

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

oooooooooooo

UNIVERSITE DE BAMAKO

oooooooooooo

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

oooooooooooo

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2007—2008

N° _____/



THESE

**EVALUATION DE LA QUALITE
DES CONSULTATIONS PRENATALES A L'HOPITAL
FOUSSEYNI DAO DE KAYES**

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par:

Mr Yacouba KASSAMBARA

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

Jury

Président: Pr Sy Aïda Sow

Membres: Pr Mamadou Traoré

Dr Binta Kéïta

Co—directeur: Dr Youssouf Traoré

Directeur de thèse: Pr Amadou Ingré Dolo

REMERCIEMENTS

Au Dr Bengaly NIARA directeur de l'Hôpital de Kayes:

Votre rigueur scientifique et votre encouragement ont été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail. Je vous remercie du fond du cœur.

Au Dr DIASSANA Mahamadou:

Veillez trouver à travers ces lignes l'expression de ma sympathie, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Au Dr DIALLO Abdoul Aziz :

Votre soutien moral, votre disponibilité et vos conseils ne m'ont jamais manqué. Je vous remercie du fond du cœur.

Aux sages femmes de Kayes :

Mme DIARRA Kadiatou Keita ; Mme BA Assa Diakité ; Mme N'DIAYE Fatoumata Diakité ;

J'ai été très ravi de travailler avec vous. En fait vous m'avez traité toujours comme votre propre petit frère. Je vous souhaite une bonne carrière, ce travail est aussi le votre. Soyez rassuré de mon profond respect.

A tous le personnel de service de l'hôpital de Kayes :

Korotoumou, Taciré, Coumba, Niang, Dorothé, Oumou, Fatim, Awa Soumaré, Ami Sylla, Sali, Awa Camara. Merci pour tout le soutien moral, les bons conseils et surtout votre encouragement.

Au personnel de Medi System Sarl :

Merci pour votre encouragement durant le long de ce travail.

A mes amis et collègues internes du service ;

Kalifa, Dembélé, Mala, Chieck, Yaya, Amadou, Sidibé, Dembourou Sow.

Je vous dis courage et persévérance pour ceux d'entre vous qui n'ont pas terminé, et j'adresse mes félicitations à ceux qui viennent de soutenir.

A mes frères Mahamadou, Moussa, Bourama, boubacar, Moulaye, Soba, Maman, Seydou, Gaoussou.

Merci de votre conseil et vos encouragements.

A mes sœurs Kadidia, Toma, Bah, Madeli, Alima, Marama, Awa, Koro.

Merci de votre soutien.

Aux familles Traore Selingue, Coulibaly France, Koita bla, Keita Bla, Sanogo bla.

A mes amis Alou Fomba, Boubacar Tangara, Sékou Dramane, Moussa Sogoba dit Tolo, Ballo Bakary.

Plus que des amis vous êtes devenues comme des frères dotent d'énormes qualités. Puisse le seigneur nous aide à s'épanouir d'avantage ce magnifique lien qui nous unit.

A mes logeurs Youssouf Coulibaly, Assana Diawara, Moussa depuis Kayes. Merci de votre soutien.

A mes camarades de l'association des élèves et étudiants en santé ressortissant de la préfecture de Bla. Une liste nominative sera longue. Chers camarades avec vous j'ai passé des grands moments de vie associative c'est le lieu pour moi de vous dire merci pour vos conseils et encouragement.

A tous le corps professoral de la FMPOS : Pour la qualité des cours dispensés, que Dieu vous en récompense.

Au personnel de la pharmacie de l'hôpital de Kayes

Dr Bagayogo, Dali, Fily, Adam, Touré, Bourama, Blo

Pour vos conseils et bonne collaboration

DEDICACE

Je rends grâce a l'éternel : le tout miséricordieux que vous nous guide, nous protège et pardonne nos pêches. Amen

Au Prophète MUHAMED (PSL).

A mon père Mr Mamoutou Kassambara :

Je ne te remercierais assez pour tous les sacrifices consentis à mon égard. Tu as toujours été la pour me soutenir merci pour tous ce que tu as fais et tout ce que tu ferras encor pour moi si autre fois je n'ai pas toujours sui te dire, aujourd'hui j'ai envi de te dire...je t'adore papa que dieu te donne longue vie a cote de nous.

A ma chère maman feu Mme Sanata DIARRA dite Yah :

Douce mère tu l'a été

Tendre mère tu l'a été

Courageuse mère tu l'a été

Ce travail est le fruit de ton amour de tes prières et de tes encouragements, tu as consacre le meilleur de toi-même a notre éducation, a notre réussite. Puisse le seigneur me permettre de te le rendre au centuple. Tes peines, tes privations, tes sacrifices non pas de mesure a mes yeux. C'est immense comme si je m'arrêtais devant la mer, le regard cherchant une limite invisible.

Bon dieu les mots me manquent.

Je suis persuadé que tu va continuer à veiller sur nous.

Aujourd'hui j'aimerai t'offrir la récompense avec toute la fierté et le bonheur de t'avoir comme maman. Chère maman soit rassurée de mon ineffectif que Dieu t'accorde le paradis. Dors en paix.

A mon grand père et homonyme Yacouba :

Je suis persuadée que tu continueras à veiller sur nous comme tu as toujours su le faire.

A mes grands parents : feu Mahamadou Kassambara, Assitan, Fatoumata, Fatoumata Berthe, Seydou. <La qualité d'un fruit se reconnaît par l'arbre qui la produit.> même si je n'ai pas eu le bonheur de vous connaître c'est à travers l'éducation que vous avez donnée à vos enfants que j'ai pu profiter de votre bonté. Que le bon Dieu vous accorde son paradis.

A ma Femme Kadidia Sanogo :

Dieu merci pour t'avoir choisi pour moi.

Chérie merci pour le soutien sans faille que tu n'as cessé de m'apporter, l'amour et la tempérance que tu as toujours témoigné à mon endroit.

Tu as su essuyer mes larmes quand je me sentais abattue, tu as toujours cédé à mes caprices même les plus fous.

J'ai encore en semoir cette peur que tu éprouvais la veille de toutes les épreuves de fin d'année scolaire que je devais subir ; soit heureux ce jour. Que Dieu guide nos pas et bénisse notre union. Ce travail porte ta marque, tu as toujours répondu présent à l'appel, je ne t'oublierai jamais et te serai toujours reconnaissante.

Merci pour ton immense amour.

Que Dieu nous donne longue vie.

A mes fils : Mamoutou et Lamine,

Dans la fleur de l'âge, de l'insouciance de bonheur, mais aussi de la fébrilité tant physique, morale que psychologique, peux-tu me faire grâce des peines et nostalgies, dues aux exigences du métier. Puisse ce travail vous procurer toutes les affections dont j'ai été incapable en espérant que je serai fier de vous. Je vous souhaite, santé, longévité, et bonheur.

A la famille Sogoba à segou :

Vous qui m'avez spontanément adopté, trouver ici l'expression de mes sentiments le plus profond.

Liste des sigles et abréviations

ATCD : Antécédents

BDCF : Bruit du cœur foetal

BW : Bordet Wassermann

CAT : Conduite à tenir

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

C.S.Réf : Centre de santé de référence

DCI : Dénomination commune internationale

DDR : Date des dernières règles

DPA : Date prévue de l'accouchement

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

HFDK : Hôpital Fousseyni Dao de Kayes

HTA : Hypertension artérielle

HU : Hauteur utérine

INPS : Institut national de prévoyance sociale

IEC : Information Education Communication

MST : Maladies sexuellement transmissibles

NFS : Numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

PPM : Pharmacie populaire du Mali

UNICEF : Fond des nations unies pour l'enfance

USA : Etats-Unis d'Amérique

S.A : Semaines d'aménorrhée.

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SP : Sulfadoxine pyriméthamine

TE : Test d'Emmel

VAT : Vaccin antitétanique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

| | Page |
|--|-------------|
| I - INTRODUCTION | 1 |
| II - OBJECTIFS | 3 |
| III - GÉNÉRALITÉS | 4 |
| 1- Définition opératoire | 4 |
| I.1. Qualité des soins | 4 |
| I.2. Aspects techniques de la CPN : | 7 |
| I.3. Diagnostic de la grossesse | 7 |
| I.3.1. Interrogatoire | 8 |
| I.3.2. Examen clinique | 8 |
| I.4. Examen physique | 12 |
| I.4.1. Examen general | 12 |
| I.4.2. Examen obstetrical | 13 |
| I.4.3. Examen des seins | 13 |
| I.4.4. Examen au spéculum | 13 |
| I.4.5. Toucher vaginal | 13 |
| I.4.6. Examens complémentaires | 13 |
| I.4.7. Les soins | 16 |
| IV - MÉTHODOLOGIE | 18 |
| 1- Lieu d'étude | 18 |
| 2- Période d'étude | 19 |
| 3- Type d'étude | 19 |
| 4-Criteres de jugement | 19 |
| 5- Taille de l'échantillon | 19 |
| 6- technique de collecte | 20 |
| 7- Etude des structures | 20 |
| 8- Gestion des donnees | 21 |
| 9- niveau de qualité des structures | 21 |
| 10- Normes architecturales | 21 |
| 11- Structure de la salle | 21 |
| 12- Système de classement | 22 |
| V - RÉSULTATS | 24 |
| VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS | 43 |
| VII - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | 53 |
| VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | |

IX- ANNEXES

HOMAGES AUX MEMBRES DE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur SY AÏDA SOW

Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Chef de service de Gynécologie obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune II.

Présidente de l'Association Malienne de Gynécologie Obstétrique (SAGO).

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt appréhendé et apprécié combien noble votre dévouement pour la formation des médecins.

