

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

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT- UNE FOI**

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2007-2008

N°...../

Thèse

**EVALUATION DE LA QUALITE DES
CONSULTATIONS PRENATALES DANS LE
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KITA**

Présentée et soutenue publiquement le...../.....2008

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'odontostomatologie**

Par :

Mr SIAKA M. KEITA

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

Jury:

Président : Professeur Sy Aïda SOW

**Membres : Professeur Mamadou TRAORE
Docteur Binta KEITA**

Codirecteur : Docteur Youssouf TRAORE

Directeur de thèse : Professeur Amadou Ingré DOLO

DEDICACES

Je dédie ce travail:

- A Allah, miséricordieux, le tout puissant, le très clément pour sa grâce, son amour; la santé, la force et le courage qu'il m'a donné pour mener à bout ce travail.

- A son messager Mohamed, paix et salut sur lui.

- A mon père Feu Mamadou KEITA, les mots me manquent pour exprimer ma joie et ma tristesse.

Dieu exhausse aujourd'hui un de tes vœux en ton absence

L'homme propose, Dieu dispose, telle est la volonté de dieu.

Nous ne pleurons plus papa, dors en paix.

- A ma mère Djitaba COULIBALY, femme des champs, femme des rivières, femme d'Afrique, merci maman pour ces énormes sacrifices consentis pour notre réussite.

- Au Mali, pour tes efforts consentis dans notre éducation, dans notre formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

- A l'Afrique et à tous ceux qui se battent pour son unité, hier c'était l'organisation de l'union Africaine (OUA), aujourd'hui c'est l'Union Africaine.

Votre combat ne sera pas vain car les jeunes générations porteront le flambeau surtout de la paix.

- A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant vie.

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

- A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

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

REMERCIEMENTS

Je ne pourrai terminer ce travail sans témoigner ma reconnaissance:

- A mes frères et sœurs: Adama, Fanta, Baba, Djita, Famakan, merci pour vos soutiens durant toutes ces années. Soyez assurés de mon profond attachement.
 - A mes oncles paternels: Famoussa KEITA et Faguimba KEITA à Bassibougou merci pour l'assistance et l'éducation.
 - A toutes les familles KEITA à Konitonoma Namala et Bassibougou
 - A la famille feu Yaya KEITA à Djidian dialenna, merci de m'avoir accepté pendant mes études fondamentales.
 - A tous les enseignants du 1^{er} cycle et du 2^e cycle de Djidian.
 - A tous les professeurs du Lycée Dougoukolo Konaré de Kayes.
 - A Ousmane DIAGNE et sa famille à Kayes, Professeur de Philosophie. J'ai su qu'il y a des liens aussi forts que ceux du sang merci pour mon passage au lycée Dougoukolo KONARE de kayes.
 - A tout le personnel de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).
 - A Feu Doussou Mady KEITA, vous vous êtes beaucoup investi pour voir ce jour arrivé. Dieu en a décidé autrement. Que sa volonté soit faite. Reposez en paix.
 - A mes cousins et cousines; Bacou Nama TOUNKARA dit Calas, Famakan Baye TOUNKARA, Goundo TOUNKARA et leurs familles.
- Je n'ai pas été surpris par vos acceptations, merci pour vos conseils, merci pour vos soutiens, merci pour tous.
- A mes oncles et tantes merci pour votre soutien moral et matériel,
 - A tous les membres de l'association des étudiants en médecine ressortissants du cercle de Kita (A.E.M.K), merci pour l'éveil de conscience de cette association.
 - A Moussa SIDIBE et sa Famille à Baco-Djicoroni.
 - A Nama Bacou SISSOKO et sa famille à Kalaban-coro plateau.

- Aux Familles COULIBALY à Badalabougou, Sabalibougou et Kalanban-coro.
- A Feu Diawoye DIAKITE et sa famille à Badalabougou.
- A Oumar DEMBELE et sa famille à Baco-Djicoroni merci pour vos conseils et soutien inébranlables.
- A Cheick Oumar SIDIBE; secrétaire général de la mairie de kita.
- A Mme SIDIBE Oumou KAMISSOKO, merci pour votre accueil durant mon séjour à Kita.
- A tout le personnel du centre de santé de référence de Kita.
- A tout le personnel du CSCOM de Makandiamougou Kita.
- A tout le Personnel du CSCOM de Darsalam Kita merci pour vos accueils, aides, disponibilités.
- Au Dr SIDIBE Sita au Plan International Kita Kourou.
- Aux autorités administratives et culturelles de Kita et toute la population.
- A mes promotionnaires; félicitations aux uns, courage aux autres.
- A mon épouse Mme KEITA Assétou KEITA merci pour votre patience, assistance, conseil, générosité.
- Au Dr KONE Danaya médecin chercheur au centre de recherche et de formation sur le paludisme (MRTC) Bamako Mali.
- A tout le Personnel de l'Association Malienne pour la Conservation de la Faune et de l'Environnement (AMCFE).
- A tous ceux qui se reconnaîtront dans ce travail, je vous remercie infiniment.

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’ampleurs 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 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.

Veillez 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 MAITRE 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 garder en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AG: Age de la Grossesse

ATCD: Antécédents

BCF: Bruit du Coeur Foetal

BW: Bordet et Wassermann

CAT: Conduite à Tenir

CCC: Communication pour le Changement de Comportement

CPN: Consultation Périnatale

CSRéf: Centre de Santé de Référence

CMIE: Centre Médical Inter Entreprise

DCI: Dénomination Commune Internationale

DDR: Date des Dernières Règles

DPA: Date Probable d'Accouchement

ECBU: Examen Cytobactériologique des Urines

HTA: Hypertension Artérielle

HU: Hauteur Utérine

IMC: Indice de Masse Corporelle

IST/MST: Infection/Maladie Sexuellement Transmissible

NFS: Numération Formule Sanguine

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONU: Organisation des Nations Unies

PPM: Pharmacie Populaire du Mali

RAC: Réseau Administratif de Communication.

SONU: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SP: Sulfadoxine Pyrimethamine

TA: Tension Artérielle

TE: Test d'Emmel

TPI: Traitement Préventif Immédiat

USA: Etats-Unis d'Amérique

VAT: Vaccin Anti Tétanique

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine.

SOMMAIRE

Chapitres	Pages
I. Introduction	1
II. Objectifs	4
III. Généralités	5
IV. Méthodologie	18
V. Résultats	31
VI. Commentaires et Discussions	44
VII. Conclusion et Recommandations	48
VIII. Références	51
Annexes	
Fiche signalétique	

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

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

L'OMS recommande au moins 4 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse **(2)**.

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

En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines grandes villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la CPN et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage femme.

A Bamako au Mali: 86,5% des CPN sont faites par les sages femmes; 2,8% par les infirmières et 1,6% par les médecins **(4)**.

Le 10 décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle et communautaire de santé de la reproduction (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures) **(5)**.

Par la suite, en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel défini par la Conférence Internationale pour la Population et le

Développement (CIPD) dont «les soins prénatals de qualité» en est l'une de ses composantes **(6)**.

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

Une enquête effectuée dans le district de Bamako en 1995 a révélé que sur un échantillon de 200 femmes enceintes, 56,7% ont fait trois examens au cours de leur grossesse (groupage rhésus, test d'Emmel, BW); 4,4% seulement ont bénéficié d'un bilan comportant une échographie **(7)**.

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

Les soins prénatals contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-foetale **(10)**.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM III) réalisée en 2001 pour 1990 à 2000, sur 100.000 naissances, le taux de mortalité maternel et infantile variait de 500 à 600. Autrement dit au Mali une femme court un risque de 1/24 de décès pendant les âges de procréation (15-49ans).

Au cours de la même période 1997-2001, pour 57% des naissances la mère avait seulement bénéficié d'au moins une CPN auprès du personnel formé.

Cependant les décès et les handicapes pourraient être évités si les femmes suivaient régulièrement les soins avant et après l'accouchement. Malgré la valeur et l'intérêt accordés à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur les CPN, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante **(6)**.

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

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

Une consultation prénatale de bonne qualité assure le suivi de la grossesse, préserve l'état de santé de mère et du fœtus, prévient les complications et de dépister les facteurs de risque. En outre elle permet de dicter la voie d'accouchement **(14)**. Par contre quand celle-ci est de mauvaise qualité; les facteurs de risque, les complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement par conséquent restent ignorées avec comme conséquences une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle **(14)**.

Beaucoup d'études ont été menées sur la qualité de la CPN dans plusieurs centres de santé de référence du district de Bamako **(11, 13, 30)**; mais notre étude est la première réalisée dans le centre de santé de référence de Kita. Les objectifs de cette étude ont été :

II. OBJECTIFS:

1. Objectif général:

Evaluer la qualité de la consultation prénatale dans le centre de santé de référence de Kita.

2. Objectifs spécifiques:

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes;
- Décrire les procédures de la CPN dans le CSRéf de Kita;
- Déterminer le niveau de performance des prestataires;
- Corréler la performance des prestataires et la compliance des femmes.

III. GENERALITES:

1. Historique de la consultation prénatale:

La mise en place de programmes de santé politique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme: à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables 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, susceptibles de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les reformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voilà comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses: (au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants).

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des événements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les

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

On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enraciner dans l'environnement social, culturel et économique néfaste 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 **(3)**.

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

Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré que 500.000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse **(7)**.

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

objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, 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.

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 **(31)**.

