

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et
de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

Université de Bamako
Année universitaire 2008-2009

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie



N°.....

TITRE

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA
SURVEILLANCE PRENATALE DANS LE CENTRE
DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE
BANANKABOUGOU EN COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le2008 devant la faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Par Wari Evariste DEMBELE pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

Membres du Jury :

Président :

Membres :

Codirecteur :

Directeur de thèse :

Professeur. Mamadou S Traoré

Docteur. Diarra Bakary Monzon

Docteur. Soumane Oumar TRAORE

Docteur. Hamadoun Sango

Évaluation : de la qualité de la surveillance prénatale

I Introduction

1 Importance du sujet

La grossesse a toujours été et reste pour toute femme une aspiration légitime. Ainsi le décès d'une femme en couche est une catastrophe, un gâchis qui entraîne dans son sillage tout un cortège de chagrin et de douleur. On devait pouvoir les éviter.

Généralement la grossesse est un état physiologique qui se déroule normalement cependant elle constitue un problème de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables qui peut présenter de graves dangers pour la vie de la mère et de l'enfant.

Le taux de mortalité maternelle est de nos jours une mesure importante du développement humain et social c'est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine en particulier de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins.

La mortalité maternelle dans les pays en voies de développement constitue une immense tragédie. En effet dans le monde 585.000 femmes meurent à cause de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement dont 99% en Afrique (1). Au Mali ce taux est de 577 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes alors qu'au Canada celui-ci est de 20 décès sur 100.000 (selon EDS MH) (2).

Ces causes de décès au Mali sont essentiellement liées à des dystocies homogènes du post-partum les infections puerpérales les néphropathies gravidiques cet état du fait est illustré par une expression du folklore Tanzanien revenue par une mère à ses enfants lorsque le moment lui semble venu d'accorder <<je vais à l'océan chercher un nouveau bébé mais le voyage est long et dangereux et il se peut que je ne revienne pas>>

2 Contextes de la consultation prénatale au Mali

La consultation prénatale (CPN) est une des principales activités des services de santé au Mali. Bien conduite elle devrait permettre de pouvoir mener la grossesse à terme et assurer l'accouchement dans les conditions de sécurité optimales pour la mère et son nouveau-né.

Le suivi de la grossesse se déroule régulièrement (au maximum chaque mois) Il comprend une évaluation du bon déroulement de grossesse (palpation abdominale ; tension artérielle ; prise de sang). En parallèle la sage femme veille au bien-être psychoaffectif du couple).

Cependant le contexte dans lequel cette activité est organisée et pratiquée au niveau du district Bamako ne laisse guère espérer un résultat très probant.

D'après les auteurs (3) la CPN est confiée à une équipe de santé dirigée par la sage femme, les autres intervenants étant les infirmières obstétriciennes et les

matrones. Le médecin participe très peu à l'activité. Les centres sont sous équipés ; si la majorité des explorations complémentaires est encore possible à Bamako, il faut reconnaître que celle-ci reste à la charge de la gestante et de sa famille. Étant donné la faiblesse du pouvoir d'achat des populations un bilan <<complet>> ne reste possible que pour quelques gestantes suffisamment aisées dans de forte majorité des cas le bilan pour une grossesse se limite au groupage sanguin rhésus, le texte d'Emmel et la goutte épaisse.

Une enquête effectuée dans le district de Bamako en 2004 sur la CPN (2) a révélé que sur un échantillon de 204 femmes en grossesse 56,7% ont effectué ces trois examens 4,4% seulement ont bénéficié d'un bilan comportant une échographie sur le plan pratique, la plupart des formations organisent une séance quotidienne de CPN depuis le lancement du programme de réorganisation des services en 1990. La couverture prénatale reste encore très insuffisante au Mali. Selon EDS Mali (2) ; 89% des femmes du district de Bamako ont effectué au moins une fois la CPN au cours de leur dernière grossesse. Ce chiffre est de 81% pour les zones urbaines du Mali et 35% pour la zone rurale.

Malgré le sous équipement et la faiblesse des explorations complémentaires un nombre important de facteurs de risques peuvent être dépistés par l'anamnèse et l'examen physique

2 Il a été établi qu'un suivi médical de la grossesse permettant de dépister et de traiter d'éventuelle complication ainsi qu'une surveillance obstétricale, contribuant à la réduction de la mortalité maternelle. L'ensemble des femmes enceintes doit par conséquent être touché par une surveillance prénatale et un suivi obstétrical de qualité, celles qui y échappent peuvent représenter une population où les risques sont élevés. Malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction au Mali, on ne sait pas encore avec précision le niveau réel de la qualité de la CPN au Mali.

Des experts venus de nombreux pays en développement ont examinés les résultats de 20 études sur la mortalité maternelle émanant de toutes les régions du monde. Ils ont examiné les facteurs qui sont responsables de ces taux élevés de mortalité maternelle dans les pays en développement (problème médicaux, situation socio-économique, service de santé, grossesse).

Ils ont conclu que si l'on voulait réduire la mortalité et morbidité maternelle, il fallait obtenir ce qui suit :

- de meilleures conditions de vie grâce à un développement socio-économique général.
- La surveillance de la grossesse et du travail par un personnel qualifié au niveau des soins de santé primaires ainsi que l'identification et le transfert des femmes à haut risque dans un service spécialisé.
- La possibilité d'un recours pour le traitement des complications de la grossesse et de l'accouchement.

- La mise à la disposition généralisées et de méthodes adéquates de planification familiale

Bien que de nombreux efforts on été déployés le mali demeure parmi les pays ou le taux de mortalité maternelle et néonatale son très élevés il faut se demander si les soins délivrés par les services de santé surtout pour les consultations prénatales (CPN) sont ils de bonnes qualités ?

La consultation prénatale était une activité très importante et fréquente chez les gestantes avec 3/4 de naissances des zones urbaines (88%) ont donné lieux a des consultations prénatales les mère vivant en milieu rural n'ont reçut des soins prénatales que pour 48% des naissances dans les 5 dernières années

La consultation prénatale doit être de bonne qualité avec un personnel Qualifié car c'est le moment de détecter précocement tout anomalie en menace pour la grossesse et l'accouchement, les mesures préventives ou curatives nécessaires a entreprendre, une surveillance accrue lui doit être consacrée – les CSCOMS sont les lieux des premiers contacts du système de santé avec les populations .c'est pour mieux élucider cette question que nous avons décide de faire cette étude sur la qualité de la surveillance prénatale dans le CSCOM de Banankabougou

Avec des objectifs suivants :

2 objectifs

2 – 1 objectif général

- Évaluer la qualité des prestations des soins prénatals au niveau du CSCOM de Banankabougou.

2- 2 objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio- démographiques, des consultantes
- Déterminer le niveau actuel de la qualité des prestations des soins prénatales dans le CSCOM de Banankabougou.
- Évaluer la perception de la population (gestantes) sur les services offerts par le centre.
- Proposer des mesures permettant d'améliorer la qualité de l'offre de soins prénatals, notamment l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

II. GENERALITES

1) 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 de la modification générale de l'organisme maternel.
- Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins.

Suppression des règles : C'est sur ce signe majeur que la plupart du temps, on fait le diagnostic, à la condition que les règles aient auparavant normales dans leur époque, leur durée et leur aspect.

Il faut maintenant faire le pronostic de cette grossesse commençante, rechercher tous les facteurs de risque qui peuvent en compromettre l'évolution tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle, ou fœtale (14).

Ceci nécessite une CPN de qualité. La consultation prénatale est une activité préventive dont le but essentiel est l'amélioration de la périnatale et maternelle, et l'éducation sanitaire des mères.

Elles s'organisent autour d'un ensemble de gestes techniques simples, mais rigoureux dans leur précision, le tout contribuant à trois fins essentielles :

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

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

Établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut transférer la gestante dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications (15).

1. les Moyens Techniques Utilisés aux Différentes Périodes de la Grossesse

1.1 La première consultation comporte les temps essentiels suivants :

L'interrogatoire des femmes en grossesse : cet interrogatoire doit respecter des règles de confidentialité et discrétion . Afin que la femme n'hésite pas à répondre à toutes les questions.

Identification de la femme : Non et prénom ; âge statut matrimonial profession et adresse;

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
- Chirurgicaux : utérus cicatriciel, traumatisme ou intervention sur le petit bassin
- Gynécologie : caractère du cycle menstruel avant cette grossesse ; notion de stérilité ; de contraception.
- Obstétricaux
- Gestité et parité
- Issue de grossesse : accouchement prématuré, avortement

Déroulement des accouchements et des suites de couches.

État de l'enfant à la naissance.

- **Histoire de la grossesse actuelle :**
- Date des dernières règles : âge présumé de la grossesse (si possible en semaines d'aménorrhée).
- Maladie durant la grossesse avec les traitements effectués
-
- Au terme d'un interrogatoire bien conduit, de nombreux facteurs de risque peuvent déjà être identifiés.
-

1.2 Examen

Examen physique :

- Le matériel se compose : pèse-personne ; appareil à TA toise ; stéthoscope médical.
- L'examen se fait sur une femme déshabillée. Il précisera le poids, la taille, la mesure de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque et l'auscultation cardio-pulmonaire ; l'état général si la femme est-elle dénutrie ? Semble-t-elle fatiguée ? Présente-elle une anomalie évidente du bassin ?...
-
-

- **EXAMEN obstétrical :** Mètre –ruban ; stéthoscope obstétrical ; spéculum ; doigtier ; pince porte tampon. Il précise la hauteur utérine (elle se mesure avec un mètre ruban en suivant le grand axe de l'utérus ; depuis le bord supérieur du pubis jusqu'au fond de l'utérus) ; palper abdominal ; auscultation des bruits du cœur fœtal ; mouvement du fœtus ; inspection de la vulve et du périnée ; examen au spéculum ; toucher vaginal ; examen du bassin.

- **Examens complémentaires :** indispensables

- Dont certains sont obligatoires chez toutes femmes enceintes à savoir :
- L'examen des urines, les réactions sérologiques destinées à rechercher la syphilis (VDRL, TPHA) ; le sérodiagnostic de rubéole et celui de la toxoplasmose ; l'étude du groupe sanguin, la sérologie du SIDA n'est pas obligatoire.
-
- **Le dépistage des grossesses à risque**
- **Les facteurs de risque :**
- Un facteur de risque pendant une grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présentée, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée. C'est donc une probabilité et la force de celle ci dépend du facteur risque (16)
- **Grossesse à risque** : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques :
 - Les facteurs de risque 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.
 - ❖ Le dépistage des grossesses à risque

Le facteur de risque présent avant la grossesse :

Age < 16 ans et > 35 ans

Taille : < 1,50

Parité : multipare : > 6 parités

Niveau d'alphabétisation : Analphabète

Statut social : célibataire

Condition Socio-économique : Bas niveau

Poids < 40 Kg

Antécédent obstétricaux : enfant mort né, avortement à répétition, stérilité > 5ans, accouchement prématuré.

Les facteurs de risques au cours de la grossesse

HTA ; Toxémie

Infection, paludisme + infection urinaire

Diabète, cardiologie, malnutrition

Les facteurs de risques apparaissant au cours de l'accouchement

Hémorragie de la délivrance, éclampsie, placenta praevia, rupture utérine, souffrance fœtale.

1.3. **Surveillance au cours des trois derniers mois** (pronostics de l'accouchement) : pendant cette période la grossesse sera surveillée comme

précédemment par l'interrogatoire les examens cliniques et complémentaires qui permettront d'apprécier l'état fœtal et le retentissement de la grossesse sur l'organisme maternel.

De plus au cours des dernières consultations seront évalués les facteurs d'origine maternelle et fœtale qui permettront de porter le pronostic de l'accouchement.

2. Les consultations ultérieures

L'interrogatoire précise les éléments nouveaux : vitalité du fœtus et les plaintes de la femme :

- L'examen proprement dit comporte : la mesure du poids de la taille ,de pression artérielle la recherche d'œdème, l'examen obstétrical avec une mesure de la taille de l'utérus le palper abdominal (précisant la taille fœtale, la présentation, la recherche des bruits du cœur fœtal).
- L'examen au spéculum en cas de pertes anormales, et le toucher vaginal pour préciser l'état du col

Les examens complémentaires : la toxoplasmose, la recherche de sucre et d'albumine dans les urines (tous les mois) ; le dépistage du diabète l'ECBU mensuel

L'écographie :

- Les autres examens sont orientés par une pathologie décelée au cours de la CPN
- Augmentation du nombre d'écographie 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) l'uricémie à répéter en cas d'HTA la surveillance de la glycémie en cas de diabète gestationnelle recherche d'une infection sur un signe d'appel (ECBU hémocultures...)

