :

## **VIII. RECOMMANDATIONS :**

Nous formulons les recommandations suivantes à l'endroit :

### **1) \* Des autorités :**

- Réviser le document PNP en y intégrant les activités de lutte contre le VIH/SIDA.

- Renforcer les efforts visant à accroître le taux de scolarisation des filles (L'implication de l'école dans les activités de santé de la reproduction...).

- L'étude propose des formations aux infirmières obstétriciennes et sages femmes en matière de CPN recentrée ; l'affectation de personnel qualifié ; l'amélioration de l'IEC ; l'acquisition de matériel adéquat et suffisant pour les examens de la CPN.

- Intensifier l'information et la sensibilisation des populations (leaders locaux, hommes et femmes) sur les droits et devoirs des usagers et surtout faire une sensibilisation sur le suivi de la grossesse et les risques de la maternité.

- Prendre des mesures coercitives (contraignantes) à l'égard des gestantes ou leurs conjoints, pour le suivi correct de la CPN.

### **2) \* Des prestataires :**

- Organiser des activités d'information des femmes sur la nécessité d'observer toutes les étapes des PNP afin d'assurer la qualité des services.

- Donner le BPN (Bilan Prénatal) complet y compris le taux d'hémoglobine.

- Utiliser toujours un gestogramme si la DDR est connue.

- Instaurer la surveillance clinique renforcée : proposez aux femmes enceintes des consultations prénatales afin de suivre médicalement leur grossesse et de vérifier qu'elle reste dans la physiologie (en cas de

pathologie, l'intervention d'un gynécologue ou d'un médecin est indispensable).

- Renforcer le dialogue entre les usagers et le personnel de santé des services obstétricaux.

- Renforcer la communication entre les médecins et les sages femmes.

- Dépister précocement et prendre en charge les GAR (Grossesses à Risque).

### 3) \* **Des femmes :**

- Respecter les RDV (RENDEZ-VOUS).

- Faire suivre les grossesses dès le début (assiduité au CPN).

- Ecouter et exécuter les conseils du plan d'accouchement.

- Et surtout ne pas hésiter à poser les questions qui vous tracassent.

### 4) \* **Des responsables du centre de santé de référence :**

- Entretien et renouveler les équipements.

- Rendre systématique et de façon gratuite la recherche d'albumine/sucre dans les urines pour les gestantes (Disponibilité des bandelettes réactives).

- Rendre disponible les documents de PNP au niveau de la salle de CPN.

- Améliorer les FOSG : insuffisance d'information en cas d'évacuation.

- Stimuler le service social du centre pour la prise en charge des gestantes indigentes.

- Et enfin renforcer l'équipe de la maternité par d'autres sages femmes capable d'assurer un bon examen obstétrical, le recyclage permanent du personnel de la maternité en matière de CPN et de dépistage des GAR.

## **IX. REFERENCES:**

- 1- **Antenatal care:** routine care for the healthy pregnant woman. Institute for clinical excellence. NICE /PARIS: ANAES; 2003.
- 2- **Berthé Rokiatou K.** Evaluation de l'application des normes et procédures en matière de consultation prénatale dans les centres de santé de références des communes IV et V du district de Bamako en 2004. Thèse de Médecine 2006 M-15.
- 3- **Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes Ph, Hatton F.** Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès. J gynecol/Obstet/Biol/Reprod.1991; 20:885-891.
- 4- **Cellule de planification et de statistique:** Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000.
- 5- **C. OUEDRAOGO; J. TESTA; B. SONDO; B. KONE;** Analyse des facteurs de risque de morbidité maternelle sévère à Ouagadougou, Burkina Faso: Application à la fiche de consultation prénatale. 2001, vol. 48, n°10, pp. 403-410.
- 6- **Division santé familiale:** Programme de santé familiale. Plan quinquennal 1988-1992. Mali décembre 1987.
- 7- **Department of Health, Welsh Office, Scottish Office Department of Health, Department of Health and Social Services, Northern Ireland. Why Mothers Die.** Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 1997-1999. Londres, The Stationary Office, 2001.
- 8- **DONABEDIAN A.** The definition of quality: a conceptual exploration in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Vol 1 Ann Arbor: Health Administration Press; 1980. 3-28.
- 9- **DONABEDIAN A.** Institutional and professional responsibilities in quality assurance *Qual. Assur. Health Care* 1989; 1: 3-11.

10- **DONABEDIAN A.** The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-1748 [[cross-ref](#)].