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

2. Définitions:

*** L'évaluation:**

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

*** La Qualité:**

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

*** La qualité des soins:**

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices **(18)**.

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

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

- la relation soignant soignée (respect de la dignité humaine);
- la démarche clinique et thérapeutique dont la qualité dépend de l'efficacité théorique du protocole des soins, de la compétence du personnel, de l'organisation du service et de l'acceptabilité par le patient;
- la continuité des soins;
- les conseils donnés à la patiente pour un bon déroulement de la grossesse;
- l'autonomisation **(10)**.

*** Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN):**

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

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

*** Politique et normes des services:**

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

*** Normes:**

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert. **(5).**

*** Les procédures:**

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestataires **(5).**

*** La grossesse:**

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement **(5).**

*** Facteurs de risque au cours de la grossesse:**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée. **(9).**

*** Grossesse à haut risque:**

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

*** Grossesse gémellaire:**

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

*** Grossesse multiple:**

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

*** La maternité sans risque:**

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

de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement. **(1)**.

Cette définition correspond avec celle de l'OMS à la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (C.I.P.D) du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse **(1)**.

*** La mortalité maternelle:**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite **(7)**.

*** Taux de mortalité maternelle:**

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer **(7)**.

*** L'aire de santé ou secteur sanitaire:**

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire **(9)**.

*** La carte sanitaire:**

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources **(13)**.

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

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

de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations **(13)**.

*** 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 **(9)**.

*** Référence:**

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence **(9)**.

3. Les aspects techniques de la consultation prénatale:

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

- L'ovulation et la menstruation sont supprimées, le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique;
- La présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel;
- Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins.

Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évaluer le pronostic de cette grossesse débutante, en recherchant tous les facteurs de risques qui peuvent en compromettre l'évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtale **(18)**.

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

- 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 une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelé;

- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les évènements dangereux en urgence **(8)**.

3.1 Les moyens techniques utilisés aux différentes périodes de la grossesse:

3.1.1 Organisation de la salle de CPN : (4)

Une salle de CPN doit comporter comme équipement:

- *Une table de consultation gynécologique;
- *Un mètre ruban;
- *Une toise;
- *Une pèse personne;
- *Un paravent;
- *Une source lumineuse (lampe électrique);
- *Un appareil à tension;
- *Un stéthoscope obstétrical;
- *Des gants et doigtiers;
- *Un registre de CPN;
- *Une boîte de spéculum;
- *Un bureau.
- * Une solution de décontamination;
- * Un lavabo;
- * Une armoire.
- * Un escalier pour la table de consultation.

Une salle de CPN doit avoir comme personnels:

- * Médecin;
- * Sage- femme;
- * Infirmier d'état;
- * Infirmier de santé;
- * Infirmière obstétricienne;
- * Matrone;
- * Aide- soignant;

* Accoucheuse traditionnelle recyclée;

* Assistant médical.

3.1.2 La première CPN:

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

Elle comporte les temps suivants:

- L'interrogatoire des femmes enceintes:

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

Outre le diagnostic de la grossesse, il faut rechercher:

- le début de la grossesse (date des dernières règles);
- les signes sympathiques de la grossesse: ils apparaissent vers la fin du premier mois. Il s'agit: des nausées, des vomissements, de tension mammaire, de météorisme abdominal, d'irritabilité et de fatigue.

- les antécédents :

°Médicaux: toute anomalie antérieure à la grossesse, mais pouvant avoir une incidence sur la grossesse actuelle: HTA, cardiopathie, diabète, infection urinaire, asthme.

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

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

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

°Les antécédents de maladies: diabète, HTA, infection urinaire, cardiopathie, pneumopathie, etc.

° Les habitudes alimentaires: tabac, alcool, drogue, ration alimentaire, etc.

° La nature, l'intensité et les horaires du travail.

- Examen physique:

L'examen physique est une étape très importante de la CPN. Il exige l'accomplissement d'un certain nombre de gestes corrects, et qui doivent être exécutés par un personnel qualifié et compétent, c'est le moment de détecter certaines anomalies qui n'ont pas été explorées au cours de l'interrogatoire. Cet examen se fait sur une femme déshabillée. Il précisera d'abord l'état général de la gestante, le poids, la taille, la mesure de la pression artérielle, la fréquence cardiaque, l'auscultation cardio-pulmonaire, la palpation de l'abdomen.

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

- Examens complémentaires:

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatale en vigueur au Mali (4), les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse:

- le groupe sanguin et rhésus;
- la NFS ou taux d'hémoglobine;
- la recherche des albumines et sucres dans les urines;
- le BW;
- le test d'Emmel;
- sérodiagnostic de rubéole et celui de la toxoplasmose; plus ou moins la recherche de la syphilis (VDRL, TPHA), et la sérologie du VIH / SIDA qui n'est pas obligatoire.

Il faut faire une échographie de datation en cas de doute sur le terme, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite ultérieure à tenir.

3.1.3 La deuxième CPN:

Elle est faite pendant le deuxième trimestre.

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

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

Vers 22SA lors de la première grossesse et plus tôt pour les suivantes. L'activité cardiaque fœtale est contrôlée à chaque examen par les ultrasons, mais avec le stéthoscope, les bruits du cœur n'étaient audibles qu'à partir de 24SA.

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

- **L'examen:** Mesure de la hauteur utérine; le reste est le même qu'au premier trimestre.

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

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

Une échographie de principe sera demandée entre 19 et 21SA dans le but essentiel de reconnaître les anomalies morphologiques qui pourraient conduire à interrompre la grossesse ou à prévoir des conditions particulières de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

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

3.2 Le dépistage des grossesses à risque:

3.2.1 Les facteurs de risque:

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

-Grossesse à risque: c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Ils sont classés en trois catégories:

- ° Les facteurs de risques présents avant même la grossesse;
- ° Ceux qui apparaissent au cours de la grossesse;
- ° Enfin les derniers qui surviennent au cours de l'accouchement.

3.2.2 Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse: Ce sont:

.L'âge inférieur à 16 ans et supérieur à 35 ans; Taille: inférieur à 1,50m.

.La multiparité supérieure à 6; Le niveau d'alphabétisation

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

.L'intervalle inter gènesique inférieur à 24 mois; les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra-utérine, avortement à répétition, stérilité secondaire, accouchement prématuré, ventouse, forceps, césarienne, déchirure périnéale grave ou l'excision rituelle,)

.Les pathologies cardio-respiratoires sévères.

3.2.3 Les facteurs de risque au cours de la grossesse: Ce sont:

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

3.2.4 Les facteurs de risque apparaissant au cours de l'accouchement: ce sont:

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

3.3 Pour les consultations ultérieures:

- **Interrogatoire:** précise les éléments nouveaux tels que les plaintes de la femme, recherche les signes des pathologies intercurrentes.

- **Examen physique:** il sera complété par la recherche des oedèmes, le palper abdominal pour préciser la taille et la présentation du fœtus, et l'auscultation des bruits du cœur fœtal.

3.4 Examens complémentaires:

Idem à la première consultation prénatale.

Les examens sont orientés selon la pathologie décelée au cours de la CPN.

Le nombre d'échographie sera augmenté en cas de grossesse gémellaire, de retard de croissance in utero, de diabète gestationnel et à terme en cas de bassin rétréci (pour évaluer les mensurations fœtales).

3.5 Surveillance au cours des trois derniers mois:

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

3.6 Examen au neuvième mois:

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

IV. METHODOLOGIE:

1. Cadre d'étude :

1.1 Lieu de l'étude:

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de Kita. Kita, deuxième ville de la région de Kayes et chef lieu de cercle est situé dans la partie ouest du Mali à 180km de Bamako et à 300km de Kayes par la route.

Elle se situe à 9°30' de longitude ouest et 13°05' de latitude nord et s'étend sur 5km700 du Nord au Sud et de 5km de l'Est à l'ouest. Ses limites sont:

- A l'Est par la commune rurale de Bendougouba;
- A l'Ouest par la commune rurale de Kita ouest et la colline de « Kita Kourou »;
- Au Nord par les communes rurales de Boudofo et de Kita Nord;
- Au Sud par le plateau dit de la « Sainte vierge », la commune rurale de Benkadi Founia et la commune rurale de Badia (Dafela).

La ville de Kita couvre une superficie de 28,500km carré pour une population de 36083 habitants, selon le recensement administratif à caractère électoral (RACE 2001). Cette population est essentiellement composée de Malinké, Soninké, Peulh, Bambara, Dioula, Kassonké, Sonhraï et Maure avec une gamme très large de nationalité (recensement général 1987).

Elle est composée de treize quartiers qui sont: Darsalam, Farabala, Saint Felix, Kita gare, Makandiamougou, Samédougou, Moribougou, Tounkarala, Kofoulabé, Niafala, Ségoubougouni, Kossilabougou, Doumbacourani.

Elle est constituée d'un centre de santé de référence (CSRéf), deux centres de santé communautaire (CSCOM), une clinique privée.

Ce centre reçoit presque toutes les références et évacuations venant des différents CSCOM et maternités du cercle.

L'historique du peuplement de la ville de Kita est à la fois complexe et profonde. Plusieurs versions existent, raison pour laquelle nous avons rencontré plusieurs personnes ressources en vue de faire les recoupements possibles et de vous livrer une synthèse proche de la réalité.