1.3. Surveillance au cours des trois derniers mois (pronostics de l'accouchement) :

Pendant cette période la grossesse sera surveillée comme précédemment par l'interrogatoire des examens cliniques et complémentaires qui permettront d'apprécier l'état fœtal et le retentissement de la grossesse sur l'organisme maternel

De plus, au cours des dernières consultations seront évalués les facteurs d'origine maternelle et fœtale qui permettront de porter le pronostic de l'accouchement.

2. Les consultations ultérieures

3. Définition opératoires

La qualité des soins : C'est la manière d'être des procédures médicales bonnes ou mauvaises.

La surveillance prénatale : La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de geste technique, contribuant à trois fins essentielles

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

- L'évaluation : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'action atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés (12).

- Mortalité maternelle : selon l'OMS, c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelle que soit la durée de la grossesse ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, ni accidentelle, ni fortuite.

- La grossesse c'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement.

- Les normes : ce sont des outils, voire des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer des projets de santé et tout autre acte médical en vue d'en garantir la qualité et l'efficacité.

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

- Grossesse gémellaire : grossesse au cours de laquelle deux fœtus se développent simultanément dans l'utérus.

- Grossesses multiples : grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus plus de deux fœtus.

- Naissance vivante : c'est tout produit de conception expulsé ou extrait complètement de la mère, sans notion d'âge gestationnel, mais qui, après séparation de la mère respire ou présente tout autre signe de vie tel que battement cardiaque pulsation du cordon ombilical ou mouvement défini des muscles volontaires, la section du cordon ombilical ou l'expulsion du placenta n'ont pas d'importance. Ceci s'oppose à la mort fœtale où la mort survient avant l'expulsion ou l'extraction de la mère.

- 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 les risques. Ce niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (13).

✓ **Les gestes pratiques au cours de la CPN**

✓ **. *Interrogatoire sur la situation personnelle de la gestante :**

✓

✓ **Age :**

✓ Une grossesse peut être classée à risque, à travers l'âge dont les deux extrêmes sont inférieur à 17 ans et supérieur à 40 ans, 35 ans si c'est une primipare selon une étude (17).

- La grossesse chez une primipare dont l'âge est inférieur à seize (<16 ans) l'expose à des risques potentiels d'accouchement prématuré, une grossesse > 35 ans entraîne des risques potentiels d'accouchements prématurés, d'HTA, de malformation fœtale ; et surtout quand elle est > 38 ans elle entraîne une aberration chromosomique.

-

- **. Interrogatoire sur les antécédents obstétricaux :**

- Cette phase de l'interrogatoire est très importante, en cas d'anomalies de l'issue du déroulement des grossesses antérieures, le maximum de précision doit être recherché : par exemple, date exacte de l'avortement ou de l'arrêt de la grossesse, poids du fœtus, anomalies du produit de conception, date de l'accouchement, son déroulement, poids de l'enfant et son état à la naissance, les suites néonatales précoces ou tardives. C'est ainsi certains antécédents obstétricaux exposent à des risques potentiels. (18).

-

- Avortement spontané < 12 S.A = Risques potentiels récidive.
- Avortement spontané > 16 SA = Risque potentiels récidive, accouchement prématuré.

- Syndrome d'avortement à répétition = Risque potentiels 30% de récidive, retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré.

-

- L'accouchement prématuré expose au récidive (risque doublé ou triplé)
- L'allo immunisation Rhésus exposé au récidive, mort du fœtus in utero
- Macrosomie expose au récidive, diabète gestationnel.
- Anomalie chromosomique exposé au récidive, trisomie 21

- **Interrogatoire sur les antécédents médicaux :**

- **Une mauvaise surveillance de ces maladies expose à des risques potentiels suivants :**

- La cardiopathie expose au retard de croissance intra utérin et un accouchement prématuré.

Une affection respiratoire expose à la souffrance fœtale chronique et au retard de croissance intra utérin.

- Une affection endocrinienne expose au retard de croissance intra utérin
- Un syndrome vasculorenal expose au retard de croissance intra utérin
- Une infection urinaire à répétition expose à la souffrance fœtale chronique, accouchement prématuré, retard de croissance intra utérin

- **Interrogatoire sur le déroulement :**

- Une femme enceinte présente toujours de « petits maux de grossesse plus fréquentes sont les vomissements et nausées, dont la cause est inconnue. Le début se situe entre 4 et 6 S.A, avec un pic maximum vers 8 ou 12 S.A, la guérison est habituelle vers 15-17 S.A. Les nausées constituent le symptôme le plus fréquent le plus souvent matinal, se calmant avec la première prise alimentaire. Parfois elles débouchent sur des vomissements souvent déclenchés par une intolérance à certains aliments, ou associés à un ptyalisme.

Dans le cas des vomissements incoercibles, il s'agit de vomissements incessants, parfois sanglants, ou on a une chute de poids brutale de plus de 2 ou 3 kg par semaine, voire en quelques jours (18). Les autres petits maux de grossesse sont également fréquents au cours de la grossesse tel que la pyrosis sa fréquence est très grande surtout dans le dernier trimestre de la gestation, les crampes sont aussi fréquents (15-30% des patientes) 19. Dans notre étude, l'interrogatoire était très rarissime.

- **Interrogatoire sur l'hygiène de vie + conseils sur l'hygiène de vie pendant la grossesse**

Dans notre échantillon, aucune gestante n'a été interrogée sur son mode de vie professionnel, alimentaire, activité sportive, transport.

L'hygiène de vie au cours de la grossesse est un volet très important, mais l'excès de tout est nuisible

Sport :

Sport et grossesse sont compatibles, mais a un rythme modéré.

Voyages :

Les déplacements à 3 heures de voiture ne doivent pas être autorisés. Il faut préférer le train pour les voyages longs (train auto couchettes par exemples) le port de la ceinture de sécurité est vivement recommandé pour les petits trajets L'avion n'est pas contre indiqué ,si le voyage est inférieur à 2 heures, sauf au delà de 32 S.A

Travail :

C'est la pénibilité les trajets , la durée de horaire, le travail associé a la charge familiale et non le travail lui-même qui sont dangereux pour la grossesse.

Système dentaire et digestif :

La grossesse accélère l'évolution des caries dentaires. Le brossage des dents est fait deux fois par jour par brosse douce, car les gencives sont plus fragiles. Tout traitement dentaire doit être fait .il faut se méfier des anesthésies locales.

Hygiène corporelle :

on ne doit pas utiliser le savon acide désinfectant (favorisant l'apparition des mycoses) pour l'hygiène intime : préférer un savon alcalin sans aditif colorant ou parfum (19)

❖ **Les soins :**

il est classique de « préparer » les bouts des seins pour l'allaitement (solution alcool – glycémie à part égale après toilette).

❖ **Bains :**

Ils ne sont pas contre indiqués, si la température de l'eau ne dépasse pas 34°C

Diététique de la femme enceinte :

Apport énergétique :

Le coût énergétique de la grossesse est très faible : 418 Kj (100 Kcal)/jour durant le 2ème trimestre, 832 à 1045 Kj (200 à 250Kcal) pendant le 3ème trimestre (19).

Protéines :

Les besoins, faibles en début de grossesse augmentent à mesure que l'on approche du terme. le coût protéine de la grossesse est de 99/mois le 1er mois , 99/ semaine au 3ème mois , 99/jour le 9ème mois.

Calcium : l'apport en calcium est presque doublé pendant la grossesse au moins 1000mg/jour

Fibres végétales de l'alimentation :

Elles donnent un volume raisonnable aux selles favorisant le transit intestinal.

L'eau :

La seule boisson véritablement utile est l'eau. Un apport quotidien d'un litre et demi sous forme d'eau du robinet, d'eau de source, ou eau minérale faiblement minéralisée est indispensable.

Le sodium :

Les besoins quotidiens en chlorure de sodium (Na cl) sont estimés à 7 à 8 g pendant la grossesse soit 3 g de sodium, chiffres en dessous duquel il ne faut pas descendre sous peine de perturbation de l'équilibre ionique et hydrique.

Le régime désodé est de plus en plus discuté. Son abandon n'aggrave pas la toxémie, ne favorise pas la fréquence de l'éclampsie. En revanche, la restriction de sel, en raison de l'hypovolémie qu'elle accentue, retentit fâcheusement sur le flux utéro-placentaire, elle prive le fœtus dont la situation est déjà précaire de sa « réserve de vascularisation », pour la même raison, les salidiurétiques ont été abandonnés. Le régime désodé peut parfois garder quelques très rares indications, situations graves et immédiatement menaçantes pour la mère, insuffisance cardiaque avec pression veineuse élevée (19)

Les praticiens doivent conseiller aux femmes enceintes une vie calme, régulière avec une alimentation équilibrée.

- **Examen physique au cours de la CPN**

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, c'est le moment de détecter certaines anomalies qui n'ont pas été explorées au cours de l'interrogatoire ; La mesure de la taille l'appréciation de la colonne vertébrale et du bassin. Selon la littérature une petite taille inférieure à 1,50 m est un risque de dystocie (17). Ces dystocies surtout d'origine mécanique sont à la base de 20 à 30 % des césariennes (19).

Ensuite faire marcher la gestante à la recherche de boiterie.

La mesure du poids :

La prise de poids « normale » est de 1 kilo par mois. La prise de poids « autorisée » est de 10-12 kilos. On s'inquiétera d'une prise de poids trop faible : danger d'avortement, d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, de mort in utero. On s'inquiétera aussi d'une prise de poids trop importante : obésité, risque de gros fœtus avec dystocie. On s'intéressera surtout à la prise de poids entre 2 examens, plutôt qu'à une pesée isolée (17). Cela veut dire que la mesure du poids doit se faire tous les mois afin d'établir une courbe de poids.

• **La mesure de T.A et recherche d'œdème :**

La fréquence des troubles tensionnels de la grossesse est estimée à 5-10% en Afrique contre 10-15% en Europe. L'association H.T.A et grossesse est toujours potentiellement grave : les troubles tensionnels de la grossesse sont l'une des principales causes de morbidités maternelle et fœtale (17).

• **La mesure de hauteur utérine :**

Cette mesure de la hauteur utérine est proportionnelle à l'âge de la grossesse elle est de :

27 cm à 32 S.A (07 mois),

30 cm à 36 S.A (08 mois),

33 cm à 40 S.A (09 mois),

Le chiffre dont il faut tenir compte est la progression à parti de 5 mois, et non la valeur absolue très variable d'une femme à l'autre (15).

- **Palpation abdominale**

Il s'agit d'un geste très important. Elle permet de nous renseigner sur :

+ La consistance, la souplesse ou la tension de l'utérus, sa sensibilité, la qualité des contractions.

+ La situation du fœtus dans l'utérus, son volume, la présentation et ses rapports avec le bassin maternel, éventuellement le nombre de pole à la recherche d'une grossesse gémellaire.

Examen au spéculum et toucher vaginal

L'examen au spéculum nous renseigne sur l'état du col en cas d'infection (cervicite, vulvo-vaginite ,vaginite etc...), il doit être fait au début de la grossesse , le frottis cervico vaginal est conseillé s'il n'a pas été fait depuis moins de 3 ans (18).

Décisions et diagnostics

Examens complémentaires :

Les examens tels, la Rubéole et la toxoplasmose qui devaient être systématiquement demandé sinon obligatoirement demandés dès la première consultation à cause des malformations qu'elles provoquent étaient absents.

Rubéole : malgré sa bénignité pour la mère elle entraîne dès la 5ème ou 6ème semaine de la vie embryonnaire des malformations chez le fœtus tels les lésions oculaires entraînant la cataracte avec cécité , des lésions cardiaques, et parfois des troubles psychiques et neurologiques (15).