11- **Drabo A.** Les ruptures utérines à l'hôpital Somminé Dolo de Mopti : Facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine 2000 M-07 ; 131 pages.

12- **Encyclopédie Médicale Pratique** : CD.ROM (les éditions PRAT et TLC-EDUSOFT 1996) Version 1.0.0 pour Windows 3.1/Windows 95 Octobre 1997.

13- **Enquête démographique et de santé au Mali EDSM-III 2001.**

Rapport de synthèse 2001 PP 7-8.

14- **Enquête démographique et de santé au Mali EDSM-IV 2006.**

CPS/ Rapport préliminaire/ Ministère de la santé. 2006.

15- **FOMBA S.** Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé de Magnambougou en commune VI du district de Bamako Avril –Juillet2002. Thèse de Médecine Bamako 2003 N°64 203 P.

16-**FORMATION CONTINUE DES SAGES FEMMES** 1994/1995. 1995/1996. 1996/1997 (Projet maternité sans risque). Bamako Mali.

17- **GOITA N.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine Bamako 2006-M-210.

18- **Hogberg. And Wall.S.** Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. *Bull OMS* 1986 P 647-984.

19- **KONATE S.** Qualité de la surveillance prénatale dans le Centre de santé de la commune II du district de Bamako.Thèse de Médecine Bamako 2002 N°33 56 P.

- 20- **LABORATOIRE DE LA QUALITE DES SOINS** : Prof.M.Ouchatti  
Agence Nationale de Développement de la Recherche en Santé  
(A.N.D.R.S). Université de Constantine Algérie. Page web. Nov.2006.
- 21- **Maguiraga M.** Mortalité maternelle et facteur de risque au centre de  
santé de référence de la commune V du district de bamako.  
Thèse de médecine Bamako 2000-M-110.
- 22- **Mathai M.** Patterns of routine antenatal care for low risk-pregnancy:  
RHL commentary (last revised: 14 June 2002).WHO/Reproductive  
Health Library, No6, Geneva, World Health Organization, 2003  
(WHO/RHR/03.5).
- 23- **MOHAMET NOUR AZALO** : Qualité de la surveillance prénatale  
dans le Centre de santé la Miproma de Magnambougou en CVI du  
District de Bamako. D'octobre à novembre 2004.  
Thèse de Médecine Bamako 2005 N°147 82 P.
- 24- **Nagaya K, Fetters MD, Ishikawa M, et al.** Causes of maternal  
mortality in Japan. JAMA 2000; 282 :2661-2667.
- 25- **OMS : RAPPORT DE MISSION APPUI AUX PROJETS** «  
Renforcement des soins obstétricaux d'urgence » et « Qualité des soins  
SR » *Mauritanie, 3 – 15 mai 2003.*
- 26- **OMS, Fonds des Nations Unies pour l'enfance.** Estimations  
révisées pour 1990 de la mortalité maternelle, nouvelle méthodologie  
OMS/Unicef. WHO/FRH/MSM/ 96.11. Genève, OMS, avril 1996.
- 27- **OMS.** Objectifs du Millénaire pour le développement - Indicateurs  
page principale dans Internet; recensé le 16 fév. 2004. Genève, OMS,  
2004.
- 28- **Organisation Mondiale de la Santé** : Annuaire de statistique  
sanitaire mondiale, Genève, années1990 à1995.

- 29- **Parpiernik E.** La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement ; analyse historique. In. «Bouyer J; Bréart; Delecour M. et coll.» Med.Trop. 2004 ; 64 :569-575.
- 30- **Politique des Normes et Procédures** des services de santé de la reproduction (Mali), Bamako. Division Santé Familiale et Communautaire/Ministère de la Santé. Mars 2000, 100p et 230p.
- 31- **R.Merger-J.Levy-J.Melchior:** Précis d'obstétrique, 6<sup>eme</sup> édition Masson. Paris, 1995. 597p :71-82.
- 32- **Rosine Laure D. D.** Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au CSCOM de l'Hippodrome en commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine 2005 M-45.
- 33- **SACKO M.** La qualité de la surveillance prénatale dans le district de Bamako. Enquête N°3. Thèse de santé publique de l'Université de Paris VI (ISD), 1998.
- 34- **SACKO M.** Couverture prénatale et dépistage des facteurs de risque dans le district de Bamako. Enquête n°1. Thèse de santé publique de l'Université de Paris VI (ISD), 1998.
- 35- **SACKO M et al.** Carte sanitaire et consultation prénatale dans le district de Bamako. Enquête N°2. Thèse de santé publique de l'Université de Paris VI (ISD), 1998.
- 36- **Salanave B, Bouvier-Colle MH.** Mortalité maternelle et structure des naissances Une explication possible de la surmortalité en France. *Rev Epidémiol Santé publique* 1995; 43 : 301-7.
- 37- **SANI ALIOU, ISSA AYOUBA :** Dépistage et contrôle des facteurs de risque en consultation prénatale dans la ville d'AGADEZ (NIGER). Analyse rétrospective de 1257 fiches de consultations prénatales en 1990.