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

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur AMADOU INGRE DOLO,

Professeur titulaire de Gynécologie et Obstétrique,

Chargé de cours de Gynécologie et Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali (FMPOS),

Chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalo- universitaire (CHU) de Gabriel Touré,

Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO),

Président de la Cellule Malienne du Réseau Africain de Prévention de la Mortalité Maternelle (RPMM).

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

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

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur MAMADOU TRAORE

**Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique,
Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la
Commune V,
Secrétaire Général Adjoint de la Société é Africaine de
Gynécologie Obstétrique (SAGO),
Membre du Réseau Malien de Lutte contre la Mortalité
Maternelle.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Vos qualités humaines et intellectuelles mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionné. Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité.

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur BINTA KEITA

Médecin Gynécologue Obstétricienne,

Chef de Division Santé de la Reproduction à la Direction Nationale de la Santé (DNS)

Cher Maître, nous sommes très honoré par votre présence dans ce jury de thèse, malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Co-directeur

Docteur YOUSOUF TRAORE

Gynécologue Obstétricien

Médecin au service de Gynécologie et Obstétrique au Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Gabriel Touré.

Chargé de la PTME au service de Gynécologie et Obstétrique au Centre Hospitalo- universitaire (CHU) de Gabriel Touré.

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

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

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

INTRODUCTION

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

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

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

Tout en apportant la joie dans la famille, elle peut aussi apporter la tristesse, soit à la suite du décès de la progéniture, soit du décès de la mère [4]

Mais combien sont-elles, celles qui perdent leur vie en donnant la vie ? Des études ont montré que 80% des décès maternels résultent directement de complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches, alors que les 20% restant sont dus à des pathologies existantes aggravées par sa prise en charge. Au Mali les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 21,28% de la population. Dans ce groupe le taux de mortalité représente 1200 pour 100 000 naissances vivantes d'après la nouvelle estimation [5].

Malgré la valeur et l'intérêt accordés à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur la CPN, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante comme en témoignent les indicateurs ci-après [4]:

-Taux de mortalité maternelle: 582 pour 100.000 naissances vivantes

- Taux de mortalité néonatale: 71,57 pour 1000,
- Taux de mortalité infantile: 133,76 pour 1000
- Taux de mortalité périnatale: 55,76 pour 1000
- Taux de mortalité juvénile: 131,86 pour 1000
- Taux de mortalité infanto juvénile: 242,23 pour 1000.

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

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

La CPN doit être de bonnes qualités avec un personnel qualifié, car c'est le moment de détecter précocement toute anomalie en menace pour la grossesse et l'accouchement, les mesures préventives et/ou curatives nécessaires à entreprendre une surveillance accrue lui doit être consacrée. C'est pour mieux élucider cette question que nous avons décidé de faire cette étude sur la qualité de la surveillance prénatale à l'Hôpital Fousseni Dao de Kayes.

OBJECTIFS

Objectif général:

Evaluer la qualité de la CPN a l'hôpital Alfousseyni Dao de Kayes.

Objectifs spécifiques:

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
- Décrire les procédures de la CPN a l'hôpital Alfousseyni Dao de Kayes.
- Déterminer le niveau de performance des prestataires.
- Corréler la performance des prestataires et la compliance des femmes.

GENERALITES

1- Historique de la consultation prénatale:

La mise en place de programmes de politique de santé destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme: à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avait de la peine à recruter des hommes suffisamment bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternel et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement. Mais c'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. En 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unis nouvellement créer leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension internationale et morale.

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

Au cours du XXe siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [7].

Malgré ses différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde.

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 internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995.

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [7, 8].

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté il y a près d'un siècle aux USA, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux 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 Armogathe et Weil.

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

I. Définitions opératoires

I.1. La qualité des soins:

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologiques médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risque. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfice [6].

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

- **L'évaluation:**

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

- **Les normes:**

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

- **Les procédures:**

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

- **La mortalité maternelle:**

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

- **Taux de mortalité maternelle:**

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

- **La grossesse:**

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

- **Facteurs de risque**

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

- **Grossesse à risque:**

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

- **La maternité sans risque**

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

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

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

- **La carte sanitaire**

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

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

Il signifie l'offre d'activité intégrée de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, de consultations prénatales et postnatales avec accouchement et vaccinations.

- **L'évacuation:**

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

- **Référence:**

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

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

Des services de santé maternelle de qualité doivent répondre aux critères suivants [10].

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ Assurer la continuité des soins et le suivi;

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

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

I.2. Aspects techniques de la CPN:

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

- ✓ Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains;
- ✓ Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers la surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelés;
- ✓ Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut, transférer la gestante dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [11].

La politique sanitaire au Mali prévoit sept consultations prénatales. La première avant la fin du troisième mois et les autres avec une périodicité mensuelle [10]. La surveillance de la grossesse s'effectue donc au cours de ces examens.

- La première CPN

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

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

I.3. Diagnostic de la grossesse:

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

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

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

I.3.1. Interrogatoire:

I.3.1.a. L'aménorrhée

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

I.3.1.b. Les signes sympathiques de la grossesse [11]

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

Ils entraînent:

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

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

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

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

I.3.2. Examen clinique

Inspection

I.3.2.1. Les modifications mammaires

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

Autres:

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

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

La vulve parfois se pigmente et gonfle.

Palpation abdominale

L'augmentation de volume n'est perçue que vers la 9^{ème}-10^{ème} SA, si la paroi est mince et souple.

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

I.3.2.2. Examen au spéculum:

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

I.3.2.3. Le toucher combiné au palper:

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

- **Le col utérin**

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

- **Le corps utérin:**

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

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

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

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

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

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

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

I.3.2.4. Détermination du terme:

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

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

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

I.3.2.6. Recherche d'antécédents obstétricaux:

Leur étude est capitale chez la femme enceinte non primigeste. Ils doivent être recherchés pour déceler une cause qui peut être source de récurrence pour la grossesse actuelle. C'est ainsi que certains antécédents obstétricaux exposent à des risques potentiels. ^[10]

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

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

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

Pour chaque grossesse, il faudra préciser:

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

I.3.2.7. Recherche des antécédents gynécologiques:

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

L'étude du cycle permet de dire si le calcul classique de l'âge gestationnel peut être précis ou s'il faut des examens complémentaires pour le déterminer. Les grossesses survenant après une stérilité seront surveillées tout particulièrement au cours du premier trimestre. Le renforcement de la surveillance prénatale à cette période diminue le taux d'avortements. [12]

Recherche d'anomalies à caractères héréditaires.

HTA;

Malformations;

Diabète;

Anomalies génétiques ou chromosomiques connues.

Recherche d'antécédents pathologiques

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

Autres facteurs de risque de grossesse pathologique

Le médecin précisera:

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

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

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

Les conditions socioéconomiques;

Les facteurs psychologiques.

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

I.4. Examen physique

I.4.1. Examen général:

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

La mesure de la taille: selon la littérature, une taille inférieure à 1,50 m est un risque de dystocie [4]. Ces dystocies surtout d'origine mécanique sont à la base de 20% à 30% des césariennes. [13]

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

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

La prise de la tension artérielle;

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

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

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

I.4.2. Examen obstétrical:

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

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

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

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

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

I.4.5. Le toucher vaginal permet:

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

D'apprécier la taille de l'utérus;

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

I.4.6. Examens complémentaires:

I.4.6.1. Examens obligatoires

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

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

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

La sérologie de la syphilis (VDRL, TPHA);

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

I.4.6.2. Examens conseillés et utiles:

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

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

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

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

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

I.4.6.5. Conseils:

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

I.4.6.6. Nutrition:

Une alimentation équilibrée riche en calcium, légumes frais et fruits est conseillée. L'eau est la seule boisson vraiment utile; un apport quotidien d'un litre et demi d'eau sous forme d'eau de robinet, d'eau de source, ou de préférence d'eau minérale faiblement minéralisée est indispensable.

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

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

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

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

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

Les rapports sexuels sans excès ne comportent aucun danger.

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

I.4.6.7. Voyages:

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

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

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

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

I.4.6.8. Les médicaments:

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

Pas d'automédication.

Systeme dentaire et digestif

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

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

I.4.6.9. Hygiène corporelle:

On ne doit pas utiliser de savons acides désinfectants (favorise l'apparition des mycoses) pour l'hygiène intime; préférer un savon alcalin, sans additif, colorant ou parfum [14]. Le « savon de Marseille » est bien toléré.

I.4.7. Les soins:

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

La surveillance pendant la grossesse

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

I.4.7.1. Objectifs:

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

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

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

I.4.7.2. L'interrogatoire:

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

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

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

- épisodes de métrorragies, même minimes;

- contractions utérines anormales;

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

I.4.7.3. L'examen clinique:

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

I.4.7.4. La pesée: [15]

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

La mesure de la pression artérielle

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

La hauteur utérine et le périmètre ombilical

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

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

A trois mois, le fond utérin déborde au dessus de la symphyse.

A quatre mois et demi, l'utérus est au niveau de l'ombilic.

II METHODOLOGIE

Notre étude a été menée au service de Gynéco obstétrique de l'HFDDK. Cet hôpital a été créé en 1883 par les militaires français en mission dans l'Ouest africain. L'HFDDK faisait partie des vieilles formations sanitaires du Mali et avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France.

En 1959 cette l'HFDDK devient hôpital secondaire; avec la réorganisation des formations hospitalières en 1963 il fut érigé en hôpital régional une structure sanitaire de référence au niveau régional. Il a été entièrement rénové en 1987 dans le cadre des accords d'assistance technique sanitaire entre le gouvernement du Mali et de l'Italie.

C'est en 1991 qu'il fut baptisé HFDDK, du nom d'un de ses médecins directeur assassiné la même année (paix en son âme). L'HFDDK est situé au Sud-est de la ville de Kayes, au quartier Plateau et au voisinage de la gare ferroviaire. Il s'étend sur 12 hectares et son fonctionnement est animé par un service administratif, un personnel médical et paramédical.