Toxoplasmose : elle est également bénigne pour la mère, la fréquence du risque fœtal augmente avec l'âge de la grossesse, en dehors de l'avortement, l'atteinte du premier trimestre voire du deuxième trimestre se manifeste à la naissance par des lésions neuro – encéphalique : hydrocéphalie ou micro cep pendant avec crise convulsives, retard psycho moteur, s'y ajoutent des lésions oculaires : myocardiopathie, strabisme. L'atteinte du 3ème au 6ème mois de la grossesse donne des lésions cérébrales (encéphalomyélite évolutive) (15)

Échographie : elle était non demandée dans notre série. Elle représente le plus important moyen de diagnostic fœtale et de surveillance de la grossesse.

+ **Au premier trimestre** : après confirmation de l'évolution de la grossesse elle permet de distinguer s'il s'agit d'une grossesse unique ou multiple.

+ **Au 2ème trimestre** : elle montre l'aspect morphologique du fœtus. Cette échographie est primordiale dans l'exploration, les pronostics et la surveillance des menaces d'avortements d'infirmier une suspicion de G.E.U trois échographies sont conseillées pendant une grossesse d'évolution normale.(19)

Les soins préventifs :

- **Analyse par rapport à la vaccination :**

Le tétanos néonatal à été éliminé dans le monde développé il y'a plus de 50 ans, mais il cause la mort 200 milles Bébés par ans dans les pays en développement (20). Ce qui fait que l'élimination du tétanos maternel et néonatal pour 2005, déclaration conjointe de l'UNICEF, de l'OMS et du FNUAP en 1990, serait possible, si chaque pays en développement adapte à leurs politiques de santé, les 3 stratégies qu'ils ont recommandés.

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

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

+ promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour toutes les femmes enceintes ;
+ assurer une surveillance efficace du tétanos maternel et néonatal.

Au Mali de nombreux effort sont déployés dans ce domaine, des campagnes massives de vaccination antitétaniques sont organisées partout dans le Mali chaque année à toutes les femmes en age de procréer.

- **Par rapport à l'anémie**

Les anémies ont une conséquence très graves pour la femme enceinte et son fœtus.

L'anémie entraîne une importante morbidité et mortalité maternelle et fœtale. il a été montré que 20 à 40 % des décès maternels dans le pays en voie de développement, étaient associés à une anémie. La mortalité maternelle est multipliée par trois en cas d'anémie sévère. En plus de la mortalité maternelle et fœtale, l'anémie est responsable d'avortements spontanés de petits poids de naissance, diminution de la résistance aux infections (16).

- **La Chimio prophylaxie anti palustre**

La grossesse véritable « stress » immunologique peut provoquer une chute de l'immunité anti palustre et démasquer un paludisme latent où favorise la survenue des formes graves (accès pernicioeux).

Le paludisme reste, en zone tropicale la principale cause d'anémie au cours de la grossesse. L'anémie est la troisième cause de décès maternel dans les pays en développement après les hémorragies et infection (18).

Les autres risques provoqués par le paludisme sont :

L'accouchement prématuré ; + l'hypotrophie fœtale + la mort fœtale (in intro=)

- **Groupe à risque (notion de risque)**

Par effet certains paramètres tels le niveau d'étude, les conditions socio économique ; les facteurs psychologiques qui ont une grande importance le dépistage des facteurs de risque au cours de la grossesse n'ont pas été explorés.

+ **Le bas niveau** : ces risques potentiels sont la mortalité prénatale et accouchement prématuré (19).

+ **Conditions socio économiques** (pauvreté malnutrition, hygiène déficiente surpopulation) sont des risques potentiels d'accouchement prématuré retard de croissance intra utérin.

Les paramètres tel que l'âge, la parité, les antécédents médicaux et obstétricaux plus ou moins explorés mais ne sont pas interprétés en termes de facteurs de risques.

Par exemple :

+ **Age : une grossesse d'adolescente** : comporte de grave risques pour la mère et son enfant. Selon une étude menée à Dakar sur l'exploitation des dossiers médicaux constitués du 1er juillet 1986 et le 30 juin 1989 à la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide Dante de Dakar sur 1360 adolescente âgées de 12 à 17 ans (23) il y'a eu 175 avortement (12,9 %) ; 9,4% de toxémie (128 cas) ; 7,3% cas d'anémie (7,99 cas) 3,4% de retentions d'œuf (46 cas) d'accouchements spontanés (79 cas).

Grande multipares (> à 5 accouchements) : risques potentiels de placenta praevia, et placenta accreta, anomalie de présentation, accouchements prématurés (18).

Par rapport à l'hygiène de la consultation et au risque infectieux :

De façon globale l'hygiène de la consultation était déficiente, il faut se demander, si toute fois la fréquence très élevée des infections de notre série, n'est-elle pas due au personnel de santé (infection nosocomiale).

Les importantes modifications physiques, chimiques et biologiques du milieu vaginal créé par la grossesse, s'expriment par une leucorrhée physiologique qui ne nécessite aucun traitement. Elles expliquent aussi l'agressivité particulière de certains germes et parasites, et partant, la fréquence des infections (15).

NOTRE ETUDE

1- Notre étude

1-1 cadre de l'étude : question de sogoniko et de Banankabougou en commune VI.

1-1-1 **Historique** comme toutes les autres communes du district de Bamako la commune VI est l'aboutissement d'un long processus historique dans le domaine de l'organisation administrative héritée de la période coloniale

1-1-2 Historique du peuplement

Le fondement du quartier serait venu de Banakoroko (Bougouni)

Mah Fing Traoré, cultivateur – chasseur, il a combattu ou il reçu a avoir une femme la principale motivation de son départ de kotoko ou au début il était installer au niveau de l'actuelle église catholique de Bamako et ses au cour de ses promenades de chasse qu'il a demandé auprès du chef de village de kalaban koro a s'installer dans un hameau de bana d'où la nomination de Banankabougou.

Il continuait ses activités de chasse de cultivateur et d'élevage.

Banankabougou aujourd'hui de part son age est le quartier le plus jeune après Magnambougou, Missabougou, Sokorodji

Les chefs de village qui ceux sont succédés sont :

- Mafing Traoré
- Makan Djem a Traoré
- Moune Boure Traoré
- Yirintie Traoré (50 ans de règne environ)
- Diawe Traoré (25 ans de règne)
- Amadou Traoré (12 ans de règne et oncle de l'actuelle chef de quartier Mafing Traoré actuelle chef de quartier depuis 1993

Les faits manquants du village sont entre autres

Amputation des terres cultivables et cultivées et leur affectation a la zone < ATT bougou>, la prison de Bole, le tribunal de 2ème instance la Sema de Banankabougou.

- inondation des secteurs I, II, III, et IV pendant les pluviométries en hivernage.

Construction du CSCOM en juillet.1995 améliorant du coup les soins de santé primaire, les consultations pré et post natal qui ce déroulaient tout au paravent au centre de référence de Sogoniko

2 Etude diagnostique de la commune

2-1 Présentation sommaire de la commune VI

Créée par l'ordonnance N° 7832 CMLN du 18 août 1978 la commune VI est limitée

- A l'Est par la portion de la limite Est du district compris entre son extrémité sud- Est et le lit du fleuve Niger
- Au Nord par la portion du lit du fleuve
- A l'ouest par la limite Est de la commune V
- Au Sud par la portion de la limite sud du district.

Elle a une superficie de 8882 ha et comporte (10) quartiers : Banankabougou, Diandjiguila, Faladiè, Magnambougou, Missabougou, Niamakoro, Sénou, Sogoniko, Sokorodji, Yirimadio,

Les religions pratiquées sont l'islam le Christianisme et l'Animisme.

Plusieurs ethnies sont rencontrées dans la commune VI. Ce sont : les bambara , les peulhs , les sonhaï, les Sarakolés , les dogons, les bozos, les senoufos, les minianka, les malinkés, les bobos, les mossis, les samogos, les kassonkés.. Les langues dominantes sont : le bambara le peulh, le Sarakolé et le malinké

1-1-3 caractéristiques démographies

la commune VI est composée de 10 quartiers et la population est estimée à 221258 habitants en 1998 repartis entre ses différents quartiers. Plus du quart de la population réside dans le quartier de Niamakoro ensuite viennent les quartiers de Magnambougou et Faladié

Ces quartiers totalisent à eux seuls 63% de la population les quartiers les moins peuplés sont : Missabougou et Yirimadio.

En 2004 la population de la commune VI est estimée à 249252 habitants soit un taux d'accroissement de 2%. La population féminine représente 49%. l'importance relative de la population masculine dans la commune VI comme dans l'ensemble de district de Bamako est liée à l'immigration des hommes à la recherche de l'emploi

À l'instar de l'ensemble du pays, la population diminue au fur et à mesure qu'on avance en âge, traduisant ainsi une forte fécondité et une forte mortalité à tous les âges.

1-1-4 Ressource Humaine

La population de la commune VI est répartie entre 36130 ménages le nombre de personnes par ménage moyen est de 6,12

Sur le plan enseignement préscolaire les effectifs sont passés de 1536 élèves en 2001-2002 à 2232 élèves en 2004-2005, soit une augmentation de 696 élèves il est constaté que les effectifs des filles sont toujours supérieures à ceux des garçons quelque soit l'année observée.

Le nombre d'écoles premier cycle fondamental a augmenté de 42,96% de 2002-2005 ce phénomène est dû en grande partie à une prolifération d'écoles privées : les écoles privées étaient au nombre de 70 en 2001-2002 ; en 2004-2005, elles passent au nombre de 114, soit une augmentation de 62,86%.

Les autres types d'écoles (communautaires, privées, medersas) connaissent des fluctuations en fonction de l'année scolaire.

Sur le plan enseignement secondaire 14 lycées existant en 2004, 13 sont privés, L'enseignement général, technique et professionnel compte 12 établissements /écoles en 2004 dont 2 publiques, soit 16,67% et 10 privées, soit 83, 33%.

Un grand nombre de population est fonctionnaire administratif en outre on retrouve des ouvriers qualifiés (soudeur, plombier, maçon, etc....) des manœuvres.

Le phénomène d'émigration touche bien la commune mais n'a pas d'impact sur le développement social de la commune.

1-2-1 Données socio –Economiq ues et culturelles :

En effet, le nombre total d'habitats occupés s'élève à 36130 en 1998.

1- 2-2 Tailles moyenne des ménages

Le système statistique malien utilise habituellement le concept de ménage et non de <<famille >> en 1998, la population total de la commune s'élève à 221258 habitants repartis entre 36130 ménages. Le nombre de personnes moyen est de 6,12 pour toute la commune. Ce nombre varie peu d'un quartier à l'autre

1-3-1 caractéristiques économiques

1-3-2 agriculture

- cultures céréalières

La commune VI de part sa position géographique est une zone de production céréalière.

Elle a contribué à la production annuelle en mil du district de Bamako à hauteur de 18750 tonnes sur une production totale de 262500 tonnes soit 7,14% en 2003. Pour les autres céréales. La contribution par culture de la commune VI est la suivante :

* le sorgho : 311500 tonnes soit 38,72 %

* le maïs : 12500 tonnes soit 1,01%

* riz : 22500 tonnes, soit 9,93%

1-4-1 l'approvisionnement en eau potable

La commune a peu de bornes fontaines EDM : 160 fontaines qui se trouvent en commune VI. Par contre la commune détient respectivement 45% et 43% de pompes manuelles et des adductions d'eau sommaire du district de Bamako

1-5-1 les potentialités économique de la commune

Les recettes perçues par la commune se chiffrent à 174.301.682 FCFA en 2004 contre 384.473.746.FCFA en 2003 soit une régression de plus de la moitié (54,66%). Cette chute des recettes est liée à celle relative aux frais de vente de parcelles et à la viabilisation.

Quelle que soit l'année, les principales sources de revenu de la commune sont : la patente, la viabilisation et la vente de terrain remarque qu'en 2004 la patente représente 38,07% des recettes contre 19,03% en 2003

Par ailleurs il existe les organisations non gouvernementales. Au total de 15 ONG sont réparties selon les domaines d'intervention suivant :

- Trois (03) en santé,
- Trois (03) en environnement,
- deux (02) en protection /épanouissement des femmes et des enfants,
- deux (02) dans le domaine spécifique des enfants,
- un (01) en travaux publiques,
- un (01) en développement communautaire,
- un (01) en gouvernance démocratique,
- un (01) en état civil
- et un (01) en agriculture :

Malgré la présence de tous ces acteurs, le manque d'agencement et de concertation semble un vide et/ ou les effets des activités ne sont pas trop perceptibles par les populations bénéficiaires.