38- **Silvo Pampiglione**: Manuel de formation de base de l'agent sanitaire en Afrique, illustrations de Wolfgang Peretti Poggi, Luciano Vignali et Marisa Montecoboli (Rome 1985).

39- **Soins Prénatals Recentrés 2002**: Gomez P et B Kinzie. Octobre 2002. Basic Maternal and Newborn Care: Section Two: Antenatal Care.

40- **Suivi prénatal et intrapartum**: Prof. Robert J. I. Leke (Cameroun), Mai 2004.

41- **Synthèse et analyse des résultats de l'évaluation** de la qualité des services offerts dans les districts de Dakar, Sénégal, Décembre 2004.

42- **Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu AM**. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford.

## **X. Annexes:**

### **FICHE D'ENQUETE**

#### **Observation des CPN**

Nø: /\_\_/\_/

#### **I. OBSERVATION DES CPN**

{Date} d'observation: <dd/mm/yyyy>  
 {Heure} de la visite: ##. ## Heures  
 {Durée} de la visite: ## Minutes

#### **CARACTERISTIQUE DE LA GESTANTE**

{Q1} Age en année: ## ans  
 {Q2} Ethnie: <A>  
 {Q3} Profession: <A>  
 {Q4} Niveau scolaire: <A>  
 {Q5} Etat matrimonial: <A>  
 {Q5} Résidence: <A>  
 {Q6} Nø Grossesse ou CPN: ##  
 {Q7} Groupe à risque: <Y>  
 {Q9} Si oui quel facteur: <A>  
 {Q10} Nombre de CPN réalisée: ##

#### **CARACTERISTIQUE DE L'AGENT**

{Q11} Qualification: <A>  
 {Q12} Statut: <A>

#### **ACCUEIL**

{Q13} Langue de Communication: <A>  
 {Q14} Compréhension de la langue: <Y>  
 {Q15} Si non un interprète: <Y>  
 {Q16} Salutation conforme aux convenances sociales: <Y>  
 {Q17} A t'elle été invité à s'asseoir: <Y>  
 {Q18} Demande du carnet: <Y>

#### **INTERROGATOIRE**

{Q19} Situation socio-économique de la famille: <A>  
 {Q20} Profession du mari: <A>  
 {Q21} Distance parcourue en mètre : ##### en mètres

#### **ANTECEDENTS**

{Q22} **ATCD obstétricaux:** <Y>  
 {Q23} Gestité: ##  
 {Q24} Parité: ##

{Q25} Fausses couches: ##  
 {Q26} Vivants: ##  
 {Q27} Mort-nés: ##  
 {Q28} Décédés: ##  
 {Q29} Causes des décès: <A>  
 {Q30} Age des décès: ## ans  
 {Q31} Césarienne: ##  
 {Q32} Forceps ou Ventouse: <Y>  
 {Q33} Eclampsie: ##  
 {Q34} Autres: \_\_\_\_\_

{Q35} **ATCD Médicaux:** <Y>  
 {Q36} Infection Urinaire: ##  
 {Q37} HTA: <Y>  
 {Q38} Diabète: <Y>  
 {Q39} Affection Cardiaque: <Y>  
 {Q40} Tuberculose: <Y>  
 {Q41} MST: ##  
 {Q42} Drépanocytose: <Y>  
 {Q43} Autres Préciser: \_\_\_\_\_