Le service de la maternité (gynéco obstétrique) est un bâtiment à étage et se présente comme suit:

Unité de CPN;

Salle d'accouchement et unité des suites de couche;

Une planification;

Une unité de statistique pour les activités du service;

Salle de consultation;

6 salles d'hospitalisation;

Unité de dépistage du cancer du col;

Unité d'enregistrement des naissances;

Unité de pansement des malades opérées;

Salle des internes (FFI°).

Salle de garde.

6 toilettes.

L'unité de CPN est dirigée par la sage femme adjointe. Durant les 3 jours de CPN (lundi, mercredi, vendredi) épaupe.

Matrones et les stagiaires (sages femmes et infirmières obstétriciennes). Les autres jours (mardi et jeudi) sont consacrés à l'enregistrement des examens.

Les populations étudiées:

II.1. Etude des structures:

Chef de service Médecin directeur;

Personnel socio sanitaire;

Gestionnaires et autres membres du bureau des entrées.

Etude des procédures et résultats

Les personnes ayant assuré les CPN;

Les gestantes.

II.2. Période d'étude: Notre enquête s'est déroulée du 1^{er} juillet au 20 septembre 2006.

Unité statistique/ critère d'inclusion et de non inclusion

Notre étude a porté systématiquement sur 200 gestantes qui se sont présentées à l'HFDDK pour la CPN pendant notre période d'étude.

Elle a concerné l'accueil et les gestes techniques réalisés par les personnes au cours de la CPN et l'opinion de la gestante sur la qualité de ses activités.

Sont non incluses dans notre étude toute gestante ayant refusé l'examen obstétrical.

II.3. Type d'étude:

L'étude était transversale, descriptive et qualitative. Elle s'est inspirée du postulat d'Adevis Donabedian sur la qualité des soins, des services et le comportement:

Une étude des structures;

Une étude des procédures et résultats.

II.4. Les critères de jugement prennent en compte:

La politique sectorielle de santé;

Les normes et procédures en CPN.

II.5. Taille de l'échantillon:

Notre étude a concerné 200 gestantes sollicitant les soins et qui ont accepté de se soumettre à l'observation et à nos questions. De la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et l'opinion des usagers.

Support des données ou instruments de la collecte

La collecte des données a été réalisée sur:

Un questionnaire « observation des CPN »;

Ces questionnaires sont portés en annexe.

II.6. Technique de collecte:

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents du centre (sage femme) 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. Toutes les gestantes qui se sont présentées pour la CPN au cours de la période d'enquête ont été interrogées.

Les variables étudiées sont:

II.7. Étude des structures:

Elle est basée sur:

Une description des capacités de production (berceau, équipement et ressources humaines).

Une présentation du système de tarification des soins.

Les CPN comportaient:

Les caractéristiques des gestantes;

La qualification de la personne qui a pris en charge la gestante.

L'accueil

- La quantité CPN ?
- La réalisation des gestes techniques d'examen clinique;
- Les soins préventifs;
- La présence des facteurs de risque;
- Les prescriptions;
- Les relations humaines;
- Les conseils adressés à la gestante; les rendez vous; l'opinion de la femme sur la qualité des prestations.

L'analyse de l'opinion des prestataires

Elle vient en complément de l'étude des procédures; les gestantes sont interrogées par rapport à leur opinion sur les prestations.

L'organisation des enquêtes, les observations sur les CPN et les fiches d'enquête établies permettaient des réponses rapides;

II.8. Gestion des données:

Le plan d'analyse et traitement des données: les données sont saisies sur le logiciel Epi6fr et analysées sur SPSS 11.0. Le traitement de texte a été réalisé sur Microsoft Word.

II.9. Niveau de qualité de la structure:

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

II.10. Les normes architecturales:

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

Le dispositif en place pour l'accueil

Existence d'un service d'accueil inclus au bureau des entrées;

Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

La structure et l'équipement de la structure de consultation prénatale

II.11. Structure de la salle:

Existence et fonctionnalité du laboratoire

Équipements;

Pansement;

Formation du personnel.

Le dépôt de médicaments

Les normes architecturales;

L'équipement;

Le mode d'approvisionnement.

L'état des toilettes

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

Robinet ou pompe à main;

Poubelles;

Incinérateur.

Système d'éclairage et la communication (téléphone fixe, Fax, réseau public, groupe électrogène)

II.12. LE SYSTEME DE CLASSEMENT ^[9]

Une cotation (0; 1) a été fait pour les critères identifiés ci-haut. Chaque référence composée de critère a été cotée de 0 à 4. la somme des scores réalisée appliquée à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les 11 références est de 44. Le détail sur les cotations est représenté sur le *tableau I* en échelle d'évaluation se présente comme suit:

NIVEAU IV: 95 à 100% de score maximum soit un score total de 38 à 40

NIVEAU III: 75 à 94% de score maximal soit un score total de 30 à 37, 99

NIVEAU II: 50 à 74% de score maximal soit un score total de 20 à 29,99

NIVEAU I: Inférieur à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20.

Le niveau de qualité de CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires l'analyse a porté sur deux types échelle.

Une première échelle ou les CPN sont dites:

De bonnes qualités si toutes les variables discriminatoires sont réalisées.

De moins bonnes qualités si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

Une échelle ou les CPN sont classés en 4 niveaux de qualités.

Bonne: 95- 100% des gestes de la dimension sont réalisés.

Assez bonne: 75- 94,99% des gestes de la dimension sont réalisés

Passable: 50- 74,99% des gestes de la dimension sont réalisés

Mauvais: Moins de 50% des gestes de la dimension est réalisés.

Cette échelle s'applique aux dimensions qui ont 4 variables et plus.

C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la promotion des gestantes recevant des soins de très bonnes qualités et d'avoir un classement par niveaux du dit centre.

Les critères de classement ont été:

NIVEAU IV: 75-100% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonnes qualités.

NIVEAU III: 50-74,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonnes qualités.

NIVEAU II: 25-49,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonnes qualités.

NIVEAU I: Moins de 25% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonnes qualités.

Etude des structures: L'étude a comporté

Les données physiques (locaux, équipements) et les données humaines.

La description des capacités de production (locaux, équipement, ressource humaine).

L'unité de CPN est constituée de:

- Une salle d'attente (hangar) avec 3 bancs servant d'accueil aux gestantes.
- Une grande salle divisée en deux pièces par un comptoir en chambre et antichambre; dont l'anti chambre servant de salle de counseling qui était systématique chez toutes les nouvelles gestantes (première CPN) une table d'examen servant à l'examen physique. La chambre est composée de bureaux servant à l'enregistrement, une toise murale avec pèse-personne et un tensiomètre.

Equipement: Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques: L'unité de CPN compte 3 armoires, 4 bureaux, 5 chaises, une table gynécologique.

Inventaires des petits équipements: Un tensiomètre, un stéthoscope biauriculaire, un stéthoscope obstétrical, une pèse-personne avec toise. Au besoin les spéculums sont servis a partir de la stérilisation générale du service.

Le personnel de l'unité de CPN est composée de:

3 sages femmes qui assurent la permanence tous les jours ouvrables, une matrone et les stagiaires (sages et infirmières obstétriciennes).

Les locaux sont en bon état.

Le système de tarification pour la CPN:

500 f CFA pour le carnet et 500 f CFA pour l'acte de CPN donc d'un coup total de 1000 f CFA pour la première CPN et 500 f CFA pour les CPN ultérieures.

L'hôpital dispose d'une pharmacie hospitalière dotée à partir de la pharmacie populaire du Mali (principale source d'approvisionnement) et les fournisseurs agréés.

III. RESULTATS**A. Tableau I:** Données sur les structures

| Références | Niveau de qualité | | | | score | Observations |
|--|-------------------|---|---|---|-------|--|
| | A | B | C | D | | |
| 1. Normes Architectural | | x | | | 3 | Protection contre la poussière avec système de ventilation Observer le système de protection contre les moustiques |
| 2. Dispositif d'accueil et d'observation | x | | | | 4 | Dispositifs du personnel assistant, niveau des entrées |
| 3 Structure et équipement unité CPN | | x | | | 3 | Matériel technique de bonne qualité mais un complet spéculum |
| 4 Equipements de salle d'attente | x | | | | 4 | Salle d'attente équipée de bonne qualité |
| 5. Unité de consultation gynéco | x | | | | 4 | Matériels de consultations complets 2 salles de consultations avec box, salle de garde tous de bonne qualité |
| 6. Dépôt de médicaments, normes architecturales et coûts des médicaments | x | | | | 4 | Protection suffisante contre la poussière avec un dépôt de garde Initiative de Bamako (IB) appliquée |
| 7. Unité d'hospitalisation et suites de couche | x | | | | 4 | 6 salles d'hospitalisations de 26 lits Une annexe de 6 lits et la salle VIP |
| 8. Laboratoire/ fonctionnalité | x | | | | 4 | Fonctionnels pour les examens complémentaires les plus courants Numération formule sanguine, goutte épaisse, Widal, créatinine mie, BW, Tosco, Test d'Emmel |
| 9. Etat des toilettes | | x | | | 3 | Intensité respectée, propreté insuffisante |
| 10. Bloc opératoire | | x | | | 3 | Matériels techniques complets, absence de réanimation adéquate |
| 11. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets | x | | | | 4 | Réseau public, pompe à main, déchets régulièrement déversés sous traitement biomédical Existence d'un incinérateur |
| 12. System d'éclairage et communication | x | | | | 4 | Réseau public, téléphone fixe, Fax, un groupe électrogène |