1-5-2 cultures légumineuses

Le rendement pour le Niébé et l'arachide sont très bas. Par contre les rendements sont élevés pour la patate et le manioc

1-5-3 Equipement agricoles existants

les types d'équipements agricoles sont : la charrue, le multiculteur , la charrette, le tracteur, le moulin, la motopompe, l'herse, l'appareil de traitement, une batteuse de mil et d'autres.

Sur le plan de l'élevage les effectifs par espèce du cheptel enregistrés dans la commune VI sont impressionnants

- * Bovins : 6720 têtes , soit 32,62% du district
- * Ovins : 2500 têtes , soit 20,49% du district
- * Caprins : 370 têtes , soit 5,03 % du district
- * Equins : 10 têtes , soit 2,70% du district
- * Asins : 230 têtes , soit 20,91% du district
- * les Volail : 25000 individus , soit 3,57% du district

1-5-4 industrie

D'après les résultats de recensement industriels au mali sur les 169 unités industrielles 32 existent en commune VI, soit 18,93 %. ainsi la commune VI occupe la deuxième place. En 2005, on note que 38 entreprises sont en activité. Les entreprises sont dominées par celles qui consacrent a la fabrication de produits alimentaires a base de céréales (14).

1-5-5 le commerce

Les données disponibles sont relatives au commerce : les importations et les exportations.

En matière d'importation, 16 des 185 importateurs recensés en 2003 dans le district de Bamako sont de la commune VI

Il convient de noter qu'en matière d'exportation, aucune activité n'a été enregistrée dans la commune VI en 2003. Comme infrastructure commerciale, la Commune VI compte au total 14 marchés.

1-5-6 l'Artisanat

Dans la commune VI, l'artisanat occupe 1958 personnes dont 1766 hommes, soit 89,19% et 192 femmes, soit 10,61%.

1-5-7 Hydraulique/Electricité

Sept cours d'eau traversent la commune VI. Ce sont : le collecteur de Faladié. Le collecteur de Sogoniko, le collecteur de Babla, le koumanko, le Niamakoro, le fleuve Niger, le flabougou et le collecteur artificiel de Banakabougou, ces cours d'eau permettent la réalisation des activités de pêche et de maraîchage et bénéficient à l'ensemble de la population de la commune VI. Deux (02) seulement des 08 cours d'eau, à savoir le collecteur de Faladié et celui de Banankabougou sont aménagés.

1-5-8 Activités génératrices de revenus menées au niveau de la commune et degré d'intéressement/ ampleur

Plusieurs activités de revenu sont menées dans la commune VI. Les activités dominantes sont : la gestion des boutiques : 17% des acteurs s'adonnent à cette activité. Ensuite viennent les dépositaires de panneaux publicitaires (9,45%), les ateliers de couture (7,53%).

2- infrastructures socio sanitaires de la commune VI

2-1 la santé

Sur le plan sanitaires la commune dispose de 33 structures dont 3 structures de premier échelon 20 structures privées et 10 centres de santé communautaire : les structures privées constituent 60,61 % du parc sanitaire ; les centres de santé communautaires occupent le 2^e rang de type de structures avec 30,30 % Quand aux structures de 1^{er} échelon, elles font 9,09% de l'ensemble.

Il convient de noter que chaque quartier de la commune est doté d'un CSCOM. Il existe également un centre de santé de référence

2-1-1 Morbidité

La commune VI connaît une morbidité remarquable. Au total 24780 cas de maladies ont y été enregistrés en 2004, tout type de maladies confondues. Le paludisme constitue la première maladie dans la commune avec 12064 cas enregistrés au cours de l'année 2004, soit 48,68% de l'ensemble des cas de maladie. Les traumatismes plaies brûlures occupent la 2^e place avec 4714 cas, soit 19,02%. Les cas Iras hautes et basses occupent respectivement les 3^e et 4^e place dans le tableau de morbidité de la commune VI. Ensuite les diarrhées sans déshydratation avec 1429 cas, soit 5,77%

Le paludisme constitue la première cause de consultation en Commune VI quelque soit l'année : il représente plus de 50% des cas des principales causes de consultations.

Pour les années 2001 et 2002, le paludisme est par les IRA basses respectivement 16,57% et 13,44% et en 2003 par le traumatisme- plaies et brûlures (15,03%).

On note une faible proportion de cas pour les consultations relatives à la malnutrition protéino – calorique (moins de 1% de cas).

Les taux de couverture varient d'une activité à l'autre et d'une année à l'autre. Par activité, le DTCP3 réalise un taux de couverture supérieur à 100% en 2000, 2001, et 2003 elle est suivie de l'activité <<CPES>>et VAR.

Il est à noter que, l'année 2003 a enregistré les meilleurs taux de couverture pour quatre activités (CPES, DTCP3, accouchement assistés, consultation prénatale) des sept activités.

Il convient de noter que le taux de prévalence contraceptive enregistré jusqu'en 2003

Reste encore inférieur au taux de Bamako (23,5%) et même au taux national (8,1%) selon l'EDS- III .

2-1-2 médecine traditionnelle

À côté de la médecine moderne, évolue également la médecine traditionnelle. Un nombre impressionnant de tradithérapeutes résident dans la commune VI dont certains se sont distingués par leur organisation, la qualité de soins et surtout l'accessibilité de leurs produits.

On peut citer en exemple, l'association AMPOT <<la nature au bon soins des humains :

(Pharmacopée sogoniko) qui reçoit en moyenne 2 à 6 personnes par jour et déclare avoir traité

plusieurs maladies notamment : l'impuissance sexuelle, le paludisme, le diabète sucré, la carie dentaire, l'hypertension, l'ulcère d'estomac, les maux de tête, la gonococcie, l'hépatite A,B,C et l'infection urinaire. Les services offerts par cette médecine sont financièrement accessibles pour ne pas dire moins chers à la population. Le coût de traitement varie de 500 F Cfa à 20 000 F CFA

Cependant, les tradithérapeutes rencontrent quelques difficultés qui sont :

- ❖ La faible affluence des populations
- ❖ La rareté de la matière première pendant certaines périodes de l'année :
- ❖ L'analphabétisme du corps et des populations :
- ❖ Le manque d'appui politique et financier au secteur.

En dépit de ces difficultés rencontrées, la médecine traditionnelle reste encore le second levier pour l'amélioration de l'état de santé de la population. Il est nécessaire de l'encadrer. De l'organiser et de l'appuyer sur le plan technique et financier pour lui permettre de jouer son rôle.

2-2 faiblesses de la commune

L'une des faiblesses majeures de la commune VI est rareté de l'information relative a certains aspects socio – économiques : la plupart des données produites sur le district de Bamako en général ne sont pas présentées par zone administrative (communes et quartiers). Dans ce contexte, il était difficile de mieux apprécier le vrai visage de la commune VI. Ainsi, a travers cette étude, il a été constate un certain nombre de faiblesses dont :

- l'absence de base de données ;
- l'absence de structure de coordination des actions des ONG's et des associations ;
- la mauvaise coordination des activités des ONG's et des associations ;
- l'absence de concertation entre autorités locales (chefs de quartiers) d'une part, et entre les différents acteurs de développement et les autorités communales ;

2-3 Forces/ opportunités

La commune VI regorge cependant d'énormes potentialités. On peut citer entre autre

- la force densité de la population avec une bonne dynamique de développement :
 - l'esprit d'urbanisation ;
 - la présence de plusieurs ONG' et associations
 - la présence d'un nombre élevé d'établissements scolaires avec des indicateurs appréciables en faveur de l'éducation des enfants et en particulier des filles
- l'engouement de la population en faveur des activités génératrices de revenus
- la présence d'un nombre important de cour d'eau ;
- la bonne couverture sanitaire a travers le centre de référence et les CSCOM

3. période d'étude : Décembre 2006-Fevrier 2007

L'étude s'est déroulée durant les mois Décembre 2006_Fevrier 2007

4. type d'étude :

Notre étude s'est inspirée du postulat d'Avédis Donabedian sur l'évaluation de la qualité des soins des services comportait :

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

L'étude des structures est basée sur un recueil rétrospectif des données de l'année 2004 devant aboutir à une description analytique de la formation sanitaire (ASACOBABA). Il s'agit d'une ;

Description des capacités de production (locaux, équipement, ressources humaines)

Présentation du système de financement (tarification).

L'étude des procédures et des résultats consistait en une observation transversale de la CPN avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques et l'opinion des usagers.

5. Population d'étude :

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les gestantes se présentant en consultation prénatale au cours de la période d'enquête. Ainsi nous avons recruté 100 femmes (gestantes) se présentant dans ASACOBABA pour la CPN au cours de notre enquête. Ce nombre est suffisant pour étude qualitative.

6. Méthode de recueil des données.

Le protocole consiste à observer le praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible). Les femmes enceintes étant ensuite reçues isolément pour recueillir leurs opinions sur les prestations reçues (y compris la qualité des relations humaines)

7. Critère de choix du centre :

Nous avons choisi le CSCOM de Banakabougou, un centre situé dans la commune VI du district de Bamako où les problèmes de santé sont particulièrement aigus pour mieux comprendre comment ce centre gère la prise en charge des femmes enceintes (CPN)

8. Collecte des données :

La collecte des données a été réalisée à partir des supports :

- un questionnaire " observations des CPN "
- un questionnaire «opinion des CPN » adressé à la consultante à sa sortie de la consultation,
- un questionnaire sur les structures,

Ceux-ci sont portés en annexe

9. Variables mesurées :

Les variables que nous avons mesurées, sont en rapport avec :

- les caractéristiques de la gestante (voir annexe)
- les caractéristiques de la personne qui a pris en charge la gestante. (Voir annexe.)
- l'accueil,
- le nombre de CPN effectuée
- la réalisation des gestes techniques d'examen clinique ;
- les examens para cliniques demandés ;
- les soins préventifs ;
- la présence de facteurs de risques ;
- la prescription ;
- les relations humaines ;
- les conseils donnés à la gestante
- l'opinion de la parturiente sur la qualité des prestations reçues.

10. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur l'ordinateur en utilisant le logiciel EPI info version 6,04 français.

Pour la détermination du niveau de qualité des soins prénatals nous avons adopté la démarche suivante porter sur un question en annexe.

- Au cours de l'observation chaque geste technique étant coté un (1), lorsqu'il est réalisé et zéro (0) lorsqu'il ne l'est pas ;

-la détermination du score total pour chaque étape ou dimension de la consultation :

-L' identification des variables discriminatoires pour chaque étape de la CPN en tenant compte du numéro de la CPN et de l'âge de la grossesse ;

- Le niveau de qualité des soins prénatals a été déterminé à partir des scores obtenus lors de l'identification des variables discriminantes. Ainsi nous allons utiliser deux types d'échelles pour qualifier l'ASACOB. Une première échelle selon laquelle les visites prénatales sont de :

* Bonne qualité ou si tout les variables discriminantes sont réalisées ;

* Moins bonne qualité ou de non- qualité si une ou au moins des variables discriminantes ne serait pas réalisée.

Une deuxième échelle selon laquelle les soins prénatals seront classés en quatre niveaux de qualité :

- Soins de niveau élevé (Q4) : 95 à 100% des gestes de la dimension seront réalisés ;

- Soins de niveau (Q3) : 75 à 94,99% des gestes de la dimension seront réalisés

- Soins de niveau (Q2) : 50 à 74,99% des gestes de la dimension seront réalisés :

- Soins de niveau (Q1) : moins de 50% des gestes de la dimension seront réalisés :

La première échelle nous permettra de déterminer pour l'ASACOBA la proportion de gestantes recevant les soins de bonne ou d'assez qualité (Q4 ou Q3) et de moins bonne qualité (Q2 ou Q1).

Quant à la deuxième échelle nous permet de expliquer le niveau de qualité de la CPN dans l'ASACOBA. Ainsi pour chaque dimension la formation sanitaire était de :

- Niveau IV : si 75 à 100% des consultantes prénatales recevaient des visites prénatales de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 ou Q3)
- Niveau III : si 50% à 74,99% des gestantes bénéficiaient de soins prénatals de qualité satisfaisante (Q4 ou Q3).
- Niveau II : si 25 à 49,99% des gestantes recevaient des CPN de bonne ou d'assez bonne qualité (Q4 ou Q3).
- Niveau I : si moins de 25% de gestantes bénéficiaient d'une surveillance prénatale de qualité satisfaisante (Q4 ou Q3).