**DETERMINATION DE LA DATE D'ACCOUCHEMENT**

{Q44} DPA: <A>  
 {Q45} DDR: <A>  
 {Q46} Age de la Grossesse: <A>

**DEROULEMENT DE LA GROSSESSE**

{Q47} Déroulement grossesse:  
 {Q48} Fièvre: <Y>  
 {Q49} Vomissement: <Y>  
 {Q50} Fatigue: <Y>  
 {Q51} Vertige: <Y>  
 {Q52} Palpitation: <Y>  
 {Q53} Dyspnée: <Y>  
 {Q54} Mouvement Bébé MAF: <Y>  
 {Q55} Oedème: <Y>  
 {Q56} Perte Liquidienne: <Y>  
 {Q57} Ecoulement vaginal: <Y>  
 {Q58} Métrorragie: <Y>  
 {Q59} Trouble Urinaire: <Y>

**HYGIENE DE VIE PENDANT LA GROSSESSE**

{Q60} Travail professionnel ménager: <Y>  
 {Q61} Travail ménager: <Y>

- {Q62} Alimentation: <A>  
 {Q63} Repos: <Y>

#### EXAMENS CLINIQUES

- {Q64} Avez vous expliquer le déroulement: <Y>  
 {Q65} Pesée: ##### Kg  
 {Q66} Mesure de la taille: ### Cm  
 {Q67} Recherche de boiterie: <Y>  
 {Q68} Aider à Monter sur la table: <Y>  
 {Q69} Conjonctive: <A>  
 {Q70} Mesure T.A: ##/## Cm Hg  
 {Q71} Consultation cardiaque: <Y>  
 {Q72} Consultation pulmonaire: <Y>  
 {Q73} Palpation abdomen: <Y>  
 {Q74} Hauteur Utérine: ## Cm  
 {Q75} Bruit coeur foetal: <Y>  
 {Q76} Position foetus: <A>  
 {Q77} Examen au spéculum: <A>  
 {Q78} Toucher vaginal: <A>  
 {Q79} Recherche oedème: <A>  
 {Q80} Aider à descendre: <Y>  
 {Q81} L'éclairage était-il suffisant: <Y>  
 {Q82} Examen à l'abri des regards: <Y>

#### EXAMEN PARACLINIQUE

- {Q83} Les Examens Paracliniques: <Y>  
 {Q84} A-t-on expliqué pourquoi ? <Y>  
 {Q85} Si oui a-t-on dit ou aller ? <Y>

#### VACCINATION

- {Q86} Carnet de vaccination demander: <Y>  
 {Q87} A-t-on proposé une vaccination: <Y>  
 {Q88} La consultation a-t-elle classée la grossesse à risque? <Y>

#### PRESCRIPTION

- {Q89} Une prescription a-t-elle été faite: <Y>  
 {Q90} A-t-on expliqué pourquoi ? <Y>

#### RELATIONS HUMAINES

- {Q91} Gentillesse du ton: <A>  
 {Q92} Attitude envers la gestante: <Y>  
 {Q93} Manifestation intérêt pour la consultante: <Y>  
 {Q94} Elle a fait les salutation a son départ: <Y>

- {Q95} A-t-on expliqué l'évolution de la grossesse: <Y>  
 {Q96} A-t-on demandé de revenir ? <Y>  
 {Q97} Quand ? <Y>  
 {Q98} Présence de tierce personne: <A>  
 {Q99} Nombre de personnes dans la salle: ##  
 {Q100} Entre et sortie pendant la consultation: <Y>

### CONSEILS

- {Q101} A-t-on donné des conseils: <A>  
 {Q102} A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire: <Y>  
 {Q103} Si oui les signes d'alertes: <A>  
 {Q104} Si autres préciser: \_\_\_\_\_

### HYGIENE DE LA CONSULTATION

- {Q105} Un tissu posé sur la table: <Y>  
 {Q106} Si oui est il fourni par le centre: <Y>  
 {Q107} Est-il différent des femmes précédentes: <Y>  
 {Q108} A-t-il lavé la main avant d'examiner: <Y>  
 {Q109} Le praticien a-t-il utilisé gants ou doigtier: <Y>  
 {Q110} Le matériel est-il changée à la fin de consultation: <Y>  
 {Q111} Le matériel est-il correctement nettoyé: <Y>  
 {Q112} Le matériel est-il correctement désinfecté: <Y>  
 {Q113} Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène: <Y>  
 {Q114} Si oui laquelle: <A>

### CONCLUSION

- {Q115} Le praticien a-t-il tiré une conclusion: <Y>  
 {Q116} Si oui laquelle: <A>  
 {Q117} Référence vers autre établissement: <Y>  
 {Q118} Nom de l'établissement de référence: \_\_\_\_\_  
 {Q119} Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA: <Y>  
 {Q120} Lui a-t-il annoncé si elle est groupe à risque: <Y>  
 {Q121} Lui a-t-il dit ou allez accoucher: <Y>  
 {Q122} Lui a-t-il dit pourquoi: <Y>