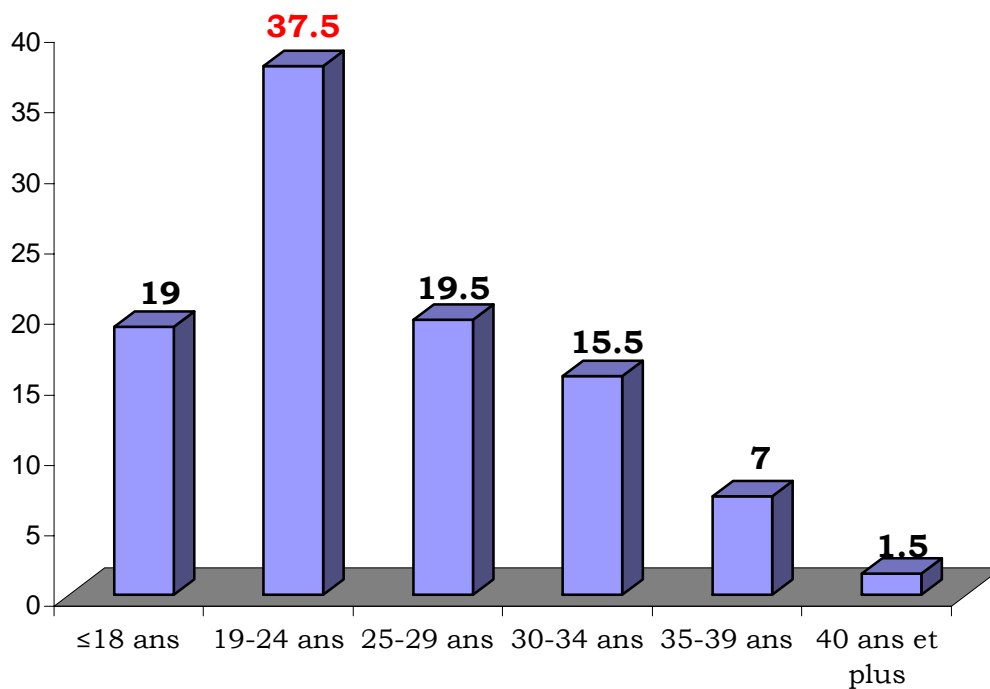
NB: A=4; B=3; C=2; D=1

Le centre est de niveau 4 c'est-à-dire que les références évaluées sont très satisfaisantes.

III.3. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Tableau II: Répartition des gestantes en fonction des tranches d'âge

| Tranche d'âge | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------|-------------|
| ≤18 ans | 38 | 19,0 |
| 19-24 ans | 75 | 37,5 |
| 25-29 ans | 39 | 19,5 |
| 30-34 ans | 31 | 15,5 |
| 35-39 ans | 14 | 7,0 |
| 40 ans et plus | 3 | 1,5 |
| Total | 200 | 100 |



La tranche d'âge de 19-24 ans était la plus représentée avec un taux 37,7%. Les extrêmes étaient de 14-43ans avec une moyenne de 24,25.

Tableau III: Répartition des gestantes selon le niveau d'alphabétisation

| Niveau scolaire de la femme | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Non scolarisée (français) | 84 | 42,0 |
| Primaire (français) | 71 | 35,5 |
| Secondaire (français) | 15 | 7,5 |
| Supérieur (français) | 0 | 0 |
| Enseignement coranique | 30 | 15,0 |
| Total | 200 | 100 |

Les gestantes non scolarisées en français étaient les plus représentées avec un taux de 42%.

Tableau IV: Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| Mariée | 193 | 96,5 |
| Célibataire | 7 | 3,5 |
| Divorcées | 0 | 0 |
| Veuves | 0 | 0 |
| Total | 200 | 100 |

La quasi-totalité (96,5%) des gestantes était mariée

Tableau V: Répartition des gestantes selon la profession

| Profession | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Femme au foyer | 163 | 81,5 |
| Vendeuse | 6 | 3,0 |
| Fonctionnaire | 6 | 3,0 |
| Commerçante | 1 | 0,5 |
| Autres* | 24 | 12,0 |
| Total | 200 | 100 |

Autres*: coiffeuses, teinturières, couturières, élèves,
Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 81,5%

Tableau VI: Répartition des gestantes selon la gestité

| Gestité | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Primigeste | 52 | 26,0 |
| Paucigeste | 94 | 47,0 |
| Multigeste | 28 | 14,0 |
| Grande multigeste | 26 | 13,0 |
| Total | 200 | 100 |

Près de la moitié (47%) des gestantes étaient paucigestes

Primigeste: Une grossesse

Paucigeste: 2-3 grossesses

Multigeste: 4-5 grossesses

Grandemultigeste: 5 grossesses et plus

Tableau VII: Répartition des gestantes selon la parité

| Parité | Fréquence | Pourcentage |
|------------------|------------------|--------------------|
| Nullipare | 63 | 31,5 |
| Primipare | 53 | 26,5 |
| Paucipare | 39 | 19,5 |
| Multipare | 31 | 15,5 |
| Grande multipare | 14 | 7,0 |
| Total | 200 | 100 |

Les nullipares étaient les plus représentées avec un taux de 31,5%.

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon le moyen de transport

| Moyens de transport | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|------------------|--------------------|
| Véhicules à 4 roues | 122 | 61,0 |
| A pied | 58 | 29,0 |
| Autres | 20 | 10,0 |
| Total | 200 | 100 |

Pour parvenir au centre de santé les véhicules à 4 roues étaient les plus utilisés avec un taux de 61%

Tableau IX: Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux

| Autres antécédents obstétricaux | Fréquence (n=200) | Pourcentage |
|--|--------------------------|--------------------|
| Fausse couche | 20 | 10 |
| Césarienne | 6 | 3 |
| Mort-né | 3 | 1,5 |
| Décès | 11 | 5,5 |
| Forceps | 0 | 0 |

1/10^e des gestantes avaient fait une fausse couche.

Tableau X: Répartition selon les antécédents de pathologies médicales évoquées par les gestantes.

| Pathologies médicales | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Infection urinaire | 5 | 2,5 |
| HTA | 2 | 1,0 |
| Drépanocytose | 2 | 1,0 |
| Toxoplasmose | 1 | 0,5 |

Tableau XI: Répartition de la population selon les examens para cliniques demandés.

| Natures des examens para cliniques | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---|--------------------------|--------------------|
| Albumine sucre dans les urines | 187 | 83,3 |
| Echographie | 190 | 85,0 |
| NFS | 80 | 40,0 |
| BW | 80 | 40,0 |
| Test d'Emmel | 78 | 39,0 |
| Sérologie VIH | 30 | 15,0 |
| Groupage sanguin rhésus | 188 | 94,0 |
| Sérologie toxoplasmose | 175 | 87,5 |

III.4. ETUDE DES PROCEDURES:

III.4.1 Etude descriptive:

3.1.1 Données des CPN:

Tableau XII: Répartition des prestataires selon la qualification

| Qualification | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------|------------|-------------|
| Médecin | 0 | 0 |
| Interne | 0 | 0 |
| Sage femme | 200 | 100 |
| Infirmière obstétricienne | 0 | 0 |
| Total | 200 | 100 |

Seules les sages femmes faisaient les CPN

Tableau XIII: Répartition des gestantes selon la durée moyenne de la CPN

| Durée de la CPN | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|------------|-------------|
| 5-10 min | 28 | 14,0 |
| Plus de 10 min | 172 | 86,0 |
| Total | 200 | 100 |

14% des CPN se sont déroulées en moins de 10 minutes

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

| Histoire de la grossesse | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|--|----------------------|-------------|
| Détermination de l'âge de la grossesse | 100 | 50,0 |
| Détermination de la date probable d'accouchement | 109 | 54,5 |
| Détermination de la date des dernières règles | 32 | 16,0 |

L'âge de la grossesse était déterminé chez la moitié des gestantes

Tableau XV: Répartition des gestantes selon les conditions d'accueil

| Conditions d'accueil | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---|------------------------------|--------------------|
| Bonne attitude envers la gestante | 200 | 100 |
| Salutations conformes aux convenances sociales | 198 | 99,0 |
| Salutations d'usage au départ | 198 | 99,0 |
| La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir | 193 | 96,5 |
| Manifestation d'intérêt pour la gestante | 95 | 47,5 |

Tout le personnel de santé a manifesté une bonne attitude envers les gestantes.

Tableau XVI: Répartition des gestantes en fonction des critères de choix du centre.

| Critères de choix | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| Proximité | 8 | 4,0 |
| Connait quelqu'un | 24 | 12,0 |
| Personnel compétent | 93 | 46,5 |
| Personnel accueillant | 12 | 6,0 |
| Tarifs peu élevé | 2 | 1,0 |
| Médicaments à bon tarif | 7 | 3,5 |
| Sur conseil | 32 | 16,0 |
| Autres raison | 22 | 11,0 |
| Total | 200 | 100 |

La compétence du personnel a été le principal critère de choix avec un taux de 46,5%

Tableau XVII: Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et toilette.

| Etat des locaux et toilette | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Etat des locaux: | | |
| - Nouveaux et propres | 46 | 23,0 |
| - Vieux et propres | 143 | 71,5 |
| - Vieux et salles | 6 | 3,0 |
| - Ne sait pas | 5 | 2,5 |
| Etat des toilettes: | | |
| salle | 32 | 16,0 |
| propre | 90 | 45,0 |
| Ne sait pas | 78 | 38,5 |

La plus part des gestantes (71,5%) attestent que les locaux sont vieux et propres.

Tableau XVIII: Répartition de la population selon le respect de l'intimité de la consultante.

| Conditions d'examen | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---|------------------------------|--------------------|
| Examen à l'abri des regards | 200 | 100 |
| Absence de tierce personne pendant la consultation | 200 | 100 |
| Absence entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation | 169 | 84.5 |

L'ensemble des consultations s'est réalisé dans la plus grande intimité.