A l'aide de techniques de mesure (scoring), nous avons déterminé le niveau de qualité du centre de santé de Banankabougou. A partir de ces niveaux de qualité nous avons pu obtenir un indice synthétique de qualité en divisant la somme des pourcentages d'actes réalisés par le nombre de catégories constituant le domaine de qualité

L'indice synthétique est un indicateur qui exprime en pourcentage le point maximum susceptible d'être gagné par le centre.

XX fréquence de réalisation des variables relatives à la continuité des soins chez les consultantantes prénatales

PARAMETRES DE CONTINUITE DES SOINS	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Le praticien explique comment évolue la grossesse	52	27%
Il a demandé à la consultantante de revenir	200	100%
Il a précisé quand revenir	200	100%
Il lui dit où aller accoucher	0	
Expliquer les signes d'alerte et le cas	6	3%
Il lui a dit pourquoi aller accoucher dans tel ou tel lieu	0	0%

- L'évaluation de la grossesse était peut expliquée aux gestantes dans 52% des cas.
- Les signes d'alerte et la grossesse CAT étaient rarement expliqués aux consultantantes prénatales après la CPN, seulement dans 6% des cas

-

XX fréquence de réalisation des variables relatives à l'autonomisation de la consultation prénatale.

PARAMETRE D'AUTONOMISATION	EFFECTIF N=200	POURCENTAGE
Date probable d'accouchement	0	0%
Explique comment évolue la grossesse	52	27%
Explique les signes d'alerte et le CAT	6	3%
Demande les examens para cliniques	200	100%
Explique les raisons de cette demande	50	25%
Il lui dit où aller accoucher	0	0%
Il lui explique le déroulement de la consultation	60	30%

- seuls les examens para cliniques ont été demandés presque à toutes les femmes enceintes dans 100% des cas.
- Ces examens sont constitués du taux d'hémoglobine, groupe rhésus BW test d'émme, sucre albumine

Xx11 fréquence de réalisation des variables relatives aux conseils données à la gestante

GESTATION EXPLORÉES	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Le praticien n'a pas donné de conseils	136	68%
Le praticien a donné des conseils sur le repos	24	12%
Le praticien a donné des conseils sur le planning familial	0	0%
Le praticien a donné des conseils sur les MST/SIDA	0	0%
Le praticien a donné des conseils sur l'alimentation	0	0%

Les femmes enceintes recevaient peu de conseils en raison du temps disponible et souvent ces conseils étaient mal interprétés. En outre, les femmes étaient peu disponibles car devaient se rendre le plus souvent au marché -les autres conseils sur le planning ; les MST/SIDA et l'alimentation n'étaient pas donnés

1. Répartition des consultantes en fonction du moyen de transport emprunté pour venir au centre.

MOYEN DE TRANSPORT UTILISÉ	EFFECTIF N=200	POURCENTAGE
Vient à pieds	88	44%
Véhicule collectif (Sotrama)	74	37%
taxi	20	10%
véhicule personnel	12	6%
Autres moyens de transport utilisés	10	5%
Total	200	100%

Répartition des consultantes en fonction des critères de fréquentation

CRITERES DE CHOIX DU CENTRE	EFFECTIF N=200	POURCENTAGE
Proximité du domicile	70	35%
connaissance d'une personne au centre	50	25%
compétence du personnel	46	23%
Personnel accueillant	14	7%
Tarif peu élevé	40	20%
Bon tarif des médicaments	80	40%
Conseil d'une connaissance	10	5%
Autres raisons	2	1%

La proximité du domicile était le critère fondamentale de choix du centre de santé estimé à 30%

Répartition des consultantes en fonction du médicament procurer dans les centres de ASACOBABA

TRAITEMENT REÇU	EFFECTIF N=200	POURCENTAGE
chloroquine	200	100%
Fer	200	100%
acide folique	200	100%
autres	164	82%

La chloroquine, le fer, l'acide folique ont été prescrits dans 100% des cas le cofrinexazole ovale ou comprimé =59% des cas. Le paracétamol 4% des cas, hydroxyde d'aluminium=12%, multi vitamine Comprimés de 5% des cas, butyle hyoscine 2%.

Fréquence de réalisation d'une conclusion chez les consultantes au centre

CONCLUSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
RAS	190	95%
Classement dans un groupe à risque	4	2%
Référence vers un médecin du centre	4	2%
référence dans un autre établissement	2	1%

Seules deux gestantes sur 100 (2 %) ont été classées dans un groupe à risque

- Deux gestantes d'entre ont été référées vers le médecin du centre.
- Une gestante a été référée vers un autre établissement.

Analyse discriminatoire de la qualité de la <<qualification du personnel de santé au cour des visites prénatale dans le centre ASACOBABA >>

QUALIFICATION DU PERSONNEL	EFFECTIF N = 100	POURCENTAGE
Médecin	0	0%
Sage femme	79	79%
Infirmière obstétricienne	0	0%
MATRONES	21	21%

L'observation du tableau montre que les CPN ont été effectués à 79% par un personnel qualifié. Il s'agit d'une sage femme.

Le médecin pratique très peu au activité.

Les CPN effectués de Banakabougou était de niveau 2

Répartition des consultantes en fonction de la pratique des CPN et de l'existence des commodités pratiquées dans le CSCOM

OPERATIONS EXPLOREES	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Délivrance d'un ticket	0	0%
respect de l'ordre de passage	200	100%
Modes d'installation		
Très confortable	0	0%
Assez confortable	14	7%
Confortable	178	89%
TRES confortable	8	4%
Ignorer l'existence des toilettes accessibles propres au centre	56	28%
Absence des toilettes dans le centre	0	0%
Existence des toilettes propres	140	52%
Existences des toilettes sales	40	20%
Attente longue	72	36%
Attente courte	128	64%

Dans 100% des cas l'ordre était respecté au cours de l'observation.

Une délivrance de ticket dans 90% des cas.

36% des cas ont trouvés une attente longue.

L'attente était assez confortable pour 89% des cas.

Répartition des CPN en fonction de leur satisfaction par rapport aux locaux et aux prestations dans le centre (ASACOBABA)

FREQUENTATION DU CENTRE ETAT DES LOCAUX	EFFECTIF N=200	POURCENTAGE
Etat des locaux	0	
-Vieux et sale	0	0%
-Récent et sale	10	5%-
-Vieux et propre	174	87%
-Récent et propre	16	8%
Satisfaction par rapport aux prestations		
Non satisfaite	0	0%
Peu satisfaite	14	7%
Satisfaite	178	89%
Très	8	4%
consultations antérieures		
- Dans le même service prénatal	150	75%
- Dans le service prénatal d'un autre établissement	8	4%
Motif de changement de l'établissement		
-coût trop élevé	0	0%
-Mauvais accueil	0	0%
-Connaissance d'un membre du personnel	0	0%
-Autres raisons (déménagement)	0	

-Une forte proportion des consultantes trouvaient les locaux récent et propre notamment les toilettes et les airs d'attente.

89% des gestantes étaient satisfaites sur la qualité des prestations.

- Elles étaient nombreuses (75%) avoir eu des consultations antérieures dans le même service prénatal.

Fréquence de réalisations liés à l'hygiène de la consultation chez les consultant

QUESTIONS EXPLORÉES	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Existence de tissu sur la table d'examen	200	100%
Le tissu pose sur la table était fourni par le centre	0	0%
Le praticien se lave les mains avant chaque examen	0	0%
Utilisation de doigtier	200	100%
Changement de matériel en fin de consultation	200	100%
Matériel correctement nettoyé	0	0%
Matériel correctement désinfecté	0	0%
Faute d'hygiène	200	100%
Le tissu pose sur la table et d'examen est différent d'une gestante à l'autre	200	100%

XV111 Répartition des consultantes en fonctions de la fréquence des actes pratiques

PARAMETRES DE L'EXAMEN PHYSIQUE	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Explique le déroulement de la grossesse	82	41%
Pesée	80	40%
Mesure de la taille	200	100%
Recherche de la boiterie	0	0%
Aide à monter sur la table	0	0%
Examen des conjonctives	112	66%
Mesure de TA	200	100%
Enlève soutien gorge	60	30%
Auscultation cardiaque	0	0%
Auscultation pulmonaire	0	0%
Palpation abdominale	200	100%
Mesure de HU	200	100%
auscultation des BDCF	200	100%
recherché position fœtus	80	40%
Recherche oedemes	86	43%
Examen au spéculums	200	43%
Toucher vaginale	200	100%
Aide à descendre	18	9%
Examen à l'abri des regards	200	100%
Eclairage suffisant	90	45%

XI Répartition des consultantes en fonction des questions posées sur les antécédents obstétricaux

INTERROGATIONS SUR LES ATCD OBSTETRIKAUX	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Nombre des grossesses	92	92%
Nombre d'accouchements	92	92%
Nombre d'avortements	18	18%
Nombre de mort – nées	13	13%
nombre des naissantes vivantes	24	24%
Nombre d'enfants décédés	10	10%
age et cause de décès	1	1%
Demande état de santé des enfants	0	0%
Césarienne	0	0%
Forceps ou ventouses	0	0%
Eclampsie	0	0%

XVI Répartition des consultantes en fonction des questions posées sur les antécédents des maladies

INTERROGATIONS SUR LES ANTECEDANTS DES MALADIES	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Infection urinaire	66	33%
HTA	4	2%
Diabète	0	0%
Affection cardiaque	0	0%
Oedèmes	72	36%
tuberculose	0	0%
MST	28	14%
drépanocytose	12	6%
Autres (anémie)	10	

Répartition des consultantes en fonction de la fréquence de symptômes au cours de la grossesse

INTERROGATION SUR LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Vomissement	134	67%
fatigue	118	59%
survenue de palpitations	60	30%
Survenue de dyspnée	50	25%
Survenue d'œdèmes	42	21%
pertes liquidiennes	52	26%
pertes vaginales	0	0%
métrorragie	6	3%
troubles urinaires	40	20%
Fièvre	58	29%
Perception des mouvements fœtaux	70	35%
Autres	3	1,5%

AUTRES vertiges

*** Interrogatoire sur l'hygiène de pendant la CPN :**

Cet interrogatoire était totalement absent

V Répartition des consultantes en fonction du niveau D'alphabétisation en français

NIVEAU D'ALPHABETISATION	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Non scolarisé en français	92	46%
Primaire	66	33%
Secondaire	22	11%
Supérieur	0	0%
Coranique	20	10%
Total	200	100%

46% des gestantes étaient non scolarisés en français.
Cependant aucune d'entre elle n'avait un niveau supérieur.

VI Répartition des consultantes en fonction de la profession

PROFESSION	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Ménagère	134	67%
Vendeuse	36	18%
Fonctionnaire Etat	12	6%
Commerçante	10	5%
Employé de bureau	0	0%
Autres	8	4%
Total	200	100%

67% de notre échantillon était des ménagères.
Autre : paysanne

Répartition des consultantes par tranche d'âge

TRANCHE D'AGE /ANS	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Moins de 15 ans	2	1%
15 - 19ans	34	17%
20 - 24ans	48	24%
25 - 29ans	52	26%
30 - 34ans	44	22%
35 - 39ans	22	11%
40 ans et plus	2	1%

Une forte natalité se trouvait dans la tranche d'âge 25-29 ans (26%)

XI Répartition des consultantes selon l'intimité de la consultation

QUESTIONS EXPLOREES	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Présence de tierce personne pendant la consultation	0	0%
présence de plusieurs sages femmes	0	0%
Présence d'autres membres du personnel	24	12%
Présence des accompagnateurs	0	0%
PRESENCE d'autres personnes	20	10%
Entrées et sorties injustifiées	66	33%

L'intimité au cours de la consultation était préservée.

Les examens se faisaient toujours à l'abri des regards dans 100% des cas derrière un paravent. La confidentialité était également préservée. Il faut signaler tout de même 16 % d'entrées et sorties non justifiées.