Il y a très longtemps, la ville de Kita fut fondée par un chasseur aventurier du nom de Sema Toloba CAMARA, originaire de la Guinée. A son arrivée à Kita, il s'est installé à côté de 3 importants pieds de karité appelés « sidjou saba » situés à l'actuelle place de la Mairie. Quelques temps après, il alla au Nord à la recherche de terre de culture et se fixa à Bérénimba situé à 5km de Kita. Ensuite les Tounkara sont venus de Méma (Ghana) en compagnie des troupes de Soundjata pour combattre Soumangourou Kanté. Après la guerre, ils se sont installés sur la colline de Ségouna au «Gadougou» appelée «Ségouna kourou» puis ont rejoint les Camara. Ils visitèrent le «Kita Kourou» qu'ils baptisèrent «Guénou kourou»; plus tard vinrent les kéita originaires du Mandé.

Le premier nom de la ville était «Guénou kourou». Le nom de Kita vient des messagers « massarin » dépêchés auprès de Douga Samballa Dialla pour demander l'appui des «colons Français» basés à Médine en vue d'attaquer le fort de Goumanko.

Arrivés à Médine, les «massarins» ont dit «an N'Kita» qui veut dire en malinké «nous avons été envoyés». Ces blancs auraient entendu Kita, d'où le nom donné par ces missionnaires venus pour combattre Goumanko.

1.2 Historique du centre de santé de référence de Kita:

Le centre de santé de cercle (CSC) de Kita a été construit en 1981 dans le cadre du projet KBK (Kita, Bafoulabé, Kéniéba) et couvre une superficie de 10 hectares.

Ce n'est qu'en novembre 2002 et en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé de cercle de Kita a été érigé en centre de santé de référence.

1.3 Le Personnel: Il se compose de:

-Médecins: 4 médecins généralistes, 1 médecin dentiste;

-Assistant médical: 1 pour les soins oculaires;

-Para-médicaux: au nombre de 38 dont:

*8 techniciens supérieurs de santé (TSS);

*2 Sages-femmes;

*2 Techniciens supérieurs de santé- Laboratoire (TSL);

*5 Techniciens de santé (TS);

*5 Agents techniques de santé (ATS);

*6 Aides- soignants (AS);

*1 Comptable;

*1 Gérant;

*1 Secrétaire;

*4 Chauffeurs;

*2 Manœuvres;

*1 gardien.

Avec la mise place du système de référence/évacuation toutes les structures fonctionnelles sont dotées de RAC.

Un Médecin chef coordonne et supervise l'ensemble des activités aussi bien du CSRéf que celles des 26 structures du 1^{er} échelon.

Au niveau du CSRéf, outre le paquet minimum d'activité (PMA), sont offertes comme prestations:

- Les interventions chirurgicales;
- L'hospitalisation;
- Les examens courants de laboratoire;
- Les consultations d'odontostomatologie;
- Les consultations ophtalmologiques;

- La radiographie conventionnelle.

Dans le cadre de certains programmes nationaux, d'autres activités sont aussi menées:

- Le traitement de la tuberculose;
- Le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires;
- Le traitement de la lèpre;
- L'imprégnation de supports au permetrin et la prédisposition de moustiquaires imprégnées;
- Le traitement du VIH/sida par l'ouverture le 01 Novembre 2006 de l'unité de soins, d'appui et de conseil (USAC).

Le fonctionnement du CSRéf de Kita est animé par un personnel administratif, un personnel para-médical et un personnel médical.

1.4 Les locaux:

L'enceinte du centre est disposée en blocs qui se répartissent comme suit:

- 1 bloc Dispensaire;
- 1 bloc Maternité avec une capacité de 8 lits, une salle d'accouchement avec deux tables, une salle de CPN, un bureau pour la sage-femme maîtresse, une salle de planning familial, une salle de consultation post-natale;
- 1 bloc de chirurgie avec une capacité de 17 lits, un service d'anesthésie et de réanimation;
- 1 bloc de médecine avec une capacité de 13 lits;
- 2 blocs opératoires;
- 1 service de radiologie (non fonctionnel);
- 1 bloc administratif comportant: une salle de réunion, un secrétariat, un bureau pour la comptabilité, une section PEV, un service d'hygiène et assainissement, un dépôt répartiteur du cercle (DRC), un dépôt de vente (DV), un laboratoire;
- 1 bloc pour la morgue;
- 1 bloc pour le groupe électrogène et le magasin;

- 1 bloc pour l'unité de soins, d'appui et de conseil pour les personnes vivant avec le VIH/sida (USAC);
- 1 salle pour le gardien.

1.5 Organisation et fonctionnement:

Chaque jour la permanence est assurée par une équipe de garde:

- Au niveau de la chirurgie et de la médecine, un technicien supérieur de santé ou technicien de santé, un aide-soignant et deux étudiant(e)s stagiaires;
- Un anesthésiste.

Une visite est faite chaque jour à la maternité, en chirurgie et en médecine, assurée par un médecin généraliste.

Les interventions programmées sont faites les mardi et les jeudi et sont assurées par un médecin généraliste du centre et son aide.

Les consultations externes sont assurées chaque jour par le médecin généraliste.

Dans l'unité de CPN, chaque jour la permanence est assurée par les sages-femmes épaulées par les infirmières obstétriciennes, les techniciennes en santé, les matrones et souvent les stagiaires des différentes écoles de santé.

Le travail se déroule comme suit: après la visite générale, organisation des séances de communication pour le changement de comportement (CCC) au moins une fois par semaine.

Après cette séance les stagiaires et les matrones prennent les constantes des gestantes, ensuite commence la CPN proprement dite.

2. Période d'étude:

Notre étude s'est déroulée du 12 septembre au 31 décembre 2006 soit une période de 3 mois et 19 jours.

3. Type d'étude:

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

4. Critères de jugement:

Nous nous sommes référés sur:

- la politique sectorielle de santé au Mali;
- la politique des normes et procédures en CPN au Mali.

5. Echantillonnage:

-Critères d'inclusion:

Nous avons inclus dans l'étude toutes les gestantes venues à la consultation durant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'étude.

-Critères de non inclusion:

Sont non inclus dans notre étude toute gestante ayant refusé de se soumettre à l'examen obstétrical et/ou aux questionnaires, toute parturiente.

-Technique et déroulement de l'échantillonnage:

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

Le protocole a consisté à observer le praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire anonyme.

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

6. Collecte des données:

Elle a été réalisée à partir d'un questionnaire :

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

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

L'étude de la structure a reposé sur un recueil rétrospectif des données du centre de santé. Elle a consisté en une description des capacités de

production (locaux, ressources humaines, équipements du centre) et à la description de l'organisation du travail.

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

Ces supports des données ont été portés à l'annexe.

7. Population d'étude:

Il s'agit:

- Du personnel chargé de la CPN;
- Des gestantes ayant fréquenté le centre au cours de la période d'étude;
- De la structure du centre de santé de référence de Kita.

7.1 Les variables étudiées:

- Au niveau des structures:

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

-Les normes architecturales (matériaux de construction, état du local, système de protection contre la poussière et la clôture);

-Le dispositif d'accueil et d'orientation (existence d'un service d'accueil, qualification du personnel d'accueil, existence d'une pancarte pour l'orientation dans le centre);

-La structure et l'équipement de l'unité de consultation (état et équipement de la salle, équipement pour examen physique, dispositif d'accueil);

-L'équipement de la salle d'attente (pour l'accouchement, la consultation médicale, la CPN et salle de vaccination);

- Les autres salles du centre (salle d'injection, salle de pansement, salle de stérilisation, salle de petite chirurgie);

-La fonctionnalité de la pharmacie (normes architecturales, équipement, qualification du personnel et mode d'approvisionnement);

-La fonctionnalité du laboratoire (normes architecturales, équipement et qualification du personnel);

- L'état des toilettes (normes architecturales, équipement et propreté);

-Le système d'approvisionnement en eau et le mécanisme d'élimination des déchets (existence de robinet ou de puits, de chasses eaux et de poubelles);

-Le système d'éclairage et la communication (existence de téléphone, de RAC, fax, Internet, éclairage par un réseau publique, un groupe électrogène ou des panneaux solaires).

- Au niveau des procédures de la CPN:

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

- Identification de la consultante;

- Identification de la personne qui a pris en charge la gestante;

- Accueil et langue de communication;

- L'interrogatoire;

- L'examen physique;

- La demande des examens complémentaires: groupage sanguins rhésus, NFS, test d'EMMEL, sérologies de rubéole et toxoplasmose, le BW (pour la syphilis), test de l'urine à la recherche d'albumine sucre, échographie.

- Le respect de l'hygiène au cours de la grossesse: travail ménager, alimentations, repos.

-Les relations humaines (rapport entre le prestataire et la gestante)

-Les soins préventifs (prévention contre le paludisme, supplémentation en fer et acide folique)

- Les conseils à donner;

-L'hygiène de la consultation;

-Les facteurs de risques;

- La référence en cas de nécessité;

- L'enregistrement des données de la gestante.

- Sur l'opinion des gestantes:

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

Les paramètres étudiés sont:

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

8. La procédure de l'enquête:

Le déroulement de l'étude est le suivant:

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

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

9. Plan d'analyse et de traitement des données:

Les données ont été saisies sur le logiciel EPI info 6.04 version française et analysées sur le logiciel SPSS 11.0.

10. Niveau de qualité de la structure:

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

-Les normes architecturales:

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

-Le dispositif en place pour l'accueil:

- Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées;
- Présence et qualification du personnel d'accueil;
- Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre.