Tableau XIX: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN

| Nombre de CPN | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Aucune CPN au préalable | 7 | 3,5 |
| 1-3 CPN | 168 | 84,0 |
| 4 et plus | 25 | 12,5 |
| Total | 200 | 100 |

La plus grande partie des gestantes (soit 84,0%) avaient un nombre de CPN compris entre un et trois.

Tableau XX: Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiène par les prestataires

| Mesure d'hygiène appliquée au centre | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---|------------------------------|--------------------|
| A-t-il utilisé des gants ou un doigtier | 200 | 100 |
| Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la gestante | 95 | 47,5 |
| Faute d'hygiène | 21 | 10,5 |
| Tissu à usage unique | 0 | 0 |
| Tissu différent par gestante | 0 | 0 |
| Tissu offert par le centre | 200 | 100 |

La seule alèse fournie par le centre servait pour toutes les autres gestantes.

Tableau XXI: Répartition des gestantes selon leur rapport avec les soignants.

| Interaction gestantes-soignants | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|--|------------------------------|--------------------|
| Confidentialité | 200 | 100 |
| Agréable réception | 200 | 100 |
| Ordre de passage | 200 | 100 |
| Respect de l'intimité | 182 | 91,0 |
| Satisfaction des consultantes | 179 | 89,5 |
| Attente confortable | 22 | 11,0 |

De façon générale les rapports soignants-soignés étaient bien établis.

Tableau XXII: Répartition des gestantes en fonction du recueil des paramètres de l'examen physique.

| Déroulement de la consultation | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---|------------------------------|--------------------|
| Mesure de la taille | 200 | 100 |
| Pesée | 200 | 100 |
| Mesure de la tension artérielle | 200 | 100 |
| Examen des conjonctives | 200 | 100 |
| Recherche de boiterie | 200 | 100 |
| Toucher vaginal | 200 | 100 |
| Mesure de la hauteur utérine | 195 | 97,5 |
| Palpation de l'abdomen | 185 | 92,5 |
| Explication du déroulement de la consultation | 176 | 90,5 |
| Aide à monter sur la table | 70 | 35,0 |
| Consultation pulmonaire | 67 | 33,5 |
| Consultation cardiaque | 57 | 28,5 |
| Examen au spéculum | 36 | 18,0 |

On note la non utilisation systématique du spéculum pendant les CPN

Tableau XXIII: Répartition des gestantes selon le traitement préventif

| Traitement préventif | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
| Fer/Acide folique | 193 | 96,5 |
| VAT | 132 | 66,0 |
| SP | 185 | 92,5 |
| Quinine | 15 | 7,5 |

Le fer/Acide folique venait en tête de file des médicaments prescrits (soit 96,5%)

Tableau XXIV: Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé

| Conclusion de l'agent de santé | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------------|------------------|--------------------|
| Classement dans un groupe a risque | 36 | 18 |
| Non classées dans un groupe à risque | 164 | 82 |
| Total | 200 | 100 |

Environ le quart des gestantes 36 (soit 18%) courait un risque.

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

| Facteurs de risque | Fréquence (N=200) | Pourcentage |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Grande multiparité | 26 | 13,5 |
| Utérus cicatriciel | 5 | 2,5 |
| Age inférieur à 16 ans | 5 | 2,5 |
| Référence vers un autre établissement | 0 | 0 |

Près de 14% (36/200 soit 13,5%) des gestantes ont été déclarées à risque. Cinq gestantes avaient l'âge inférieur à 16.

Tableau XXVI: Répartition des gestantes selon la notion d'examens paracliniques.

| Examens paracliniques | Fréquence (N=192) | Pourcentage |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Explication sur le lieu des analyses | 182 | 91,0 |
| Explication des examens paracliniques | 185 | 96,5 |

Sur les 192 gestantes auxquelles les examens paracliniques ont été demandés, 91% ont été orientées vers les structures appropriées. Près de 4% (3,5%) n'ont pas reçu d'explications adéquates.

Tableau XXVII: Répartition des gestantes selon la population selon la prescription.

| Explication sur la prescription | Fréquence (n=160) | Pourcentage |
|--|------------------------------|--------------------|
| Oui | 160 | 100 |
| Non | 0 | 0,0 |
| Total | 160 | 100 |

Toutes les 160 ordonnances prescrites étaient accompagnées d'explication.

Tableau XXVIII: Répartition des gestantes selon l'hygiène de vie pendant la grossesse

| Hygiène de vie pendant la grossesse | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Travail professionnel | 148 | 74,0 |
| Alimentation | 147 | 73,5 |
| Travail ménager | 135 | 67,5 |
| Repos | 34 | 17, |

Les conseils pour l'hygiène ont surtout porté sur le travail professionnel et l'alimentation.

Tableau XXIX: Répartition des gestantes selon la proposition de suivi de la grossesse.

| Modalité de suivi | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------|------------------|--------------------|
| Proposition de revenir au centre | 197 | 98,5 |
| Précision de la date de retour | 193 | 96,5 |
| Total | 200 | 100 |

Seulement 1,5% des gestantes n'ont pas été informées du rendez-vous.

III.5. Résultats qualitatifs

III.5.1. Qualité de la dimension humaine de la CPN

Tableau XXX: Répartition des gestantes selon qualité de l'accueil

| Qualité de l'accueil | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|------------|-------------|
| Mauvaise | 1 | 0,5 |
| Passable | 1 | 0,5 |
| Assez bonne | 75 | 37,5 |
| Bonne | 123 | 61,5 |
| Total | 200 | 100 |

L'observation du tableau montre que l'accueil était de bonne qualité (79,9%) donc de niveau IV

Tableau XXXI: Répartition des gestantes selon qualité de l'examen physique

| Qualité de l'examen physique | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|------------|-------------|
| Mauvaise | 15 | 7,5 |
| Passable | 111 | 55,5 |
| Assez bonne | 74 | 37,0 |
| Total | 200 | 100 |

L'observation discriminatoire de la qualité de l'examen physique était de moins bonne qualité (55,5%) donc niveau II.

Tableau XXXII: Répartition des gestantes selon la qualité des conseils donnés par rapport aux signes d'alerte.

| Qualité des conseils | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Mauvaise | 124 | 62,0 |
| Passable | 66 | 33,0 |
| Bonne | 10 | 5,0 |
| Total | 200 | 100 |

L'observation du tableau montre que les conseils donnés sur les signes d'alerte n'étaient pas de bonne qualité.

Tableau XXXIII: Répartition des gestantes selon la qualité de l'hygiène

| Qualité de l'hygiène | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Passable | 23 | 11,5 |
| Assez bonne | 177 | 88,5 |
| Total | 200 | 100 |

Dans l'ensemble l'hygiène était d'assez bonne qualité (88,5%) ce qui classe l'hôpital au niveau IV.

Tableau XXXIV: Répartition des gestantes selon la qualité du respect physique et psychique du malade

| Qualité du respect physique et psychique du malade | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Passable | 56 | 28,0 |
| Assez bonne | 131 | 65,5 |
| Bonne | 13 | 6,5 |
| Total | 200 | 100 |

L'observation montre que l'hôpital Fousseni Dao de Kayes est niveau IV avec un taux de 72% pour le respect physique et psychique.

Tableau XXXV: Répartition selon qualité du respect de l'intimité des gestantes.

| Qualité du respect de l'intimité de la gestante | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Passable | 1 | 0,5 |
| Bonne | 199 | 99,5 |
| Total | 200 | 100.0 |

L'observation du tableau montre que l'hôpital est de niveau IV pour le respect de l'intimité.

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

| Qualité du respect de la confidentialité | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Passable | 4 | 2,0 |
| Bonne | 196 | 98,0 |
| Total | 200 | 100 |

L'observation du tableau montre que les examens ont été faits dans la plus grande discrétion 98%.

Tableau XXXVII: Répartition des gestantes selon la qualité de la relation humaine.

| Qualité de la relation humaine | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------------|------------------|--------------------|
| Passable | 3 | 1,5 |
| Assez bonne | 195 | 97,5 |
| Bonne | 2 | 1,0 |
| Total | 200 | 100.0 |

L'observation du tableau montre que la relation soignées soignantes était très satisfaisante donc de niveau IV avec un taux de 98,5%

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.

Limites et points forts de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, donc ne permettant pas de suivre une évolution dans le temps.

Au cours de notre étude nous avons observé une modification du comportement des agents de santé dans le sens de l'amélioration.

Nous n'avons pas utilisé d'indice systématique résumant tous les agents de la qualité; car nous avons voulu cerner les déficits portant sur les différentes composantes selon le modèle de Donabedian A [6].

Au Mali certaines études ont été consacrées aux soins, mais peu d'entre elles ont pris en compte à la fois la réalisation des gestes techniques, l'opinion des gestantes et la monographie de la structure de soin.

Etude des structures

Le système de tarification en place semble abordable; cependant une prise en charge intégrale (consultation, examen para clinique et médicaments) des personnes démunies est indispensable pour permettre une bonne équité dans l'accès aux soins. Il n'existe pas de système de référence/évacuation, ce rôle est dévolu au CS réf. De Kayes.

Le matériel technique pour l'unité C.P.N est incomplet: nous avons observé une insuffisance de spéculum.