XII Répartition des consultantes en fonction de la qualification du personnel (prestataires)

QUALIFICATION DU PERSONNEL	EFFECTIF = 200	POURCENTAGE
Médecin	0	0%
Sage – femmes	158	79%
Infirmières obstétriciennes	0	0%
Matrones	42	21%

79% des CPN étaient effectuées par des sages femmes dans notre échantillon 21% par des matrones.

XIII Répartition des gestantes en fonctions de la présence et de la qualité d'un carnet de grossesse

POSSESSION D'UN CARNET DE GROSSESSE	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Pas de carnet de grossesse	4	2%
Carnet inutilisable	0	0%
Carnet utilisable	196	98%

Seules 2% des consultantes prénatales possédaient deux fiches particulièrement au centre de santé qui correspondent au carnet de grossesse, dont une qu'on appelle fiche de suivi de grossesses gardée dans le centre l'autre fiche personnel gardée auprès de la gestante.

XI Répartition des consultantes en fonction des questions posées

INTERROGATOIRE SUR LA SITUATION PERSONNELLE	EFFECTIF N = 200	POURCENTAGE
Age	200	100%
Situation socio économique de la famille	0	0%
Profession de la consultante	48	48%
Niveau de scolarité	0	0%
Profession du mari	36	36%
Lieu de résidence (quartier village)	78	78%
Durée de présence dans la capitale	0	0%
Distance parcourue pour venir au centre	0	0%
Moyen de transport utilisé pour venir au centre	64	32%
Echange avec la consultante pour mieux la connaître	0	0%

L'observation de ce tableau montre qu'en dehors de l'âge, du lieu de résidence (quartier village) avait été beaucoup demandés alors que les autres variables d'identification sont peut ou pas demandées.

A la place de la profession du mari on a le non du mari du père et la mère de la consultante (voir fiche de suivi de la grossesse et fiche personnelle de la femme.

X Répartition des consultantes en fonction des circonstances d'accueil

CIRCONSTANCES D'ACCUEIL	EFFECTIF N=200	POURCENTAGE
Gentillesse du ton	62	62%
Attitude patiente	60	62%
Manifestation d'intérêt pour la consultante	62	62%
Le praticien fait des salutations d'usage au départ de la gestante	80	80%
invite à s'asseoir	94	94%

Le respect physique et psychique était d'assez bonne qualité.

IX Répartition des consultantes en fonction de l'âge de la grossesse lors de la première consultation

TRIMESTRE DE GROSSESSE	EFFECTIF = 200	POURCENTAGE
Premier trimestre	58	21%
Second trimestre	124	62%
Troisième trimestre	18	9%
TOTAL	200	100%

- 21% des gestantes étaient au premier trimestre de leur grossesse.
- 62% de notre échantillon était au seconde trimestre.
- 9%des gestantes étaient au troisième trimestre de leur grossesse.

VII Répartition des consultants en fonction du statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF N=200	POURCENTAGE
Mariée	182	91%
célibataire	16	8%
Divorcée	2	2%
veuve	0	0%
Total	200	100%

91% de notre échantillon était des mariés

VIII REPARTITION des consultantes en fonction du nombre des CPN

NOMBRE DE CPN	EFFECTIF	POURCENTAGE
1	174	87%
2	26	13%
3	0	0%
4	0	0%
Total	200	100%

87% des gestantes étaient à leur première CPN.

II Généralités

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

SUPPRESSION DES REGLES : c'est sur ce signe majeur que ,la plupart du temps ont le diagnostic ,à la condition que les règles aient été auparavant normales dans leur époque ,leur durée et leur aspect

il faut maintenant faire le pronostic de cette grossesse commençante , rechercher tous les facteurs ,de risque qui peuvent en compromettre l'évolution tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle ou fœtales (14)

ceci nécessite une CPN de qualité .la consultation prénatale est une activité préventive dont le but essentiel est l'amélioration de la mortalité périnatales et maternelle ,et l'éducation sanitaire des mères

elles s'organisent autour d'un ensemble de gestes techniques simples ,mais rigoureux dans leur précision ,le tout contribuant à trois fins essentielles :

- vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risques antérieurs de risques antérieurs ou contemporains ;
- traiter ou orienter la femme le cas échéant vers une surveillance ou thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents.

- Etablir le pronostic de l'accouchement et s'il le faut transférer la gestante dans un centre équipé

Pour faire face à d'éventuelle complication (15).

1. LES MOYENS TECHNIQUES UTILISES AUX DIFFENTES PERIODES DE LA GROSSESSES

**LA PREMIERE CONSULTATION COMPORTE LES TEMPS
ESSENTIELS SUIVANTS :**

l'interrogatoire des femmes en grossesse :cet interrogatoire doit respecter des règles de confidentialités et discrétion. Afin la femme n'hésite pas à répondre à toutes les questions.

**❖ identification de la femme : nom et prénom ; âge ; statut
matrimonial ; profession ; adresse.**

- **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 maladie héréditaires
- Chirurgicaux : caractère du cycle menstruel avant cette grossesse , notion de stérilité ; de contraception.
- Obstétricaux
- Gestité et parité
- Issue de grossesse : accouchement prématuré , avortement
- Déroulement des accouchements et des suites de couches.
- Etat de l'enfant à la naissance.

- **Histoire de la grossesse actuelle :**

Date des dernière règles : âge présumé de la grossesse (si possible en semaines d'aménorrhée).

Maladie durant la grossesse avec les traitements effectués.

Au terme d'un interrogatoire bien conduit, de nombreuses fractures des risque peuvent déjà être identifiés.

1. 2 Examen

examen physique :

le matériel se compose : pèse –personne tois ,appareil à TA , stéthoscope médicale.

L'examen se fait sur une femme déshabillée . il pèsera le poids, la taille, la mesure de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque et l'osculation cardio-pulmonaire, l'état général si la femme est elle dénutrie ? semble t-elle fatiguée ? présente t-elle une anomalie évidente du bassin ?

Examen obstétrical : mètre –ruban , stéthoscope obstétrical, spéculum,doigtier, pince porte tampon. Il précise la hauteur utérine (elle se mesure avec le mètre ruban en suivant le grand axe de l'utérin, depuis le bord supérieur du pubis jusqu'au fond de l'utérus), palper abdominal, osculation des bruits du cœur fœtal , mouvement du fœtal , inspection de la vulve et du périnée, examen au spéculum toucher vaginal, examen du bassin.

Examen complémentaires : indispensables .

Dont certaines sont obligatoires chez toutes femmes enceintes à savoir :

- l'examen des urines, les réactions sérologiques destinées à rechercher la syphilis (**VDRL, TPHA**) , le sérodiagnostic de rubéole et celui de la toxoplasmose , l'étude du groupe sanguin , la sérologie du SIDA n'est pas obligatoire.

LE DEPISTAGE DE GROSSESSE A RISQUE

- les facteurs de risque :

un facteur de risque pendant une grossesse est une caractère qui , lorsqu'elle est présente , indique que cette grossesse à des chances d'être plus compliquée. C'est donc une probabilité et la force de ceci elle dépend du facteur risque (16)

grossesse à risque :c'est une grossesse comportant un ou plusieurs de risque :

- ❖ les facteur de risque sont classés en trois catégories :
- les facteurs de risques présents avant même la grossesse :
- ceux qui apparaissent au cour de la grossesse.
- Enfin les derniers qui surviennent au cours de l'accouchement.

Les facteurs de risques présents avant la grossesse :

Age < 16 ans et 35 ans

Taille : < 1, 50

Parité : multipare : > parités

Niveau d'alphabétisation : Analphabète

Statut social : célibataire

Condition socio-économique : Bas niveau

Poids <40 Kg

Antécédents obstétricaux : enfant mort né, avortement à répétition, stérilité > 5 ans, accouchement prématuré

Les facteurs de risques au cours de la grossesse

HTA ; Toxémie

Infection, paludisme +++ infection urinaire

Diabète, cardiopathie, malnutrition

Les facteurs de risques apparaissant au cours de l'accouchement

Hémorragie de la délivrance, éclampsie, placenta praevia, rupture utérine, souffrance fœtale

1.3. Surveillance au cours des trois derniers mois (pronostics de l'accouchement)

Pendant cette période la grossesse sera surveillée comme précédemment par l'interrogatoire, les examens chimiques et complémentaires qui permettront d'apprécier l'état fœtal et le retentissement de la grossesse sur l'organisme maternel.

De plus, au cours des dernières consultations seront évalués les facteurs d'origine maternelle et fœtale qui permettront de porter le pronostic de l'accouchement.

2. Les consultations ultérieures

L'interrogatoire précise les éléments nouveaux : vitalité du fœtus et les plaintes de la femme :

- L'examen proprement dit comporte : la mesure du poids, de la taille, de la pression artérielle, la recherche d'œdème, l'examen obstétrical avec une mesure de la taille de l'utérus le palper abdominal (précisant la taille fœtale, la présentation, la recherche des bruits du cœur fœtal).
- L'examen au spéculum en cas de pertes anormales et le toucher vaginal pour préciser l'état du col.

Les examens complémentaires : la Toxoplasmose, la recherche de sucre et d'albumine dans les urines (tous les mois), le dépistage du diabète l'ECBU mensuel l'échographie :

- les autres sont orientés par une pathologie décelée au cours de la CPN
- augmentation du nombre d'échographie 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 fœtale) l'uricémie à répéter en cas d'HTA la surveillance de la glycémie en cas de diabète gestationnelle recherche d'une infection sur un signe d'appel (ECBU hémocultures...)

2. définitions opératoires :

la qualité du soins : c'est la manière d'être des procédures médicales bonnes ou mauvaises.

La surveillance prénatale : la CPN est une pratique prénatale qui s'organise autour d'un ensemble gestes techniques contribuant à trois fins essentielles :

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains ;
- Reiser ou orienter la femme 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 le faut transférer la gestante dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

- L'évaluation : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés (12).
- Mortalité maternelle : selon l'OMS, c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue quelle que soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminaient ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni accidentelle ni fortuite.
- La grossesse : c'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement.
- Les normes : ce sont des outils, voire des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue d'en garantir la qualité et l'efficacité.
- Les procédures : elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par des prestataires.
- Grossesse gémellaire : grossesse au cours de laquelle deux fœtus se développent simultanément dans l'utérus.
- Grossesse multiples : grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus plus de deux fœtus.
- Naissance vivante : c'est tout produit de conception expulsé ou extrait complètement de la mère sans notion d'âge gestationnel, mais qui, après séparation de la mère respire ou présente tout autre signe de vie, tel que battement cardiaque, pulsation du cordon ombilical ou mouvement défini des muscles volontaires, la section du cordon ombilical ou l'expulsion du cordon ombilical ou mouvement défini des muscles volontaires, la section du cordon ombilical ou l'expulsion du placenta n'ont pas d'importance. Ceci s'oppose à la mort fœtale où la mort survient avant l'expulsion ou l'extraction de la mère.
- 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 les risques. Ce niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (13).

LES GESTES PRATIQUES AU COURS DE LA CPN

interrogatoire sur la situation personnelle de la gestante

- **Age** : Une grossesse peut être classée à risque à travers l'âge dont les deux extrêmes sont inférieur à 17 ans et supérieur à 40 ans, 35 ans si c'est une primipare selon une étude (17).
- **La grossesse** chez une primipare d'ont l'âge est inférieur (<16 ans), l'expose à des risques potentiels d'accouchement prématuré, une grossesse >30 ans entraîne des risques potentiels d'accouchement prématuré, D'HTA de malformation fœtale ; surtout quand elle est >38 ans elle entraîne une aberration chromosomique.

interrogatoire sur les antécédents obstétricaux :

cette phase de l'interrogatoire est très importante, en cas d'anomalies de l'issue du déroulement des grossesses antérieures, le maximum de précision doit être recherché :

- Par exemple, date exacte de l'avortement ou de l'arrêt de la grossesse, poids du fœtus, anomalies du produit de conception, date de l'accouchement, son déroulement, poids de l'enfant et son état à la naissance, les suites néonatales précoces ou tardives. C'est ainsi certains antécédents obstétricaux exposent à des risques potentiels. (18)
- Avortement spontané <12 S.A = risque potentiels récidive.
- Avortement spontané <12 S.A = risque potentiels récidive d'accouchement prématuré.
- Syndrome d'avortement à répétition = risque potentiels 30% de récidive, retard de croissance intra, accouchement prématuré.
- accouchement prématuré expose au récidive (risque doublé ou triplé)
- l'allo immunisation rhésus exposé au récidive, mort du fœtus in utero.
- Macrosomie expose au récidive, diabète gestationnel.