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

- Structure de la salle;
- Matériel technique de bonne qualité.

-L'existence et la fonctionnalité du laboratoire:

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

-Le dépôt de médicaments:

- Normes architecturales;
- Equipement;
- Mode d'approvisionnement;
- Formation du personnel.

-Etat des toilettes:

- Normes architecturales;
- Equipement;
- Propreté.

-Le système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets:

- Robinet ou puits;
- Poubelles;
- Incinérateur.

-Le système d'éclairage et la communication:

- Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet, RAC;
- Réseau public, groupe électrogène.

11. Système de classement:

Une cotation (0; 1) a été faite pour les critères si haut identifiés. Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4.

La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour le centre a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure.

Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les treize références est de 52.

Le détail sur les cotations est représenté dans le tableau I du résultat.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit:

-Niveau IV: 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40;

-Niveau III: 75 à 94% 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 des accouchements et des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires.

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

-Une première échelle où les CPN sont dites:

- De bonne qualité: si toutes les variables discriminatoires sont réalisées;
- De moins bonne qualité: si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

-Une deuxième échelle où les CPN ont été classées en quatre niveaux de qualité:

- **Elevé (Q4):** 95 à 100 % des gestes de la dimension sont réalisés;

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

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

Les critères de ce classement ont été:

- **Niveau IV:** 75 à 100% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonnes qualité;
- **Niveau III:** 50 à 74,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité;
- **Niveau II:** 25 à 49,99% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité;
- **Niveau I:** moins de 25% des gestantes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

12. Organisation du service:

- Etude des structures:

L'étude a comporté sur:

- Les données physiques (locaux, équipement), les données humaines;
- La description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines);
- L'unité de CPN qui est constituée de:

*Une salle d'attente composée de 2 bancs métalliques servant d'accueil pour les gestantes;

*Une pièce pour la consultation, divisée en deux par un paravent: la première partie constituée de bureau pour les prestataires, composée de 2 chaises pour les prestataires et 2 chaises pour recevoir les consultantes, puis la toise, une pèse personne. C'est dans cette pièce

que les prestataires prennent la tension artérielle des gestantes. Et de l'autre côté se fait l'examen physique obstétrical proprement dit.

Le counseling est systématique à la première CPN. Cela se fait dans la plus grande discrétion.

L'inventaire de mobiliers non spécifiques et techniques:

- L'unité CPN qui comporte: 1 armoire métallique, 1 bureau, 1 table gynécologique derrière un paravent.

- L'inventaire des petits équipements: 1 tensiomètre, 1 stéthoscope biauriculaire, 1 stéthoscope obstétrical, 1 pèse personne, 1 toise, 4 spéculums de bonne qualité.

Le personnel de l'unité CPN est composé de:

- 1 sage-femme;
- 1 infirmière obstétricienne.
- Une matrone et des stagiaires venant de l'école de santé de Kita (ESK).

Les locaux sont en état de dégradation.

Le système de tarification pour les consultations prénatales: 500 Fcfa pour le carnet et 500 Fcfa pour la consultation prénatale.

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

La pharmacie du centre est dotée des médicaments en D.C.I. dont la source d'approvisionnement est la PPM (pharmacie populaire du Mali).

2 ambulances servent de liaison entre le CSRéf de Kita et les autres structures de santé.

V. RESULTATS:**1. Qualité des structures:****1.1 Etude descriptive et analytique de la structure:****Tableau I:** Niveau de qualité des structures du CSRéf de Kita:

Références	Niveau de qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Norme architecturale		+			3	Beau, propre clôture défectueuse, construit en banco stabilisé
2. Dispositif d'accueil et d'orientation				+	1	Existence de pancarte, pas de service d'accueil
3. Structure: équipement unité CPN		+			3	Matériel technique complet, mais balance mal tarée
4. Equipement de la salle d'attente	+				4	Salle d'attente bien équipée
5. Unité connexe consultation	+				4	Matériel complet
6. Unité d'hospitalisation, suites de couche	+				4	8lits pour 2salles de propreté, d'aération et ventilation suffisante. Protection anti moustique
7. Dépôt de médicaments: norme architecturale et coût des médicaments	+				4	Protection contre la poussière Initiative de Bamako (IB) appliquée
8. Laboratoire: fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants de la CPN
9. Etat des toilettes:		+			3	Propre, intimité respectée
10. bloc opératoire		+			3	Matériel technique complet, absence de service de réanimation adéquat
11. système d'approvisionnement et d'élimination des déchets	+				4	Réseau public, incinérateur, déchets régulièrement déversés
12. Unité d'hospitalisation du bloc opératoire		+			3	17 lits pour 8 salles, propres ventilation insuffisante, protection anti- moustique.
13. Système d'éclairage et de communication	+				4	Réseau public, RAC, téléphone, fax, internet, groupe électrogène
TOTAL					44/52 = 0,8461 (84,61%)	

Le Centre est de niveau III, c'est-à-dire que les références évaluées sont assez satisfaisantes.

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

2. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :

Tableau II: Répartition de la population selon l'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage (%)
≤18 ans	8	4,0
19-23 ans	50	25,0
24-28 ans	56	28,0
29-33 ans	52	26,0
34-38 ans	24	12,0
39 ans et plus	10	5,0
Total	200	100

- La tranche d'âge de 24 à 28 ans était la plus représentée (28%).
- Les âges extrêmes ont été de 15ans (1%) et 40ans (2%).

Tableau III: Répartition des gestantes selon leur niveau de scolarisation.

Niveau scolaire des gestantes	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	123	61,5
Primaire	57	28,5
Secondaire	14	7,0
Enseignement coranique	6	3,0
Total	200	100

61,5% des gestantes n'étaient pas scolarisées.

Tableau IV: Répartition de la population selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	179	89,5
Célibataire	21	10,5
Total	200	100

89,5% des gestantes étaient mariées.

Tableau V: Répartition de la population selon la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	159	79,5
Aides-ménagères	13	6,5
Vendeuse	10	5,0
Fonctionnaire	8	4,0
Commerçante	6	3,0
Autres	4	2,0
Total	200	100

79,5% des gestantes étaient des femmes au foyer.
Autres il s'agit : élèves, étudiantes, teinturières.

Tableau VI: Répartition des gestantes selon la gestité.

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	58	29,0
Paucigeste	62	31,0
Multigeste	56	28,0
Grande multigeste	24	12,0
Total	200	100

* **primigeste** = 1 grossesse;

* **Paucigeste** = 2-3 grossesses;

* **Multigeste**= 4-5 grossesses;

* **Grande multigeste**= 6 grossesses ou plus.

Tableau VII: Répartition des gestantes selon la parité.

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nullipare	48	24,0
Primipare	48	24,0
Paucipare	46	23,0
Multipare	34	17,0
Grande multipare	24	12,0
Total	200	100

* **Nullipare** = une femme qui n'a jamais accouché;

* **Primipare** = une femme qui a fait 1 accouchement;

* **Paucipare** = une femme qui a fait 2-3 accouchements;

* **Multipare** = une femme qui a fait 4-5 accouchements;

* **Grande multipare** = une femme qui a fait 6 accouchements ou plus.

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon les autres antécédents obstétricaux évoqués.

Autres antécédents obstétricaux	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Fausse-couche	20	10,0
Morts-nés	10	5,0
Eclampsie	6	3,0
Forceps	2	1,0
Césarienne	2	1,0

10% des cas étaient des fausses-couches.

Nous avons noté 4% d'HTA (8 cas), 3% de drépanocytose (6cas), 3% d'infections urinaires (6cas), 2% d'IST /SIDA (4 cas).

Tableau IX: Répartition de la population selon le moyen de transport utilisé pour accéder au centre.

Moyens de transport utilisé	Fréquence	Pourcentage
A pied	83	41,5
Mobylette	81	40,5
Véhicule personnel	36	18,0
Total	200	100

48,5% des gestantes avaient un moyen de transport.

3. Etude des procédures :

3.1 ETUDE DESCRIPTIVE

3.1.1 Données sur les CPN

Tableau X: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage
1 CPN	43	21,5
2-3 CPN	131	65,5
4 CPN et plus	26	13,0
Total	200	100

La majorité des gestantes avait fait au moins 2 CPN (78,5%).

Tableau XI: Répartition des prestataires selon leur qualification.

Qualification	Fréquence	Pourcentage
Sage-femme	160	80,0
Infirmière obstétricienne	40	20,0
Total	200	100

80% des CPN étaient effectuées par les sages-femmes.

Tableau XII: Répartition de la population selon la durée de la CPN (en minutes).

Durée de la CPN (mn)	Fréquence	Pourcentage
5-10 mn	198	99,0
Plus de 10 mn	2	1,0
Total	200	100

99% des CPN avaient une durée comprise entre 5 et 10 minutes.

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

Conditions d'accueil	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Inviter à s'asseoir	198	99,0
Salutations conformes aux convenances sociales	198	99,0
Manifestation d'intérêt pour la gestante	198	99,0
Salutations d'usage au départ	199	99,5
Bonnes attitudes envers la gestante	200	100

L'accueil était de bonne qualité.