## OPINION SUR LES C.P.N

### EXAMEN DU CARNET DE LA GROSSESSE

{Q1} Possession d'un carnet de grossesse: <Y>

### TERME DE LA GROSSESSE

{Q2} D.D.R: <Y>

{Q3} D.P.A: <Y>

### MODALITE DU TRANSPORT

{Q4} Etes-vous venus comment: <A>

{Q4a} Si autre préciser: \_\_\_\_\_

### CRITERE DE CHOIX DU CENTRE

{Q5} Critère de choix du centre: <A>

{Q6} Etes-vous venus dans cette formation sanitaire:

<A>

{Q7} Pour quelles raisons: <A>

{Q7a} Si autres préciser: \_\_\_\_\_

{Q8} L'ordre de passage a-t-il été respecté: <Y>

{Q9} Comment étiez-vous installé pendant l'attente:

<A>

{Q10} Toilettes accessibles dans le service: <A>

{Q11} Avez-vous trouvé l'attente longue: <Y>

{Q12} La personne qui vous a reçu était comment :

<A>

{Q13} La personne a prêté suffisamment attention à vous: <Y>

{Q14} La consultation était suffisamment confidentielle:

<Y>

{Q15} Votre intimité a-t-elle été respecté: <Y>

{Q16} Si non pourquoi: \_\_\_\_\_

{Q17} Comment avez-vous trouvé les locaux: <A>

{Q18} Avez-vous été satisfaite: <Y>

{Q19} Si non pourquoi: \_\_\_\_\_

{Q20} S'agit-il de votre première CPN: <Y>

{Q21} Si non ou avez-vous consultation la première fois: <Y>

{Q22} Pourquoi avez-vous changé de service prénatal:

<A>

{Q23} Depuis combien de mois êtes-vous enceinte:

## mois

- {Q24} Vous a-t-on prescrit des examens paracliniques: <Y>
- {Q25} Si oui lesquels: \_\_\_\_\_
- {Q26} Si Oui a-t-on expliqué pourquoi: <Y>
- {Q27} Avez-vous l'intention d'effectuer ces examens paracliniques: <A>
- {Q28} Si non pourquoi: \_\_\_\_\_
- {Q29} Vous a-t-on prescrit des médicaments: <Y>
- {Q30} Si oui lesquels: <A>
- {Q31} Si autres préciser: \_\_\_\_\_
- {Q32} Avez-vous fait le VAT: <Y>
- {Q33} Comment procurez vous de ces médicaments: <A>
- {Q34} Vous a-t-on dit de revenir à la prochaine CPN: <Y>
- {Q35} Vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement: <A>
- {Q32a} Si non pourquoi: \_\_\_\_\_

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom** : BADIAGA

**Prénom** : CHEICKNA

### **Titre de la thèse :**

Evaluation de la qualité des consultations prénatales à la maternité du centre de santé de référence de Kati à propos de 380 cas.

- **Année universitaire** : 2007-2008
- **Ville de soutenance** : Bamako
- **Pays d'origine** : Mali
- **Lieu de dépôt** : Bibliothèque de FMPOS
- **Secteur d'intérêt** : Gynécologie obstétrique, Santé Publique

### **RESUME :**

Il s'agit d'une étude transversale avec une collecte prospective des données à propos de 380 cas à la maternité du centre de santé de référence de Kati entre le 02 octobre au 29 décembre 2006. Il ressort de cette étude que :

- Les normes et procédures de la CPN étaient respectées en majorité par les prestataires.
- Le local était approprié.
- Les moyens disponibles pour une CPN de qualité étaient remplis.
- Les CPN ont été effectuées à 100% par du personnel qualifié (Médecins, Sages femmes et Infirmières obstétriciennes).
- L'accueil des gestantes à la maternité était de bonne qualité (99,2% des gestantes ont bénéficié d'une salutation).
- Les motifs de fréquentation de la maternité par les gestantes étaient la proximité du domicile (35%) et connaissance d'un personnel au centre (36,6%).
- Le pronostic materno-fœtal était bon.

**Mots-clés** : Qualité des soins ; CPN recentrée; centre de référence ; normes et procédures.

## 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 travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieure 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 donnerai 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 !!!.....