- Anomalie chromosomique exposé au récive, trisomie 21

interrogatoire sur les antécédents médicaux :

Une mauvaise surveillance de ses maladie expose à des risques potentiels suivants :

- La cardiopathie expose au retard de croissance intra utérin et un accouchement prématuré .
- Une affection respiratoire expose à la souffrance fœtale chronique et au retard de croissance intra utérin.
- Une affection endocrinienne expose au retard de la croissance intra utérin..
- Un syndrome vasculorénal expose au retard de la croissance intra utérin
- Une infection urinaire à répétition expose à la souffrance fœtale chronique. accouchement prématuré, retard de la croissance intra utérin.

interrogatoire sur le déroulement

Une femme enceinte présente toujours de <<petit maux de grossesse>> plus fréquentes les vomissements et nausées, dont la cause est inconnue. Le début se situe entre 4 et 6 S.A, avec un pic maximum vers 8 ou 12 S.A , guérison est habituelle vers 15 – 17 S.A . les nausées constituent le symptôme le plus fréquent le plus souvent matinal, se calment avec la première prise alimentaire. Parfois elles débouchent sur des vomissements sou vantés par une intolérance à certains aliments ou associés à un ptyalisme.

- Dans le cas des vomissements incoercibles, il s’agit de vomissements incessants, parfois sanglants, ou on a une chute de poids brutale de plus de 2 à 3 kg par semaine voire en quelque jours (18). Les autres petites maux de grossesse sont également fréquents au cour de la grossesse tel que pyrosis sa fréquence est très grande sur tout dans le dernier trimestre de la gestion , les crampes sont aussi fréquents (15 – 30% des patients) 19 dans notre étude, l’interrogatoire était très rarissime.

interrogatoire sur l’hygiène de vie plus conseils sur l’hygiène de vie pendant la grossesse

- ❑ Dans notre échantillon, aucun gestante n'a été interrogée sur son mode de vie professionnel, alimentaire, activité sportive, transport.
- ❑ L'hygiène de vie au cours de la grossesse est un volet très important, mais l'excès de tout est nuisible.

sport :

Sport et grossesse sont compatibles, mais à un rythme modéré.

voyages :

- ❑ Les déplacements à 3 heures de voiture ne doivent pas être autorisés. il faut préférer le train pour les voyages longs (train auto couchettes par exemples)
- ❑ Le port de la ceinture de sécurité est vivement souhaité pour les petits trajets
- ❑ L'avion n'est pas contre indiqué, si le voyage est inférieur à 2 heures ; sauf au dela de 32 SA

travail :

- ❑ C'est la pénibilité, les trajets, la durée de l'horaire, le travail associé à la charge familiale et non le travail lui même qui sont dangereux pour la grossesse.

systeme dentaire et digestif :

- ❑ La grossesse accélère l'évolution des caries dentaires .le brossage des dents est fait deux fois par jour par brosse douce, car les gencives sont plus fragiles. tout traitement dentaire doit être . il faut se méfier des anesthésies locales

Hygiène corporelle :

- ❑ On ne doit pas utiliser le savon acide désinfectant favorisant l'apparition des mycoses pour l'hygiène intime : préférer un savon alcalin, sans aditif colorant ou parfum (19)

Les soins :

- Il est classique de préparer les bouts des seins pour l'allaitement (solution alcool-glycémie à part égales après toilette).

Bains

- Ils ne sont pas contre indiqués, si la température de l'eau ne dépasse pas 34°C

DIETETIQUE DE LA FEMME ENCEINTE

Apports énergétiques

- Le coût énergétique de la grossesse est très faible : 418 kJ (100 kcal)/jour durant le 2^{ème} trimestre 832 à 1045 kJ(200 à 250 kcal) pendant le 3^{ème} trimestre 19.

Protéines :

- Les besoins faibles en début de grossesse augmentent à mesure que l'on approche du terme. Le coût protéine de la grossesse est de 99/mois le 1^{er} mois 99/semaine au 3^{ème} mois ,99/jour le 9^{ème} mois.

Calcium :

- L'apport en calcium est près que doublé pendant la grossesse au moins 1000 mg/jour

Fibre vég

Fibre végétales de l'alimentation :

- Elles donnent un volume raisonnable aux selles favorisant le transit intestinal.

L'eau :

- La seule boisson véritablement utile est l'eau. Un rapport quotidien d'un litre et demi sous forme d'eau du robinet , d'eau de la source, ou eau minérale faiblement minéralisée est indispensable.

Le sodium :

- Les boissons quotidiennes en chlorure de sodium (nacl) sont estimés à 7 à 8 pendant la grossesse soit 3g de sodium, chiffre en dessous duquel il ne faut pas descendre sous peine de perturbation de l'équilibre ionique et hydrique.
- Régime désodé : est de plus en plus discuté. Son abandon n'aggrave pas la toxémie ; ne favorise pas la fréquence de l'éclampsie. en revanche, la restriction de sel, en raison de l'hypovolémie qu'elle accentue, retient fâcheusement sur le flux utéroplacentaire, elle prive le fœtus dont la situation est salinurétiques ont été abandonnés. Le régime

désodé peut parfois garder quelques très rares indications, situation graves et immédiatement menaçantes pour la mère, insuffisance cardiaque avec pression veineuse élevée (19).

- ❑ Les praticiens doivent conseiller aux femmes enceintes une vie calme, régulière avec une alimentation équilibrée.

examen physique au cours de la CPN :

- ❑ 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, c'est le moment de détecter certaines anomalies qui n'ont pas été explorées au cours de l'interrogatoire .
- ❑ **la mesure de la taille** l'appréciation de la colonne vertébrale et du bassin, selon la littérature une petite taille inférieure à 2,50m est un risque de dystocie (17) ces dystocies surtout d'origine mécanique sont à la base de 20 à 30% des césariennes (19).
- ❑ Ensuite faire marcher la gestante à la recherche de boiterie
- ❑ La mesure du poids :
- ❑ La prise de poids << normale >> est de 1 kilo par mois . la prise de poids << autorisée >> est de 10 à 12 kilos . on s'inquiétera d'une prise de poids trop faible :
 - danger d'avortement
 - d'accouchement prématuré
 - dystrophie
 - de mort in utero
- ❑ on s'inquiétera aussi d'une prise de poids trop importante :
 - obésité risque de gros fœtus avec dystocie
- ❑ on s'intéressera surtout à la prise de poids entre 2 examens, plutôt qu'à une pesée isolée (17) . cela veut dire que la mesure du poids doit se faire tous les mois afin d'établir une courbe de poids.

La mesure de hauteur utérine :

Cette mesure de la hauteur utérine est proportionnelle à l'âge de la grossesse elle est de :

- 27 cm à 32 SA (7 mois).
- 30 cm à 40 SA (8 mois)
- 33 cm à 40 SA (9 mois)

le chiffre dont il faut tenir compte est la progression à partir de 5 mois et non la valeur absolue très variable d'une femme à l'autre (15)

palpation abdominale :

il s'agit d'un geste très important. Elle permet de nous renseigner sur :

- la consistance, la souplesse ou la tension de l'utérus, sa sensibilité, la qualité des contractions.
- La situation du fœtus dans l'utérus, son volume, la présentation et ses rapports avec le bassin maternel, éventuellement le nombre de pole à la recherche d'une grossesse gémellaire.

Examen au spéculum et toucher vaginal :

Examen au spéculum nous enseigne sur l'état du col en cas d'infection (cervicite, vulvo-vaginite etc....) il doit être faite au début de la grossesse, le frottis cervicovaginal est conseillé s'il n'a pas été fait depuis moins de 3 ans (18)

DECISION ET DIAGNOSTICS

Examen complémentaires

- Les examen tels, la rubéole et la toxoplasmose qui devaient être systématiquement sinon obligatoirement demandé dès la premier consultation à cause des malformations qu'elle provoquent étaient absents.

La rubéole :

- Malgré sa bénignité pour la mère elle entraîne dès la 5^{ème} ou la 6^{ème} semaine de la vie d'embryonnaire des malformations chez le fœtus tels que les lésions oculaires entraînant la cataracte avec cécité , des lésions cardiaques, et parfois des troubles psychiques et neurologiques (15)

Toxoplasmose :

- elle est également bénigne pour la mère, la fréquence du risque fœtal augmenté avec l'âge de la grossesse, en dehors de l'avortement, l'atteinte du premier trimestre voire du deuxième trimestre se manifeste à la naissance par des lésions neuro

encéphalique :

- hydrocéphalie ou micro céphalie avec crise convulsives, retards psycho moteurs, s'y ajoutent des lésions oculaires microphthalmie, strabisme. l'atteinte du 3^{ème} au 6^{ème} mois de grossesse donne des lésions cérébrales (encéphalomyélite évolutive) (15).

Echographie :

- Elle était non demandée dans notre série. elle représente le plus important moyen de diagnostic fœtale et de surveillance de grossesse.
- Au premier trimestre : Après confirmation de l'évolution de la grossesse elle permet de distinguer s'il s'agit d'une grossesse unique ou multiple.
- Au 2^{ème} trimestre : Elle montre l'aspect morphologique du fœtus. Cette échographie est primordiale dans l'exploration, les pronostics et la surveillance des menaces d'avortements d'infirmier une suspicion de G.E.U trois échographies sont conseillées pendant une grossesse d'évolution normale. (19)

LES SOINS PREVENTIFS

Analyse par rapport à la vaccination

- Le tétanos néonatal a été dans le monde développé il y'a plus de 50 ans, mais il cause la mort de 200 milles Bébés par ans dans les pays en développement (20). Ce qui fait que l'élimination du tétanos maternel et néonatal pour 2005, déclaration conjointe de l'UNICEF, de l'OMS et du FNUAP en 1990 serait possible si chaque pays en développement adapte à leur politique de santé les 3 stratégies qu'ils ont recommandées.
- Les trois stratégies recommandés par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP pour parvenir à éliminer le tétanos maternel et néonatal consiste à :
 - administrer au minimum deux doses d'anatoxine tétanique (VAT) à toutes les femmes enceintes et dans les zones à haut risque trois doses de VAT à toutes les femmes en âge de procréer.
 - Promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour toutes les femmes enceintes
 - Assurer une surveillance efficace du tétanos maternel et néonatal.

- Au Mali de nombreux efforts sont déployés dans ce domaine, des campagnes massives de vaccination antitétaniques sont organisées partout dans le Mali chaque année à toutes les femmes en âge de procréer.

Par rapport à l'anémie :

- Les anémies ont des conséquences très graves pour les femmes enceintes et son fœtus. L'anémie entraîne une importante morbidité et mortalité maternelle et fœtale. Il a été montré que 20 à 40% des décès maternels dans le pays en voie de développement, étaient associés à une anémie. La mortalité maternelle est multipliée par trois en cas d'anémie sévère. En plus mortalité maternelle et fœtale, l'anémie est responsable d'avortements spontanés de petits poids de naissance, diminution de la résistance aux infections (16)

La chimioprophylaxie antipalustre :

- La grossesse (stress) immunologique peut provoquer une chute de l'immunité antipalustre et démasquer un paludisme latent ou favoriser la survenue des formes graves (accès pernicioeux).
- Le paludisme reste en zone tropicale cause d'anémie de la grossesse. L'anémie est la troisième cause de décès maternel dans les pays en voie de développement après les hémorragies et infection (18).
- Les autres risques par le paludisme sont :
 - l'accouchement prématuré plus l'hypotrophie fœtale plus la mort fœtale (in intro)

groupe à risque (notion de risque):

- en effet certains paramètres tels le niveau d'étude, les conditions socio économiques ; les facteurs psychologiques qui ont une grande importance dans le dépistage des facteurs de risque au cours de la grossesse n'ont pas été explorés
- le bas niveau : ces risques potentiels sont la mortalité prénatale et l'accouchement prématuré (19)

Condition socio économiques :

- (pauvreté mal nutrition, hygiène déficiente surpopulation) sont des risques potentiels d'accouchement prématuré retard de croissance intra utérin.