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

Choix du centre	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Personnel compétent	100	50,0
Personnel accueillant	40	20,0
Bon tarif de médicaments	30	15,0
Sur conseil d'une connaissance	20	10,0
Tarif peu élevé (Consultation, analyse)	8	4,0
Attente pas trop longue	2	1,0

La compétence du personnel a été le critère de choix retenu dans la moitié des cas (50%)

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

Etat des locaux et toilettes	Fréquence (N=200)	Pourcentage
<i>Etat des locaux:</i>		
-Vieux mais propres	170	85,0
-Nouveaux et propres	20	10,0
-Vieux et sales	6	3,0
-Nouveaux et sales	4	2,0
<i>Etat des toilettes:</i>		
- propres	180	90,0
- sales	10	5,0
- Ne sait pas	10	5,0

85% des gestantes ont trouvé que les locaux étaient vieux mais propres. 90% des gestantes ont trouvé que les toilettes étaient propres et 5% ne savaient pas l'existence de ces toilettes.

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

Respect de l'intimité	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Examen à l'abri des regards	200	100
Absence de tierce personne pendant la consultation	200	100
Aucune entrées et sorties pendant le déroulement de la consultation	200	100

L'intimité était respectée dans 100% des cas.

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon le traitement préventif.

Traitement préventif	Fréquence (N=200)	Pourcentage
SP	119	59,5
Fer	188	94,0
Acide folique	188	94,0
VAT	198	99,0
*Quinine	5	2,5

La prophylaxie anti palustre était de 62% (SP et quinine).

* La quinine était prescrite par les infirmières obstétriciennes à titre préventif.

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

Examen physique	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Mesure de la taille	200	100
Pesée effectuée	200	100
Explication du déroulement de la consultation	200	100
Aide à monter sur la table	191	89,3
Mesure de la TA effectué	200	100
Examens des conjonctives	200	100
Palpations de l'abdomen	200	100
Mesures de la hauteur utérine	200	100
Auscultation des BDCF* (n=183)	154	96,9
Recherche de la boîterie	100	50,0
Recherche d'œdème	200	100
Examen au spéculum	2	1,0
Toucher vaginal	200	100

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

Tableau XIX: Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiène par le prestataire.

Mesures d'Hygiène	Fréquence (N=200)	Pourcentage
A-t-il utilisé des doigtiers	198	99
Matériel changé à la fin de la consultation (doigtiers, gants, spéculum)	198	99
Matériel correctement nettoyé	198	99
Matériel correctement désinfecté	198	99
Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante	198	99
Faute d'hygiène	2	1

Les mesures d'hygiène ont été appliquées dans 99% des cas.

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

Examens para cliniques demandés	Fréquence (N=200)	Pourcentage
BW	192	96,0
Albumine sucre dans les urines	192	96,0
NFS	190	95,0
Groupe rhésus	186	93,0
Test de dépistage du VIH/SIDA	146	73,0
Echographie	21	10,5
Test d'Emmel	10	5,0
Sérologie toxoplasmose	8	4,0

L'albumine sucre dans les urines a été demandé dans 96% des cas

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

Interaction des gestantes - prestataires	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Satisfaction des gestantes	200	100
Attente confortable	200	100
Confidentialité respectée	198	99,0
Agréables réceptions	196	98,0
Ordre de passage respecté	188	94,0

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

3.1.2 Résultats de la CPN:

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

Conclusion de l'agent de santé	Fréquence	Pourcentage
Aucune conclusion	4	2,0
Gestantes non classées à risque	140	70,0
Gestantes classées à risque	56	28,0
Total	200	100

28% des gestantes étaient classées à risque.

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

Facteurs de risque	Fréquence (N=200)	Pourcentage
Grande multipare	24	12,0
Age inférieur à 16 ans	6	3,0
Antécédent de mort-né	10	5,0
Primipares âgées	2	1,0
Dernier accouchement dystocique	4	2,0
Taille inférieure à 1,50m	2	1,0
Autres	6	3,0

Autres = HTA, poids inférieur à 45 Kgs.

La grande multiparité était le facteur de risque dominant (12%).

3.2 Etude analytique :

3.2.1 Qualité de la dimension humaine pendant la CPN :

Tableau XXIV: Tableau récapitulatif de la qualité de la dimension humaine pendant la CPN.

NIVEAU	Q2		Q3		Q4		Q3+Q4		NIVEAU			
									I	II	III	IV
Respect physique et psychique	6%	12	8%	16	86%	172	94%	188			X	
Respect de l'intimité					100%	200						X
Respect de la confidentialité de l'examen	1%	2			99%	198						X
Examen physique			93,5%	187	6,5%	13					X	
Relation humaine			1,5%	3	98,5%	197						X
Conseil	47%	94			53%	106				X		
Hygiène de la consultation	99%	198	1%	2						X		
Accueil	1%	2			99%	198						X

Au terme de l'analyse il ressort que le CSRef de Kita a été classé de niveau **IV** pour le respect de l'intimité, la confidentialité pendant l'examen, la relation humaine et l'accueil.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

1. Méthodologie:

Notre étude s'est déroulée dans le CSRéf de Kita de septembre à décembre 2006 à propos de 200 gestantes. Elle a été transversale, descriptive portant sur les structures et les procédures selon le modèle de DONABEDIAN A **(18)**.

Le taux d'analphabétisme relativement bas paraissait la cause probable de la mécompréhension des gestantes faces aux différents éléments de notre questionnaire. En effet, 61,5% de notre échantillon étaient non scolarisées. Selon l'EDSM IV, 78,2% des femmes maliennes n'ont aucune instruction. Le personnel était disponible.

2. Qualité des structures:

Nous avons hiérarchisé les niveaux de qualité qui sont au nombre de 4:

A, B, C, D. Cette hiérarchisation a été faite selon la référence à laquelle un score a été attribué (**Tableau I**). Une observation a été faite sur chaque référence. Ainsi, pour la norme architecturale le niveau de structure dans le CSRéf de Kita a été scoré à **III**, c'est-à-dire qu'il y avait une protection contre la poussière et les moustiques, mais la clôture était défectueuse et une construction en banco stabilisé.

Pendant que l'équipement de la salle d'attente était suffisant, un dépôt de médicaments protégé contre la poussière et le laboratoire fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants de la CPN, le service de réanimation du bloc opératoire n'était pas adéquat. Les locaux et les toilettes étaient propres. Le système d'éclairage et de communication était satisfaisant (réseau public, RAC, téléphone, fax, Internet, groupe électrogène).

L'analyse de la qualité des structures montre que le CSRéf de Kita a été classé niveau **III** car le score était **84,61%** (44/52).

Cette classification est superposable aux études menées par KONATE S **(13)** et KOITA M **(11)** respectivement dans les CSRéf de la commune II et

VI du district de Bamako. Par contre celle faite par GOITA N **(30)** dans le CSRéf de la commune V a été classé de niveau **IV**.

3. Caractéristiques socio-démographiques:

Ce volet est très important surtout dans la recherche des facteurs de risque. Ainsi 4% des gestantes avaient moins de 19 ans et 5% plus de 39 ans. Il en est de même chez GOITA N **(30)**.

Plus de la moitié des gestantes étaient non scolarisées (61,5%) et les femmes au foyer représentaient 79,5%. Selon les études de FOMBA S **(2)** et GOITA N **(30)** les taux des non scolarisées étaient respectivement de 84,5% et 71,5%.

En effet, la connaissance des antécédents obstétricaux et médicaux est primordiale dans la prise en charge des gestantes, car elle détermine la conduite à tenir pour une issue heureuse de la grossesse. Les antécédents médico-chirurgicaux ont été recherchés chez toutes les femmes **(tableau VI, VII, VIII)**.

Malgré la distance qui sépare le CSRéf de la ville, la plupart des gestantes venaient à pied (41,5%), taux inférieur à celui de GOITA N **(30)** qui avait trouvé 57,5%.

4. Etude des procédures:

4.1. Etude descriptive:

La procédure est un volet capital dans l'évaluation de la qualité des CPN. La démarche clinique n'a pas été identique pour toutes les gestantes dans notre série.

21,5% des gestantes étaient à leur première CPN. Ce taux est inférieur à ceux de GOITA N **(30)** qui avait trouvé 47,5%, mais superposable à celui de FOMBA S **(2)**.

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans 80% des cas par les sages-femmes «niveau **IV**» et par les infirmières obstétriciennes dans 20% des cas «niveau **III**». Dans les normes selon l'OMS la première CPN

doit être faite par le médecin (gynécologue-obstétricien) et cela pour confirmer la grossesse et prendre en charge les grossesses à risque **(15)**.

99% des CPN ont duré 5 à 10 minutes et l'accueil était de bonne qualité. La durée de CPN était plus longue que celles de GOITA N **(30)** et FOMBA S **(2)** qui ont trouvé respectivement 56,5% et 60% en moins de 5 minutes.

La compétence du personnel a été le critère de choix retenu dans la moitié des cas (50%).

La grande majorité des gestantes (85%) ont affirmé que les locaux étaient vieux mais propres, 90% ont affirmé que les toilettes étaient propres et 5% ne savaient même pas l'existence des toilettes.

Selon 99% des gestantes, l'intimité était respectée. En effet l'examen physique se faisait à l'abri des regards derrière un paravent. Ce résultat concorde avec celui constaté au cours de l'observation comme chez GOITA N **(30)**.

Le traitement préventif est un élément capital dans la prophylaxie du paludisme, du tétanos et de l'anémie. Notre étude a trouvé des taux de couverture préventive respectifs de 62%, 99% et 94%.

L'examen clinique constitue le volet le plus important pour la CPN. Cependant beaucoup d'éléments ont été pris en compte, par contre l'auscultation pulmonaire et cardiaque n'étaient pas faites comme chez FOMBA S **(2)** et KONATE S **(13)**.