Sur le plan qualité de la structure, nous avons classé le HFDK au niveau IV. Ce résultat corrobore avec celui de KAMISSOKO M.[18]

IV.1. Etude des procédures

IV.1.1 Interaction gestante-personnel de soins prénataux

Pour déterminer la qualité de l'interaction gestante-personnel de soins prénataux, nous nous sommes intéressés au respect physique, psychique, son intimité et à la confidentialité de l'examen. La dimension est une phase capitale de la consultation et fait partie intégrante de la surveillance prénatale. Un accueil chaleureux et une sympathie manifeste de la part du soignant envers la consultante incitent ces derniers à fréquenter d'avantage

le Centre. L'évaluation du niveau de qualité de la dimension humaine affecte au centre le IV. Ce résultat est supérieur à celui de Koita M.^[2] qui avait effectué la même étude en 2001 en Commune V. Cela peut être dû à l'effectif des sages femmes qui font la CPN ensemble. Le respect de l'intimité et de la confidentialité était de bonne qualité (niveau IV). Ce résultat est similaire à celui rapporté par Fomba S ^[14].

Au total, il y avait une bonne interaction gestante-personnel soignant; ce constat corrobore avec ceux de Traoré ^[18] Kamissoko ^[16] et Kamate ^[19].

Qualification du personnel en charge des CPN

Les CPN sont assurées à (100%) par les sages femmes. Les médecins interviennent peu dans ce domaine malgré l'existence des grossesses à risque (18%) Sitouck W. ^[17] avait retrouvé 67% pour les sages femmes, 29% pour les infirmières obstétriciennes et 4% pour les matrones. Fomba S. ^[14] avait eu un résultat similaire à notre étude (100%).

Dans le système sanitaire au Mali, la CPN est confiée à une équipe de santé dirigée par une sage femme, les autres intervenants étant les infirmières obstétriciennes et les matrones; les médecins participent très peu à l'activité. Cela pourrait expliquer notre résultat.

Nous avons classé l'Hôpital FDK au niveau IV sur la qualification du personnel ayant effectué la CPN.

IV.2. Interrogatoire des gestantes

L'interrogatoire au cours des CPN est capital. Grâce à lui, le praticien connaît sa patiente, l'environnement dans lequel elle vit (social, familial et professionnel) et peut personnaliser la surveillance prénatale.

De nombreux paramètres tels que l'âge, le statut matrimonial, la profession de la gestante, la profession du mari et le lieu de résidence étaient systématiquement demandés à toutes les gestantes de notre étude (100%). BERTHE A ^[19] et KAMISSOKO M. ^[17] avaient trouvé qu'en dehors de l'âge et du lieu de résidence, les autres paramètres avaient été faiblement explorés.

Lors de notre étude, toutes les gestantes possédaient un carnet de grossesse vendu par l'Hôpital FDK, contenait tous ces renseignements à compléter par

les agents de santé pratiquant la CPN. Cela pourrait expliquer cette différence dans les résultats.

La demande de la situation socioéconomique de la famille, le niveau de scolarité étaient explorés dans respectivement 100%. Par contre la distance parcourue pour venir à l'Hôpital n'était pas du tout explorée.

Sur l'intervalle inter gésésique

La praticienne se renseignait systématiquement sur le nombre de grossesse, le nombre d'accouchements, le nombre d'avortements, le nombre de naissances vivantes, le nombre d'enfants décédés et le nombre d'enfants mort-nés. Sur l'intervalle inter gésésique et les notions de césarienne, ventouses, forceps chez toutes les gestantes de notre effectif, soit 100%.

Les pathologies comme l'HTA, le diabète, les affections cardiaques étaient recherchées respectivement à 100%, 30%, 60%, contre 98,3%, 98,3% et 90,5% chez Fomba S [14], 98%; 100% et 86% chez Sitouck W. [17]. Au cours de notre étude nous avons enregistré deux cas de drépanocytose soit un taux d'environ 1%; cependant celle-ci n'a pas fait l'objet d'une recherche chez Fomba S. [14].

La majorité des signes accompagnant la grossesse avaient été recherchés. La survenue des vomissements et de fatigue étaient demandés respectivement chez 74% et 55%, et cela en fonction de l'état physique de la gestante contre 100% pour Sitouck W.[17] Traoré avait eu 100% pour les vomissements et 80% pour les fatigues.

La fièvre maternelle est un véritable signe d'alarme, de la mortalité périnatale et des séquelles psychomotrices [12]. Les conséquences de l'hyperthermie sont:

- en dehors de son retentissement maternel, elle induit une tachycardie fœtale qui peut évoluer vers la souffrance fœtale aiguë (SFA) ou une interruption de la grossesse.

- elle stimule la contractilité utérine entraînant un risque majeur de menace d'accouchement prématuré.

La survenue d'une fièvre était recherchée dans 67% des cas, Konate [13] avait trouvé un résultat nettement supérieur avec une recherche de 100% chez toutes les gestantes et 76% des gestantes chez Sitouck W.[17]. Ce taux est

nettement inférieur chez KAMISSOKO M [18] et BERTHE [19] avaient rapporté des fréquences respectives de 47% et 51%.

Une hémorragie génitale est un signe qui doit toujours alerter et faire référer au premier trimestre; elle peut être le signe d'une fausse couche spontanée, d'une grossesse ectopique (GEU) ou d'une grossesse molaire. Au troisième trimestre elle doit faire évoquer un placenta prævia (bas inséré) ou un hématome rétro placentaire [12]. D'où l'intérêt que devrait accorder la patiente à ces manifestations cliniques.

Les notions de métrorragies, pertes liquidiennes et des troubles urinaires étaient demandées respectivement dans 6,5%, 69% et 20%. Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux rapportés par Sitouck [17] qui étaient respectivement 97%, 98%, 96% et 87% et nettement supérieur à ceux rapportés par Fomba [12] qui étaient respectivement 1,7%, 6%, 43,5% et 1,7%.

La détermination de l'âge de la grossesse à partir de la DDR doit être systématique quoique la DDR ait été demandée à toutes les gestantes, seulement 16% d'entre elles connaissaient la date exacte de leurs dernières règles. Cependant, l'âge et le terme de la grossesse étaient déterminés chez toutes les gestantes à partir d'une échographie de datation qui reconstituait une aménorrhée fictive. Konate SI[13] et Fomba [14] avaient apporté 0,5% et 7,9% de gestantes qui connaissaient la date de leurs dernières règles. L'analphabétisme de la population étudiée (42%) pourrait expliquer ces faibles taux.

55% des gestantes étaient interrogées sur la nature, l'intensité et les horaires de travail, et 96% sur leurs habitudes alimentaires.

Le renseignement sur l'hygiène de vie pendant la grossesse pourrait aider la soignante à proposer à la gestante un changement de comportement dans le but de prévenir d'éventuels risques.

Elles doivent conseiller aux femmes enceintes une vie calme, régulière, avec une alimentation équilibrée, respectant toute fatigue excessive.

La praticienne doit informer la gestante sur les effets néfastes du tabac et de l'alcool.

La suppression de l'alcool et surtout du tabagisme (actif ou passif) est impératif. Le tabac entraîne un retard de croissance à une certaine quantité et le risque d'HTA est augmenté. Quant à l'alcool, il est toxique pour le système nerveux central, ce qui entraîne un retard de croissance intra utérine [12].

A la lumière des observations faites au cours de l'interrogatoire, nous avons classé l'HFDK au niveau III. Cependant force est de reconnaître que le milieu culturel peut faire occulter certaines pratiques scientifiques obligatoires.

IV.4. Examen physique des gestantes

Dans notre étude 36 gestantes ont bénéficié de l'examen au spéculum. L'insuffisance des gestes pratiques peut s'expliquer par la présence d'une unité pour la détection du cancer du col qui est aussi dirigée par les mêmes sages femmes. Cela pourrait expliquer notre résultat mitigé.

100% des gestantes ont bénéficié des examens comme la pesée, la mesure de la tension artérielle et de la taille. Celles-ci n'ont pas été réalisées d'après un rapport de Goita N [5] et Sitouck W. [17].

En ce qui concerne l'examen physique des gestantes, nous avons classé l'HFDK au niveau III.

IV.5. Hygiène au cours de la consultation

La propreté qui est la règle de tout acte médical était acceptable, malgré le fait que la main de la soignante qui n'était lavée qu'une seule fois au tout début, un gant ou un doigtier était toujours porté, soit 100%. La seule alèse fournie par le centre était toujours utilisée; et c'est là que les femmes déposaient leurs pagnes pour l'examen. Koïta M.[2] avait eu un résultat médiocre ainsi que Sitouck W. [17]

IV.6. Le bilan prénatal

Au Mali, selon les normes et procédures [19] les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation et sont indispensables pour détecter certains facteurs de risque.

Dans notre étude, le bilan prénatal était seulement limité aux examens comme le groupage sanguin + rhésus (94%), taux d'hémoglobine (40%), test d'Emmel (39%), la sérologie de la syphilis (BW) (40%), la toxoplasmose (87,5),

l'albumine/sucre (83,3%) et l'échographie (85%) ont été demandé au cours de la consultation prénatale. Quant à la sérologie VIH qui était demandée après counseling et accord de la gestante, BERTHE A. [19] et Sitouck M.[17] avaient également retrouvé la prescription systématique de certains de ces examens.

Environ 10% des consultantes n'avaient pas effectué ce bilan; cette non observance était due soit à un manque de moyen ou encore à l'ignorance de l'importance de ces examens par la gestante.

Une étude faite en 2005 sur la qualité de la CPN [19] avait révélé que 56,7% des gestantes effectuaient le groupage/rhésus, le test d'Emmel et le BW; et 4,4% des gestantes bénéficiaient d'un bilan « un peu plus poussé » comportant une échographie.

La sérologie de la rubéole qui devrait systématiquement être demandée dès la première consultation à cause du risque de malformations fœtales qu'elle provoque n'était pas du tout demandée, alors que Konaté [13] a eu 4,37%. Fomba [12] et Kamissoko M.[18] avaient rapporté qu'elles étaient omises lors de leur étude.