L'examen au spéculum est non fait dans la plupart des cas, seulement 2% contre 20% chez GOITA N **(30)**.

La taille inférieure à 1,50 mètre et le poids inférieur à 45kgs sont des éléments appréciables pour les facteurs de risque.

L'examen prénatal du dernier mois de la grossesse est un examen capital; car permet d'établir le pronostic de l'accouchement, ainsi le bassin est un élément précieux de ce pronostic. Nous avons constaté que le bassin n'a pas été apprécié.

Les examens para-cliniques constituent un moyen pour la détection de pathologies associées à la grossesse.

Ces examens para-cliniques ont été demandés dans la majorité des cas (96%). Ce taux est proche à celui de GOITA N **(30)** qui avait trouvé 99%, mais supérieur à ceux de KOITA M **(11)** et de KONATE S **(13)** qui avaient noté respectivement 38,5% et 41,5%.

L'échographie, moyen précieux du diagnostic et de surveillance de la grossesse, était demandée dans seulement 10,5% des cas. Cet examen est indispensable à plus d'un titre pour un bon suivi de la grossesse.

Le test de dépistage VIH /SIDA était demandé dès la première consultation prénatale après un counseling. Notre étude a trouvé 73%.

Le groupe sanguin et le Rhésus étaient demandés chez 93% des gestantes, mais celui du mari n'a jamais été demandé, même chez les gestantes de Rhésus négatif **(21)**.

4.2. Etude analytique:

L'analyse discriminatoire dans notre étude montre que le respect physique et psychique, le respect de la confidentialité, l'examen physique, la relation humaine, le conseil, l'hygiène et l'accueil étaient de moins bonne qualité.

La distribution de fréquence montre que le CSRéf de Kita était de niveau **IV** pour le respect de l'intimité, de la confidentialité pendant l'examen, la relation humaine et l'accueil.

Le CSRéf de Kita a été classé de niveau **III** pour l'examen physique, le respect physique et psychique; de niveau **II** pour le conseil et l'hygiène.

Ces résultats sont proches à ceux de GOITA N **(30)**, KOITA M **(11)**, KONATE S **(13)** et FOMBA S **(2)**.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion:

L'étude réalisée dans le Centre de Santé de Référence de Kita du 12 septembre au 31 décembre 2006 a permis de faire une étude descriptive et analytique des structures et procédures.

1.1 Etude des structures:

Cette étude confirme l'hypothèse qui évoque que 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** ».

Notre étude a constaté une insuffisance notoire des équipements et ressources humaines. Les locaux étaient en état de dégradation.

Le système de tarification des médicaments était satisfaisant.

L'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le CSRéf de Kita était de niveau **III** où les références sont assez satisfaisantes.

1.2 Etude des procédures:

L'étude faite dans le CSRéf de Kita révèle que la CPN était assurée par les sages-femmes à 80% et par les infirmières obstétriciennes à 20%.

La durée des CPN dans la plupart des cas était de 5 à 10 minutes, alors que l'accueil était de bonne qualité. La compétence du personnel a été le critère de choix dans la moitié des cas. Cependant l'opinion des gestantes sur les locaux et toilettes était favorable.

Le respect de l'intimité et de la confidentialité pendant l'examen étaient de niveau **IV** pendant que l'examen physique et le respect physique et psychique étaient de niveau **III**.

Au terme de l'analyse, il ressort que le CSRef de Kita était de niveau **IV** dans la prophylaxie du tétanos, de niveau **III** pour l'anémie et de niveau **II** pour le paludisme.

Le bassin n'était pas apprécié au troisième trimestre surtout le neuvième mois et l'examen au spéculum n'était pas fait. Il y avait une collaboration étroite entre la sage-femme et le médecin généraliste pour la prise en

charge des gestantes ayant certains facteurs de risque tels que: HTA, ATCD de mort-né, utérus cicatriciels.

Au cours de notre étude, le CSRéf de Kita a été classé de niveau **IV** pour l'albumine/ sucre dans les urines, la NFS et le BW; de niveau **III** pour le groupage rhésus; de niveau **II** pour la sérologie VIH; de niveau **I** pour l'échographie, le test d'Emmel, la sérologie toxoplasmose.

Au terme de notre étude nous avons trouvé que sur le plan structurel le CSRéf de Kita était de niveau **III**, mais aussi des insuffisances sur le plan des procédures.

A la suite de ces remarques, nous nous proposons de faire certaines recommandations.

2. Recommandations:

A la fin de notre étude nous formulons les recommandations suivantes:

2.1 Aux personnels de santé:

- Renforcer l'interaction gestantes prestataires par la communication pour le changement de comportement (CCC) au cours de la CPN;
- Etendre d'avantage l'interrogatoire et les examens complémentaires en vue de détecter les grossesses à risque;
- Encourager le planning familial.

2.2 Aux autorités politiques et administratives:

- Instaurer un système de prise en charge des personnes démunies;
- Construire des centres de santé respectant les normes architecturales;
- Promouvoir les meilleures conditions de vie grâce à un développement socio-économique général.

2.3 Aux autorités sanitaires:

- Assurer un recrutement et une formation continue du personnel socio-sanitaire;
- Limiter la CPN au seul personnel qualifié;
- Faire instaurer le carnet de grossesse plus pratique que la fiche opérationnelle de suivi de grossesse au niveau des CSCOM;
- Renforcer l'équipement des centres de santé en matériels adéquats et suffisants;
- Sensibiliser la population sur l'inconvénient des mariages précoces.

2.4 Aux gestantes:

- Suivre régulièrement les CPN;
- Appliquer les conseils stricts donnés par les prestataires.

REFERENCES :

1. Haute autorité de santé (HAS) :

Comment mieux informer les femmes enceintes ?

Recommandation pour les professionnels de santé. Avril 2005.

2. FOMBA S.

Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako d'avril à juillet 2002.

Thèse de Médecine Bamako 2003, 103p n°64.

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

Atelier collectif pré congrès CISF/OMS/UNICEF OS/O, Norvège, 23 – 26 mai 1996 P1.

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

5. RAYTON E.

Prévention des décès maternels. OMS Genève, 1990, 231P.

6. TALL F.S.

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

Thèse de Médecine. Bamako, 1993. N°6.

7. DJILLA B.

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravidopuerperalité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979 – 1988).

Thèse de Médecine. Bamako 1989; N°54.

8. SANKALE M. ET MAZER A.

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

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

Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43.

10. Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle 1^{ère} édition nouvelle méthodologie :

OMS/UNICEF AVRIL 1996 Genève P16.

11. KOÏTA M.

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

Thèse Médecine, Bamako 2001, 129P, N°41.

12. Source d'information DNSI :

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

13. KONATE S.

Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

Thèse, Médecine, Bamako 2002, N°33.

14. BLUM C.

L'évaluation médicale à l'hôpital.

In Creen Hébert. 1^{er} séminaire d'évaluation en gynéco obstétrique à l'APHP résumé des interventions et des débats. Paris délégation à l'évaluation. DPIMAP 1993: 6-7.

15. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest :

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

16. Cellule de planification et de statistique :

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

17. Division santé Familiale :

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

18. DONABEDIAN A.

Exploration incassment and monitoring. The definition of quality and appoches to it's assessement health administration presse an Arbor, Michigan 1980.

19. DRABO A.

Les Ruptures utérines à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti: facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas.

Thèse de Médecine 2000 N°07; 131 p.

20. TRAORE MK.

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi.

Thèse médecine 2001, 121 pages N° 49.

21. UNICEF / OMS / FNUAP :

Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici l'an 2005 stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000.

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

Santé/mère au Bénin réalisation et déficit. Revue d'Afrique noire n°02 Fevrier 1998.

23. LAABID A.

Soins prénatal au Maroc: tendances et déterminants.

(Prénatal care in Morocco: trends and determinants). 1987
1995.juin1999.

24. ANGOULVENT P.

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

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

26. Surveillance échographique de la grossesse :

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

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

Suivi de la grossesse. Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd, Paris .Masson .1995.;
597 P- P71.

28. BERTHE A.

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire
de Korofina Salembougou dans la commune I du district de Bamako.

Thèse de Medecine, Bamko 2004, n°20.

29. FOFANA A.

Etude des facteurs influençant la participation des femmes enceintes aux
consultations prénatales à Kolondiéba.

Thèse de Médecine, Bamako, 1993, N° 40.

30. GOÏTA N.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de
gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V
du district de Bamako.

Thèse de Médecine Bamako 2006 N°210.

31. PAPIERNIK E. ; CABROL D. ; PONS J.C.

Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.
Pour un programme d'action. Obstétrique- Paris; Flammarion, médecines
sciences, 1995.1584 P. Pages 7535-7537. N° 618.2.

32. OMS (Chronique) :

Mortalité maternelle: soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5)
193-202(Genève 1986).

33. POP.Sahel.CERPOD INSAH CILSS:

Fécondité de l'adolescente. Drame d'une maternité précoce. Population à l'an 2000. Bamako. 2^{ème} éd. Août 1990. N°3.

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

Mars-Juillet 1992-N° 8-12P.

35. OMS: Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle.1987, 40, N° 3, P 214 -225.

36. KAMISSOKO M.

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalanbancoro, zone périurbaine de Bamako. Thèse med: Bamako, 2004,-59 P N°87.

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

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

FICHE D'ENQUETE:**I- OBSERVATION DES CPN :**

Structure..... N° fiche.....N° Dossier ou carnet CPN.....

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

Q2 2= Heure de la visite.....a. heure débutb. heure fin.....

Caractéristiques de la gestante (si demandées)

Nom..... Prénom.....

Q3 Age (ans) Q4 Ethnie 1= Bambara, 2= Peuhl, 3= Malinké, 4= Bozo, 5= Sonraih, 6= Sonike, 7= Dogon, 8= Autre, (à préciser).Q5 Profession 1= Ménagère, 2= Vendeuse, 3= fonctionnaire, 4= Aide ménagère, 5= Commerçante, 6= Autres (à préciser).Q6 Niveau scolaire 1= Analphabète, 2= Primaire, 3= Secondaire, 4= Supérieure, 5= Coran

Q7 Etat matrimonial 1= Célibataire, 2= mariée, 3= Veuve, 4= Divorcée

Q8 Résidence

Q9 Numéro de la grossesse ou de la CPN comme appartenant à un groupe à risque ?

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

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

1= âge inf. à 16 ans, 2= Primipare âgée (30 ans ou plus), 3= Grande multipare (sup. ou égale à 6 accouchements), 4= Dernier accouchement dystocique (césarienne, forceps, ventouse,) 5= ATCD de mort né, 6= Taille inf. à 150 cm, 7= HTA, 8= Poids inf. à 45 kg, 9= Autre (à préciser).....

Q11 Nombre de CPN réalisées

Caractéristiques de la personne qui a pris en charge les gestantes :

Qualification 1 = médecin, 2= sage- femme, 3= matrone, 4= infirmière obstétricienne, 5= Autre (à préciser).....Q13 Statut 1= fonctionnaire, 2= contractuel, 3= stagiaire, 4= autre.....

Accueil:

Q14 Langue de communication 1= Français, 2= Bambara, 3= Autre.....Q15 Consultante comprenait elle la langue 1= oui, 2= nonQ16 Si non a t on fait appel à un interprète ? 1= oui, 2= nonQ17 Salutation conforme aux convenances sociales 1= oui, 2= nonQ18 Consultante a telle été invitée à s'asseoir 1=oui, 2= non

Q19 Demande du carnet de la grossesse précédente 1= oui, present, 2= non, absent

Interrogatoire:(sur la situation personnelle de la parturiente):

Q20 Situation socio familiale de la famille 1=Bas niveau, 2= Moyen, 3 Favorable

Q21 Profession du mari 1= cultivateur, 2= commerçante, 3= fonctionnaire, 4= manoeuvre,5=autre(à préciser).....

Q22 Distance parcourue pour venir au centre km

Antécédents obstétricaux :

Q23 Gestité 1=oui, 2= non R=

Q24 Parité 1= oui, 2= non R=

Q25 Fausse couche 1= oui, 2= non R=

Q26 Vivant 1= oui, 2= non R=

Q27 Mort nés 1= oui, 2= non R=

Q28 Décédés 1= oui, 2= non R=

Q29 Causes des décès 1= oui, 2= non R=

Q30 Ages des décès 1= infection néonatale, 2= Paludisme, 3= Autre.....

Q31 Césarienne 1= oui, 2= non, R=

Q32 Forceps, ou Ventouse: 1=oui, 2= non R=

Q33 Eclampsie 1=oui, 2= non R=

Q34 Autres(à préciser).....

Antécédents Médicaux :

Q35 Infection urinaire 1=oui, 2=non R=

Q36 HTA: 1=oui 2=non R=

Q37 Diabète 1=oui 2=non R=

Q38 Affection cardiaque 1=oui, 2=non R=

Q39 Tuberculose 1=oui 2=non R=

Q40 MST 1=oui 2=non R=

Q41 Drépanocytose: 1=oui 2=non R=

Q42 Autres: 1=oui 2=non R=

Q43 Si Autres précision:.....

Détermination de la date d'accouchement:

Q44 Détermination de la date probable d'accouchement 1=connue, 2=inconnue

Q45 Détermination de la date des dernière règles: 1=connue, 2=inconnue

Q46 Détermination de l'âge de la grossesse: 1=connue, 2=inconnue

Déroulement de la grossesse :

Q47 Fièvre: 1=oui, 2=non R=

Q48 Vomissement 1=oui, 2=non R=

- Q49 Fatigue 1=oui, 2=non R=
- Q50 Vertige 1=oui, 2=non R=
- Q51 Survenue des palpitations 1=oui, 2=non R=
- Q52 Survenue des dyspnées 1=oui, 2=non R=
- Q53 perception mouvement bébé (MAF): 1=oui, 2=non R=
- Q54 Survenue d'œdèmes: 1=oui; 2=non
- Q55 pertes liquidiennes: 1=oui; 2=non R=
- Q56 Ecoulement vaginal: 1=oui; 2=non R=
- Q57 Métrorragie 1=oui; 2=non R=
- Q58 Troubles urinaire: 1=oui; 2=non R=

Hygiène de vie pendant la grossesse :

- Q59 Questions sur le travail professionnel ménager: 1=oui; 2=non
- Q60 Questions sur le travail ménager: 1=oui; 2=non
- Q61 Alimentation: 1=oui, adaptée à la grossesse; 2=non adaptée
- Q62 Repos (importance, modification activités à cause de la grossesse): 1=oui; 2=non

Examens cliniques:

- Q63 Avec vous expliquer le déroulement de la consultation ? 1=oui; 2=non
- Q64 Pesée: 1=oui 2=non R=
- Q65 Mesure de la taille: 1=oui 2=non R=
- Q66 Recherche d'une boiterie: 1=oui 2=non R=
- Q67 Aider à monter sur la table: 1=oui 2=non
- Q68 Examen des conjonctives: 1=pâles; 2=Moyennement colorées; 3=Colorées
- Q69 Mesure de la TA: cm 1=oui 2=non R=
- Q70 Consultation cardiaque: 1=oui 2=non R=
- Q71 Consultation pulmonaire: 1=oui 2=non R=
- Q72 Palpation de l'abdomen: 1=oui 2=non R=
- Q73 Mesure HU (hauteur utérine): 1=oui 2=non R=
- Q74 Auscultation bruit du cœur fœtal: 1=oui 2=non R=
- Q75 Position fœtus: 1=Céphalique; 2=Siège; 3= Transversal; 4=Autres
- Q76 Examen au spéculum: 1=oui; 2=non R=
- Q77 Toucher vaginal: 1=oui; 2=non R=
- Q78 Recherche œdèmes: 1=oui; 2=non R=
- Q79 Aide à descendre: 1=oui; 2=non R=
- Q80 L'éclairage était-il suffisant: 1=oui; 2=non R=
- Q81 Examen à l'abri des regards: 1=oui; 2=non R=

Examens para cliniques :

Q82 A-t-on demandé des examens para cliniques ? : 1=oui; 2=non

Q83 A-t-on expliqué pourquoi ? : 1=oui; 2=non

Q84 Si oui à-t- on expliquer ou aller ? : 1=oui; 2=non

Vaccination :

Q85 A-t-on demandé le carnet de vaccination ? : 1=oui; 2=non

Q86 A-t-on proposé une vaccination ? : 1=oui; 2=non

Q87 La consultation a-t-elle classé la grossesse à risque ?

Prescription :

Q88 une prescription a-t-elle été faite: 1=oui; 2=non

Relations humaines :

Q90 Gentillesse du ton: 1=Bon; 2= Mauvais

Q91 Attitude envers la gestante 1=Bon comportement; 2= Mauvais comportement

Q92 Manifestation d'intérêt pour la consultation 1=oui; 2=non

Q93 A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ? : 1=oui; 2=non

Q94 pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestion l'évolution de la grossesse ? : 1=oui; 2=non

Q95 A-t-il demandé à la consultation de revenir ? : 1=oui; 2=non

Q96 Lui a-t-il précisé quand: 1=oui; 2=non

Q97 présence de tierce personne pendant la consultation: 1=non; 2=oui
plusieurs sages femmes 3=oui d'autre membre du personnel 4= oui, par des accompagnants; 5=oui; d'autre personnes(à préciser).....

Q98 Nombre total de personnes dans la salle:

Q99 y a-t-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation 1=oui; 2=non

Conseils :

Q100 A-t-on donné des conseils : 1=non; 2=Sur le repos; 3=alimentation
4=planning familial; 5=MST/SIDA;6=Autres.....

Q101 A-t-on expliqué les signes d'alerte et que faire s'il survenait: 1=oui;
2=non

Q102 Si oui quels sont les signes d'alerte: 1=Métrorragie; 2=Douleur
abdominale intense; 3=perte liquidienne; 4=Autre (à préciser)

Hygiène de la consultation :

Q103 un tissu est-il posé sur table d'examen ? 1=oui; 2=non

Q104 Si oui est-il fourni par le centre ? 1=oui; 2=non

Q105 est-il différent des femmes précédentes: 1=oui; 2=non

Q106 le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la consultante ? =oui;
2=non

Q107 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier: 1=oui; 2=non

Q108 A la fin de la consultation le matériel est-il changé ? 1=oui; 2=non

Q109 le matériel est-il correctement nettoyé ? 1=oui; 2=non

Q110 le matériel est-il correctement désinfecté ? 1=oui; 2=non

Q111 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ? 1=oui; 2=non

Q112 Si oui laquelle ? 1=Matériel Souillé; 2=Autre

Conclusion :

Q113 Le praticien a-t-il tiré une conclusion ? Si oui laquelle ? 1=RAS;
2=Classement dans un groupe à risque; 3= Référence vers un autre établissement.