IV.7. Les soins préventifs

Analyse par rapport à la vaccination

Le tétanos de la mère est responsable d'au moins 5% des décès maternels par an [6]. Le tétanos néonatal est responsable de 14% de décès des enfants âgés de moins d'un mois [22].

L'efficacité de la prévention du tétanos néonatal par la vaccination antitétanique n'est plus à démontrer.

Chez une mère vaccinée, elle protège le nouveau-né d'une part contre le tétanos ombilical [23], et d'autre part le tétanos néonatal par les anticorps transmis passivement de la mère à l'enfant [24].

Les trois stratégies recommandées par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP pour parvenir à éliminer le tétanos maternel et néonatal consiste à:

- administrer au minimum deux doses d'anatoxine tétanique (VAT) à toutes les femmes enceintes, et dans les zones à haut risque 3 doses de VAT à toutes les femmes en âge de procréer;

- promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour toutes les femmes enceintes;

- assurer une surveillance efficace du tétanos maternel et néonatal.

Au Mali, de nombreux efforts sont déployés dans ce domaine. Des campagnes massives de vaccination antitétanique sont organisées chaque année.

L'HFDK n'a pas d'unité de vaccination; les femmes sont orientées soit vers le CSRéf soit vers le CSCom le plus proche dès la première consultation; malgré cela 66% des gestantes ont bénéficié de la vaccination.

IV.8. Analyse par rapport à l'anémie

Près de la moitié des femmes des pays en voie de développement souffrent d'anémie (taux d'Hb \leq 11grs/dl pour la femme enceinte); en Afrique subsaharienne la moitié des anémies est due à une carence en fer et environ 10% ont une carence en folate^[25].

Dans notre échantillon la supplémentation en fer et en acide folique à été systématique dès la première CPN (seulement 3,5% n'avaient pas bénéficié de ce traitement). Notre résultat est inférieur à 100% de Sitouck W.^[17]

IV.5. La chimio prophylaxie anti palustre:

La grossesse, véritable stress immunologique, peut provoquer une chute d'immunité anti palustre et révéler un paludisme latent ou favoriser la survenue des formes graves (accès pernicioeux).

Deux millions de personnes meurent de paludisme chaque année à travers le monde; et parmi elles, les femmes enceintes. Chez la mère les conséquences sont: une anémie par hémolyse palustre qui aggrave l'anémie par carence en fer, en folate et parfois une splénomégalie, un sub ictère, des accès fébriles.

Chez le fœtus les conséquences sont: les avortements, les mort-nés et les hypotrophies fœtales.

A l'HFDK la prescription de la SP systématique au même titre que la vaccination et la supplémentation en fer. Toutes les gestantes de notre étude ont bénéficié soit de la SP à 85%, soit de la chloroquine à 15% n'étant allergiques à cette molécule.

Le paludisme congénital va de 0,5% des naissances vivantes « chez les nouveau-nés de mères à haute immunité» à 10% de naissances vivantes « chez les nouveau-nés de mères à faible immunité» [13]; d'où l'intérêt de la chimioprophylaxie anti palustre. La dose recommandée étant:

- Pour la SP 525 mg/mois (500 mg de Sulfadoxine et 25 mg de Pyriméthamine);

- Pour la chloroquine 300 mg/semaine à jour fixe depuis le diagnostic de la grossesse.

Il ressort de notre étude que la prescription des soins préventifs était satisfaisante lors de notre étude. Ainsi nous avons classé l'HFDK sur ce plan au niveau III.

IV.10. Le dépistage des facteurs de risque

Le dépistage des facteurs de risque résulte d'un processus assez complexe: l'interrogatoire, l'examen physique, les examens complémentaires et les interprétations de leurs résultats. 36 gestantes de notre étude avaient été classées dans un groupe à risque (Atcd. de mort-nés, femmes de petite taille, HTA, primigeste, multigeste, utérus cicatriciel); ce taux est inférieur à celui de Goita N.[9] 46,5%.

- **Par rapport à l'âge**

Les plus jeunes avaient moins de 16 ans (25%), et les plus âgées 40 ans plus de 15% de l'échantillon). Ces taux sont inférieurs à celui de Fomba SI[14] qui avait trouvé 24,13% pour les jeunes de 11 ans et 5,1% pour les 40 ans et plus.

- **Risques liés au nombre de CPN**

Une grande proportion de femmes était à leur première CPN, soit 48%. Ce taux est semblable à celui de Goita N. [9] qui était de 47,5%, supérieur à celui de Fomba S.[14] qui était 24,13%.

- **Risques liés à la gestité**

Les primigestes représentaient 26% de notre échantillon contre 12,5 pour Goita N.[9]. Quant aux multi gestes elles représentaient 14% contre 28,5% pour Goita N.[9]

- **Par rapport à la profession**

Les femmes au foyer étaient fortement représentées avec 81,5%. Ce taux est semblable à celui de Fomba SI^[14] et Konaté SI^[13] qui étaient respectivement de 84,5 et de 80%. Ce groupe social ne bénéficiant pas assez de repos, constitue un groupe à risque.

- **Par rapport à l'hygiène**

Les praticiennes utilisaient soit des gants, soit des doigtiers pour les touchers vaginaux.

Toutes les femmes ont été examinées par la même alèse malgré qu'elles posaient leur tissu sur cette alèse ce qui peut favoriser certaines infections nosocomiales.

- **Par rapport à la durée de la CPN:**

14% des CPN se sont déroulées en moins de 5 minutes; 86% se sont déroulées en plus de 10 minutes.

D'une manière générale la durée des CPN était meilleure à celle de Fomba ^[12] qui était de 66% des CPN; et qui se sont déroulées en moins de 5 minutes.

- **La continuité des soins:**

Les praticiennes avaient précisé la date de la prochaine CPN à toute gestante de notre échantillon (100%). Le rendez vous était mentionné sur le registre de CPN et dans le carnet de grossesse des pesées de la gestante.

Le lieu de l'accouchement était indiqué presque à toutes les gestantes dont l'âge de la grossesse était supérieur ou égal à 8 mois, soit 95,7% des gestantes de notre échantillon avaient bénéficié d'une information sur les signes d'alerte et la CAT en cas de leur survenue.

Nous avons classé l'HFDK sur le plan qualité de la continuité des soins au niveau IV.

- **Autonomisation:**

Dans 54,5% des cas, la date probable de l'accouchement avait été annoncée aux gestantes, principalement à celles qui étaient à leur troisième trimestre.

Dans notre étude, 96,5% des gestantes ont reçu des explications par rapport aux examens paracliniques qui ont motivé à demander ce qui peut être aussi une source de motivation parmi les gestantes à réaliser ces examens.

Berthé A^[19] avait trouvé 11% d'explications données par les praticiennes concernant les examens complémentaires.

Le déroulement de la consultation était expliqué à 90,5%

Ainsi sur le plan qualité de l'autonomisation, nous avons classé l'HFDK au niveau III. Koïta ^[2], Kamissoko M.^[18] et Konaté ^[11] avaient également trouvé dans leur étude une autonomisation de non qualité.

- **Sur l'opinion des gestantes**

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

IV.11. Critères du choix de Centre

La compétence du personnel et la qualité de l'accueil étaient assez déterminants dans le choix du Centre. En effet 46% évoquait ces 2 critères comme critères de choix du Centre. Ainsi, la réputation du Centre avait été décisive dans le choix des gestantes.

Les services de santé maternelle de qualité doivent être accessibles et disponibles aussi près que possible du domicile des femmes ^[10]. Ce critère venait en 3^{ème} position contre 45% de Sitouck W^[17]. Cela peut s'expliquer par la situation géographique de l'HFDK.

IV.12. Satisfaction du client

La satisfaction des clients est l'un des résultats les plus importants de soins de bonne qualité. 89,5% des gestantes se disaient satisfaites des prestations reçues. Cependant les responsables ne devraient pas supposer que les soins fournis sont adéquats tout simplement en raison du fait que les clients ne se plaignaient. Le faible niveau de mécontentement indiqué par les clients doit être pris au sérieux ^[10] 10,5% se disaient pas satisfaites.

V. CONCLUSION

Notre enquête s'est déroulée du 1^{er} juillet au 20 septembre 2006. Elle a permis de mettre en évidence les problèmes liés à la pratique des consultations prénatales à l'HFDDK.

Evaluation de la structure

Cette étude confirme l'hypothèse qui évoque « c'est la structure qui offre des conditions médicales suffisantes pour assurer des soins de qualité sur le plan de la dimension humaine et technique ».

A cet effet l'analyse du niveau de qualité de la structure montre que les références sont satisfaites; cependant certaines insuffisances ont été observées:

- L'absence notoire d'unité de vaccination;
- L'insuffisance de spéculum sur le lieu de CPN

Evaluation des procédures

100% des CPN étaient effectuées par un personnel qualifié.

La qualité de l'interaction soignant-gestante est satisfaisante; en effet, le respect psychique et physique de la gestante ainsi que celui de l'intimité et de la confidentialité de l'examen étaient préservées dans la majorité des cas.

De nombreux paramètres tels l'âge et la profession de la femme et du mari ainsi que la résidence de la gestante étaient demandées à 100%. En revanche la situation socioéconomique de la famille, la distance parcourue pour arriver au Centre, le moyen de transport utilisé pour se rendre au centre n'était jamais exploré.

Au cours de l'examen physique des gestantes, la soignante a beaucoup moins utilisé le spéculum ainsi que l'auscultation cardio-pulmonaire (10%).

Le bilan prénatal était fortement demandé, sauf la sérologie VIH (30%).

Tous les facteurs de risque ne sont pas découverts à l'issue de la CPN; les omissions fréquentes des gestes techniques essentiels lors de l'examen physique.

La collaboration médecins sages femmes doit être améliorée car sur 36 cas de risque recensés par les sages femmes seulement 5 ont été référés aux médecins.