Q114 Référence vers un autre établissement: 1=oui; 2=non

Q115 Non de l'établissement de référence.....

Q116 Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA: 1=oui; 2=non

Q117 Si elle appartient à un groupe à risque le lui a-t-il annoncé ? 1=oui; 2=non

Q118 Lui a-t-il ou aller accoucher ? 1=oui; 2=non

Q119 Lui a-t-il dit pourquoi 1=oui; 2=non

II- Opinion sur les CPN :

1. Examen du carnet de grossesse:

OPC 1 possession d'un carnet de grossesse 1= oui 2=non

Terme de la grossesse :

OPC2 date des règles: 1= oui; 2= non

Opc3 Date de terme prévu pour l'accouchement: 1= oui;2= non

2. Modalité du transport :

Opc4 Etes -vous venue ? 1= à pied; 2= en véhicule collectif; 3= taxi; 4=
en véhicule personnel

5= autres(à préciser):.....

3. Critères de choix du centre:

Opc5 pourquoi avez vous choisi ce centre ?

1= parce que cet établissement est proche de mon domicile

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

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

4= parce que le personnel est compétent

5= parce que le personnel est accueillant

6= parce que les tarifs sont peu élevés

7= parce que ici on peut acheter les médicaments à bon tarifs

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

9= autres raisons:

Opc6 Etes vous déjà venue dans cette formation sanitaire ?: 1= oui; 2=

3= oui, plusieurs fois

Opc7 pour quelles raisons ?: consultation médicale; 2= consultation prénatale; 3= accouchement; 4= autres (à préciser).....

Opc8 L'ordre de passage a-t-il été respecté ?: 1= oui; 2= non

Opc9 Comment étiez vous installée pendant l'attente ?: 1= inconfortablement; 2= confortablement;

Opc10 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service ?: 1= non; 2= oui;

3= oui, mais sales; 4= oui, et propre; 5= ne sait pas

Opc11 Avez vous trouvé l'attente longue ? 1= oui; 2= non

Opc12 la personne qui vous a reçu a-t-elle été ?: 1=agréable;

2=désagréable

Opc13 Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention à vous ? 1=oui; 2=non

Opc14 Avez vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (Secret médical): 1= oui; 2= non

Opc15 votre intimité a-t-elle été respecté ?: 1= oui; 2= non

3= si non pourquoi ?.....

Opc16 comment avez trouvé les locaux ? 1= vieux et sales; 2=

nouveaux mais sales; 3= vieux mais propres; 4=nouveaux et propres

Opc17 Avez vous été satisfaite ? 1= oui; 2= non

3= si non pourquoi ?.....

Opc18 s'agit-il de votre première CNP ? 1= oui; 2= non

Opc19 Si non avez consulté la première fois ?:

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

Opc20 pourquoi avez vous changé de service prénatal ?

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

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

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

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

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

OPC22 vous a-t-on prescrit des examens para clinique ? 1= oui; 2= non

OPC23 si oui lesquels ? 1= NFS; 2= Taux d'hémoglobine 3= groupe; rhésus; 4= BW; 5= HIV; 6= Toxoplasmose; 7=Test d'Emmèle; 8= échographie

Opc24 si oui, a-t-on expliqué pourquoi ? 1=oui; 2= non

Opc25 Avez vous l'intention d'effectuer ces examens para clinique ?

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

Opc26 si non pourquoi ?.....

Opc 28 si oui lesquels: 1=SP; 2= fer; 3= acide folique;

4= Autres(à préciser):.....

Opc 29 Avez vous fait le VAT ?: 1= oui; 2= non

Opc 30 comment devrez vous procurer de ces médicaments ?:

1= moi même; 2= mon mari; 3= mes parents; 4= autres:.....

Opc31 vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN ?: 1= oui; 2= non

Opc32 vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ?:

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

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

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

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

5= Césarienne prophylactique.

L'ETUDE ANALYTIQUE :

Nous avons évalué le niveau de qualité des prestations suivant certaines rubriques. Pour chaque item nous avons adopté la cotation de 0 à 1. Pour chaque rubrique le score total attendu dépendait du nombre des questions en faveur. Notre appréciation a été relevée par le taux de bons scores sur le total des points attendus multiplié par 100.

Ainsi nous avons retenu les rubriques suivantes :

- Au niveau de l'accueil :

Q14+Q15 -Langue de communication ; consultante comprenait-elle la langue ?

Q16- A-t-on fait appel à un interprète ?

Q17- Salutation conforme aux convenances sociales

Q18- La consultante a-t-elle été invitée à s'asseoir ?

Q19- Demande du carnet de grossesse précédente.

Score maximum attendu = 5

Score minimum attendu = 0.

- Au niveau de l'examen physique :

Q63- Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation

Q64- Pesé

Q65- Mesure de la taille

Q66- Recherche d'une boiterie

Q67- Aider à monter sur la table

Q68- Examen des conjonctives

Q69- Mesure de la TA (cm hg)

Q70- Consultation cardiaque

Q71- Consultation pulmonaire

Q72- Palpation de l'abdomen

Q73- Mesure de la hauteur utérine (HU)

Q74- Auscultation du bruit du cœur fœtal

Q75- Position du fœtus

Q76- Examen au spéculum

Q77- Toucher vaginal

Q78- Recherche des oedèmes

Q79- Aider à descendre de la table.

Score maximum attendu = 17

Score minimum attendu = 0.

- Relations humaines :

Q90- Gentillesse du ton

Q91- Attitude envers la gestante

Q92- Manifestation d'intérêt pour la gestante

Q93- A-t-elle fait des salutations d'usage à son départ ?

Q94- Pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué à la gestante l'évolution de la grossesse ?

Q95- A-t-il demandé à la consultante de revenir ?

Q96- Lui a-t-il précisé quand ?

Q97- Présence de tierce personne pendant la consultation.

Score maximum attendu =8

Score maximum attendu = 0.

- Au niveau des Conseils :

Q100- A-t-on donné des conseils

Q101- A-t-on expliqué les signes d'alerte ? Et que faire s'ils survenaient ?

Q102- Si oui quels sont les signes d'alerte ?

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

Score maximum attendu = 3

Score maximum attendu =0.

- Au niveau de l'hygiène :

Q103- Un tissu est-il posé sur la table d'examen ?

Q104- Si oui est-il fourni par le centre ?

Q105- Est-il différent des femmes précédentes ?

Q106- Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner une autre consultante ?

Q107- Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier ?

Q108- À la fin de la consultation le matériel est-il changé ?

Q109- Le matériel est-il correctement nettoyé ?

Q110- Le matériel est-il correctement désinfecté ?

Q111- Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ?

Q112- Si oui laquelle ?

Score maximum attendu = 10

Score minimum attendu = 0.

- Respect physique et psychique :

OPC8- L'ordre de passage a-t-il été respecté ?

OPC9- Comment étiez vous installé pendant l'attente ?

OPC11- Avez-vous trouvé l'attente longue ?

OPC12- La personne qui vous a reçu a-t-elle été

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

OPC17- Avez-vous été satisfaite ?

Score maximum attendu = 6

Score minimum attendu = 0.

- Respect de l'intimité :

OPC15- Votre intimité a-t-elle été respectée ?

OPC81- Examen à l'abri des regards ?

OPC99- Y avait-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de consultation.

Score maximum attendu =3

Score minimum attendu = 0.

- Respect de la confidentialité :

Q97- Présence de tierce personne pendant la consultation

OPC14- Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle (secret médicale).

Score maximum attendu = 2

Score minimum attendu = 0.

Fiche signalétique:

Nom: KEITA

Prénom: Siaka M.

Titre de la thèse: Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le Centre de Santé de Référence de Kita.

Année universitaire: **2007-2008.**

Pays d'origine: **REPUBLIQUE DU MALI.**

Lieu de dépôt: **Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) du Mali.**

Secteur d'intérêt: **Service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.**

Résumé de la thèse:

En matière de naissance, toute femme a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux adéquats « donner la vie en vie et sans séquelles graves » est le slogan de tout gynécologue obstétricien.

Notre étude avait pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité des CPN dans le Centre de Santé de Référence de Kita, de déterminer le niveau de performance des prestataires, de décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes, de décrire les procédures de la CPN, de corréliser la performance des prestataires et la compliance des femmes.

C'est ainsi que le Centre de santé de Référence de Kita a été classé de niveau III, c'est à dire que les références évaluées étaient satisfaites soit un niveau de 75-94% SC Max de 30 à 37,99 sur le plan structurel avec un système de tarification jugé abordable selon l'opinion des gestantes.

Au niveau des procédures, l'analyse révèle que la CPN était assurée à 80% par les sages-femmes; 99% des CPN se sont déroulées entre 5 à 10 minutes.

L'analyse des soins préventifs, de l'examen physique et des examens complémentaires a été jugée d'assez satisfaisante dans la majorité des

cas. L'analyse du niveau de la dimension humaine dans le CSRéf de Kita a montré que le respect de l'intimité, de la confidentialité de l'examen et l'accueil étaient très satisfaisantes. Le respect physique et psychique était assez satisfaisant.

Mots clés : consultation prénatale, qualité des soins, facteurs de risque, centre de santé de référence.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de 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 s'y manque !

Je le jure !!!