Nos recommandations sont alors les suivantes:

RECOMMANDATIONS

Aux Autorités Sanitaires:

- ❖ L'introduction immédiate de la vaccination dans les activités de la CPN.
- ❖ Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel responsables des CPN.
- ❖ Elaborer et introduire dans les formations sanitaires un référentiel sur la pratique des CPN.
- ❖ Equiper la salle de CPN en spéculum et en lampe d'examen du spéculum.
- ❖ Etablir une collaboration entre les personnels de santé et ceux qui ont le rôle dans le développement culturel, social et économique de la communauté.

Aux personnels de l'HFDK:

- ❖ Se renseigner lors de l'interrogatoire des gestantes sur la situation socio-économique de la famille.
- ❖ Impliquer d'avantage les médecins du service de gynécologie obstétrique dans les activités de CPN.
- ❖ Informer d'avantages les gestantes sur l'importance du bilan prénatal.
- ❖ Améliorer les efforts de sensibilisations auprès des consultantes pour une meilleure observance face aux recommandations du personnel.
- ❖ Améliorer les mesures d'hygiène en particulier le lavage systématique des mains avant et après chaque examen et la fourniture de champs stériles pour les tables d'examens.
- ❖ Renforcer l'inter action patient soignant par l'IEC au cours des CPN.
- ❖ Mettre l'accent sur les signes d'alerte de la grossesse (douleur abdominale intense, métrorragie, perte liquidienne).
- ❖ Assurer une bonne autonomisation pour les gestantes lors des CPN.

Aux populations

- ❖ Fréquenter les services de santé pour les CPN.
- ❖ Respecter les conseils donnés par les prestataires.

REFERENCES

1- CISF/OMS/UNICEF

Renforcer les soins obstétricaux pour une maternité sans risque : Atelier collectif pré-congrès.

2- KOITA M

Qualité de la consultation prénatale dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du District de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2001 N° 41129 P

3- Traoré K.M

La qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi
Thèse de médecine Bamako 2001 N° 49 82 P

4- N.M Koffi, A Coulibaly S. Gloyd et Col.

MEDECINE d'Afrique Noire : Le carnet de santé dans la surveillance de la grossesse en Côte d'Ivoire : Tome xxxv VII N° 4 Avril 2000 P.184

5- OMS

Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle la 1ere Edition Nouvelle Méthodologie OMS/UNICEF Avril 1996 Génère P. 16

6- Donabedian A.

Exploration incasement and monitoring the definition of quality and approches to it is assessment Realth administration presse and Arbor, Michigan 1980.

7- O.M.S: Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261 P.

8- OMS:

Mortalité maternelle: Soustraire les femmes de l'engrenage fatal 4 d 5 193-202 (Genève 198)

9- Goita N:

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Th. Med. FMPOS. 2006; n° 210.

10-OMS :

Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours Oms, Génère, 1992. 80P.

11- R. Merger J. LEVY J.Melcchior

Précis d'obstétrique 6^e edition

12- J-M. Thoulon, F Puech, G. Boob Ellipses AUPELF/UREF

UNIVERSITES FRANCOPHONES : Obstetrique Coordinations :. 1995, p.867

13- Konaté S :

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine 2002. N°33 56 pages.

14- Fomba S

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en Commune VI du District de Bamako
Avril Juillet 2002

Thèse de médecine Bamako 2003N° 64 203p

15- F.Vendetelli E. Janky

Journée de gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction
Suivi clinique et paraclinique d'une grossesse normale.

16- E. Serdouma G. Bobossi-Serenghe. CH Goumba, et col

MEDECINE D'AFRIQUE NOIRE:

Accouchement dystocique à l'hôpital communautaire de Bangui à propos de
168 cas Tome 51 N° 10 Octobre 2004

17- Sitouck W.S.

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse de médecine 2006. N°300 72 pages.

18- KAMISSOKO M.

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalabancoro zone péri-urbaine de Bamako, thèse médecine Bamako 2004.
59 pages N°87

19- Berthé A.

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Korofina Salembougou dans la commune I du district de Bamako, thèse médecine Bamako 2005. N°20

20- Direction de la santé de la reproduction/division santé familiale

Normes et procédures pour la surveillance prénatale.

Vol.2, mars 1990 p.20

21- ONUSIDA/OMS :

Rapports sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 1998.

Editions ONUSIDA-OMS, Genève, 1998 : 75p.

22- UNICEF/O.M.S/F.N.U.A.P

Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à l'an 2005 : stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition.

23- ROUGEMENT A.; BRUNET J. et JAILEY :

Planifier, gérer, évaluer, santé en pays tropicaux,
Doin. Editeur, Paris, p.751

24- HART M. A. et COLL.

Considération pratique. Intégration des soins de santé maternelle et infantile
dans les SSP

25- De Maeyer EM, Adielsn Tegman M

The prevalence of anemia in the world.
World Health Stat Q 1985; 38: 302- 16.

26- Hart M. A. et Coll

Consideration pratique. Intégration des soins de santé maternelle et infantile
dans les SSP.

27 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

28 Division santé communautaire/Ministère de la santé
Procédures des services de santé de la reproduction(MALI) Bamako.
Ministère de la santé, Mars 2000, 230p.

29 ONUSIDA/OMS :

Rapports sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 1998.
Editions ONUSIDA-OMS, Genève, 1998 : 75p.

30 DNSI-CPS/MSSPA :

Enquête démographique et de santé III Mali Janvier à mai 2001.

31 Herberg S., Galen P.

Epidémiologie des anémies nutritionnelles et politique de prévention.
In : nutrition et santé publique, Approche épidémiologique et politique de
prévention.
Techniques et documentation, Paris, 1985 : 177- 210.

32 NG Blum C :

L'évaluation médicale à l'hôpital
In Creen hébert. Première séminaire d'évaluation en gynéco-obstétrique à
l'APHP résumé des interventions et des débats. Paris délégation à
l'évaluation.

33 Surveillance échographique de la grossesse :

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

34 Division santé familiale :

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

35 Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest :

Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, (nov. 1997) OMS bureau Afrique.
Division santé de la famille.

Liste des tableaux

Tableau I: Données sur les structures

Tableau II: Répartition des gestantes en fonction des tranches d'âge

Tableau III: Répartition des gestantes selon le niveau d'alphabétisation

Tableau IV: Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Tableau V: Répartition des gestantes selon la profession

Tableau VI: Répartition des gestantes selon la gestité

Tableau VII: Répartition des gestantes selon la parité

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon le moyen de transport

Tableau IX: Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux

Tableau X: Répartition selon les antécédents de pathologies médicales évoquées par les gestantes.

Tableau XI: Répartition de la population selon les examens para cliniques demandés.

Tableau XII: Répartition des prestataires selon la qualification

Tableau XIII: Répartition des gestantes selon la durée moyenne de la CPN

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

Tableau XV: Répartition des gestantes selon les conditions d'accueil

Tableau XVI: Répartition des gestantes en fonction des critères de choix du centre.

Tableau XVII: Répartition des gestantes en fonction de leur opinion sur l'état des locaux et toilette.

Tableau XVIII: Répartition de la population selon le respect de l'intimité de la consultante.

Tableau XIX: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN

Tableau XX: Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiène par les prestataires

Tableau XXI: Répartition des gestantes selon leur rapport avec les soignants.

Tableau XXII: Répartition des gestantes en fonction du recueil des paramètres de l'examen physique.

Tableau XXIII: Répartition des gestantes selon le traitement préventif

Tableau XXIV: Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé

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

Tableau XXVI: Répartition des gestantes selon la notion d'examens paracliniques.

Tableau XXVII: Répartition des gestantes selon la population selon la prescription.

Tableau XXVIII: Répartition des gestantes selon l'hygiène de vie pendant la grossesse

Tableau XXIX: Répartition des gestantes selon la proposition de suivi de la grossesse.

Tableau XXX: Répartition des gestantes selon qualité de l'accueil

Tableau XXXI: Répartition des gestantes selon qualité de l'examen physique

Tableau XXXII: Répartition des gestantes selon la qualité des conseils donnés par rapport aux signes d'alerte.

Tableau XXXIII: Répartition des gestantes selon la qualité de l'hygiène

Tableau XXXIV: Répartition des gestantes selon la qualité du respect physique et psychique du malade

Tableau XXXV: Répartition selon qualité du respect de l'intimité des gestantes.

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

Tableau XXXVII: Répartition des gestantes selon la qualité de la relation humaine

Fiche signalétique

Nom: Kassambara **Prénom:** Yacouba

Titre de la thèse: Evaluation de la qualité des consultations Périnatales à l'Hôpital Fousseyni DAO de Kayes

Année universitaire : 2007-2008

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako. (FMPOS) BP : 1805 Bamako Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique Santé Publique.

Résumé de la thèse:

L'étude menée à l'hôpital Fousseyni Dao de Kayes 1^{er} région administrative du Mali de juillet à septembre 2006 à été transversal pour l'observation des consultations prénatales pour les données de la structure. Elle nous a permis de déterminer le niveau actuel de la qualité de la structure des procédures des consultations prénatales, et de rapporter les perceptions des utilisatrices par apport aux prestations reçues.

Cette étude à relever que :

- la structure est de niveau IV
- l'unité de consultation était sous équipe
- 100% des CPN étaient réaliser par des personnels qualifiant
- Les gestantes avaient été satisfait des prestations reçus dans la majorité des cas (89.5%)

Globalement nous avons classé l'HFDK sur le plan de la qualité des CPN au niveau IV, mais cela ne veux pas dire qu'on ne doit pas consentir des efforts pour améliorer d'avantage les prestations surtout la vaccination. Ainsi nous avons formulé des recommandations dont leurs mise en ouvre contribuera a atteindre cet objectif.

Mots clés : Consultations prénatales qualité des soins.

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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.