IV. RESULTAT

IV. RESULTAT

1. Etude des structures :

L'étude des structures comportait :

- Les données physiques (locaux équipements),

Description des capacités de production (locaux, équipements, ressources humaines)

Le CSCOM était constitué d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments.

La surface en mètre carré est de 50 m2.

Le terrain a été offert gratuitement par le chef de quartier à l'ASACO.

Les locaux sont en dur et en bon état construits par la coopération Allemande avec l'appui de l'Etat..

- Le Centre disposait d'un moyen de déplacement (véhicule en panne) .
- Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques dans le CSCOM. Au niveau du centre on a note :
 - 12 lits dont 7 au niveau de la maternité et 5 au niveau dispensaire sans berceaux.
 - 04 bureaux métalliques,
 - 20 chaises,
 - 06 bancs,
 - 03
 - tabourets,
 - 01 table gynécologique,
 - 03 tables d'accouchement (dont 2 fonctionnelles, 01 non fonctionnelle),
 - 02 tables d'examen.

- **Inventaire du matériel technique :**

- **On a noté les matériels suivants : chaîne de froid, 01 cocotte, 02 récipients isothermes, 02 réfrigérateurs.**

- **Description de la structure interne des locaux dans le centre de santé :**

- **L'éclairage est assuré par le réseau public.**
- **L'approvisionnement en eau est assuré par l'Énergie du Mali.**
- **On va note 3 latrines pour sanitaire.**
- **Le centre dispose d'un système de communication (téléphone fixe Sotelma)**
L'élimination des déchets se fait par les GIE.
- **Système de tarification en place dans le CSCOM année 2004.**
- **La consultation médicale est de 600 FCFA pour les adhérents et non adhérents.**
- **Perfusion 500 FCFA.**
- **Injection : 300 FCFA pour IVD**
- **100 FCFA pour IM**
- **Pansement : 500FCFA.**
- **Et 250 à 1000 FCFA pour les actes de petite chirurgie.**
- **Fiche de suivie grossesse et fiche personnelle : correspondant au carnet de grossesse était vendu au prix de 600 FCFA.**
- **Carnet de vaccination 300FCFA**
- **Carnet de planning familial : 400FCFA**
- **Accouchement : 2000 FCFA.**

Ces tarifs sont relativement abordables. Il n'y a aucun système de prise en charge des personnes démunies.

- **Les données humaines.**

Le personnel du centre est composé de :

- **02 Médecins généralistes,**
- **01 sage femme,**
- **01 Vendeur de pharmacie,**
- **01 Gérant**
- **01 Aide soignant**
- **06 Matrones,**
- **01 Gardien.**
- **Des bénévoles en apprentissage**
- **Un Chauffeur**

Ce personnel signe un contrat de travail avec l'ASACO.

Tableau I : niveau de qualité des structures au niveau du CSCOM

Références	Niveau de qualité				Score	Observation
	A	B	C	D		
1. normes architecturales		+			3	Beau Joyaux mais exigü comme Centre de santé communautaire
2. dispositif accueil orientation				+	1	Formation personnelle d'accueil (-)
3. Structure, équipements, unité de consultation					2	Matériel technique incomplet
4. Équipement salles d'attente					0	Pas de salle d'attente (cour du Centre)
5. Unité connexe consultation	+				4	
6. Fonctionnalité laboratoire					1	Pas de laboratoire digne de ce nom
7. Pharmacie		+			3	Protection contre la poussière Insuffisante (pas de vitre)
8. Etat des toilettes		+			3	Propre
9. Système d'approvisionnement, en eau et élimination des déchets	+				4	
10. Système d'éclairage et communication		+	+		3	01 Ligne téléphone
	SCT					24

SCT (score total) = 24

Le score maximal (SC. Max) = 40

Niveau de qualité

NIV4 = 95% sc max-100% scmax ¹ soit 38-40

NIV3 = 75% sc max-94% scmax ¹ soit 30-37,99

NIV2 = 50% sc max-74% scmax ¹ soit 20-29,99

NIV1 = 50% sc max ¹ soit -20

La structure est de niveau II c'est à dire que les références sont partiellement satisfaisantes.

A = 4, B = 3, C = 2, D = 0 ou 1

2. Étude des procédures :

○ Études descriptives

- Caractéristiques socio démographique de la population d'étude

Tableau II : Répartition des consultantés en fonction de la gestité

Gestité	Effectif N=200	Pourcentage
1	34	17%
2	46	23%
3	30	15%
4	24	12%
5	42	21%
6	20	10%
7 ou plus	4	2%
TOTAL	200	100%

50% de notre échantillon était des pauci-gestes

Primigeste = une grossesse, paucigeste = 2-3-4 grossesses, multi geste = 5 grossesses, grande multi geste = 7 grossesse ou plus

Tableau III : Répartition des consultantés en fonction de la parité

Parité	Effectif N =200	Pourcentage
Nullipare	4	2%
Primipare	34	17%
Pauci pare	100	50%
Multipare	44	22%
Grande multipare	18	9%
TOTAL	200	100%

Les pauci pares étaient plus représentées dans notre échantillon 49%

Nullipare : 0 accouchement, primipare = 1 accouchement, pauci pare 1, 2,3 accouchements, multipares = 6 à 5 accouchements, grande multi pare = 7 accouchement ou plus.

Tableau IV : Répartition des consultantes par tranches d'âge

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
	N=200	
Moins de 15 ans	2	1%
15-19 ans	34	17%
20-24 ans	28	24%
25-29 ans	52	26%
30-34 ans	44	22%
35-39 ans	22	11%
40 ans et plus	2	1%
Total :	200	100%

La plus forte natalité se situait dans la tranche d'âge compris entre 25 et 29 ans il était rare de rencontrer les sujets plus de 40 ans.

Tableau V : Répartition des consultantes en fonction du niveau d'alphabétisation en français.

Niveau d'alphabétisation	Effectif N=100	Pourcentage
Non scolarisés en français	92	46%
Primaire	66	33%
Secondaire	22	11%
Supérieur	0	0%
Coranique	20	10%
Total	200	100%

46%, des gestantes étaient non scolarisées en français.
Aucune d'entre elles n'a atteint le niveau supérieur (0%).

Tableau VI : Répartition des consultantes en fonction de la profession

Profession	Effectif N=200	Pourcentage
Ménagère	134	67%
Vendeuse	36	18%
Fonctionnaire état	12	6%
Commerçante	10	5%
Employée de bureau	0	0%
Autre	8	4%
TOTAL :	200	100%

67% de notre échantillon étaient des ménagères.

Autre = paysanne

Tableau VII : Répartition des consultantes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif N=200	Pourcentage
Mariée	182	91%
Célibataire	18	8%
Divorcée	2	1%
Veuve	0	0%
TOTAL	100	100%

91% de notre échantillon étaient des mariées.

Aucune veuve n'était vue à la CPN

Tableau VIII : Répartition des consultantés en fonction du nombre de CPN effectuées

Nombre de CPN effectué	Effectif N=200	Pourcentage (%)
1	174	87%
2	26	13%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
6	0	0%
7	0	0%
8	0	0%
9	0	0%
TOTAL	200	100%

87% des gestantes étaient à leur première CPN.

Il était rare de voir les gestantes plus de deux fois au cours de leur grossesse, pour une normale prévue à une fois par mois

Tableau IX : Répartition des consultantes en fonction de l'âge de la grossesse lors de la première consultation.

Trimestre de grossesse	Effectif N=200	Pourcentage (%)
Premier trimestre	58	29%
Second trimestre	124	62%
Troisième trimestre	18	9%
TOTAL	200	100%

- 29 % des grossesses étaient au premier trimestre de leur grossesse
- 62% de notre échantillon étaient au second trimestre de leur grossesse.
- 9 % des gestations étaient au troisième trimestre de leur grossesse.

o **Domaine de qualité :**

* **L'interaction gestante personnel des soins prénatal**

Respect psychique

Tableau X : répartition des consultantes en fonction des circonstances d'accueil

Circonstance d'accueil	Effectif N=200	Pourcentage (%)
Gentillesse du ton	62	31%
Attitude patiente	60	30%
Manifestation d'intérêt Pour la consultante	62	31%
Le praticien fait des Salutations d'usage au Départ de la gestante	80	40%
Invite à s'asseoir	94	47%

Le respect physique et psychologique était d'assez bonne qualité.

***Respect de l'intimité :**

Tableau XI : Répartition des consultantes selon l'intimité de la consultation

Question explorées	Effectif N=200	Pourcentage (%)
Présence de tierce personne pendant la consultation	0	0%
Présence de plusieurs sages femmes	0	0%
Présence d'autre membre du personnel	12	6%
Présence des accompagnateurs	0	0%
Présence d'autre personne	200	100%
Entrées et sorties injustifiées	16	16%
Examen à l'abri des regards	200	100%

L'intimité au cours de la consultation était préservée.

Les examens se faisaient toujours à l'abri des regards dans 100 pour 100 des cas derrière un paravent.

**Les accompagnateurs n'étaient pas admis à l'intérieur de la salle de consultation
La confidentialité était également préservée. Il faut signaler tout de même 16% d'entrées et sorties non justifiées.**

● **Démarche clinique et thérapeutique**
Qualification du personnel

Tableau XII : Répartition des consultantes en fonction de la qualification du personnel (prestataires)

Qualification du personnel	Effectif N=100	Pourcentage %
Médecin	0	0%
Sage femmes	68	68%
Infirmières obstétriciennes	0	0%
Matrones	32	32%

- 68 % des CPN étaient effectuées par des sages-femmes dans notre échantillon,
- 32 % par des matrones.
- Le médecin participait peu à la CPN

- **Examen du carnet de grossesse :**

Tableau XIII : Répartition des gestantes en fonction de la présence et de la qualité d'un carnet de grossesse

Possession d'un carnet de grossesse	Effectif N=200	Pourcentage
Pas de carnet de grossesse	4	2%
Carnet inutilisable	0	0%
Carnet utilisable	196	98%

- Seules 2 % des consultantes prénatales possédaient deux fiches particulières au centre de santé qui correspondent au carnet de grossesse, dont une qu'on appelle fiche de suivi de grossesse, gardée dans le centre, l'autre fiche personnelle, gardée auprès de la gestante (voir annexe).
- 98 % des consultations prénatales possédaient un carnet de grossesse utilisable.

- **Interrogatoire au cours de la CPN**

L'interrogatoire sur la situation personnelle de la consultante prénatale

Tableau XIV : Répartition des consultantes en fonction des questions posées.

Interrogatoire sur la situation Personnelle	Effectif N=200	Pourcentage %
Age	200	100%
Situation socio économique de la famille	0	0%
Profession de la consultante	42	21%
Niveau de scolarité	0	0%
Profession du mari	36	18%
Lieu de résidence (quartier village)	78	36%
Durée de présence dans la capitale	0	0%
Distance parcourue pour venir au Centre	0	0%
Moyen de transport utilisé pour venir au centre	0	0%
Échange avec la consultante pour mieux la connaître	0	0%

L'observation de ce tableau montre qu'en dehors de l'âge, du lieu de résidence beaucoup (quartier, village) demandés, les autres variables d'identification sont peu ou pas demandées.

A la place de la profession du mari on a le nom du mari, du père et de la mère de la consultante (voir fiche de suivi de grossesse et fiche personnelle femmes « annexe ».)

- **Interrogatoire sur les ATCDS obstétricaux**

Tableau XV : Répartition des consultantes en fonction des questions posées sur les antécédents obstétricaux.

Interrogatoire sur les ATCD Obstétricaux	Effectif N=200	Pourcentage %
Nombre de grossesses	92	46%
Nombre d'accouchements	92	46%
Nombre d'avortements	36	18%
Nombre de mort-nés	26	13%
Nombre de naissance vivante	24	12%
Nombre d'enfant décédée	10	10%
Agés et causes de décès	1	1%
Demande état de santé des enfants	0	0%
Césariennes	0	0%
Forceps ou ventouse	0	0%
Éclampsie	0	0%

Cet interrogatoire était mal conduit.

- **Interrogatoire sur les ATCD de maladie**

Tableau XVI : Répartition des consultantes en fonction des questions posées sur les antécédents des maladies.

Interrogatoire sur les ATCD de maladie	Effectif N=200	Pourcentage
Infection urinaire	58	26%
HTA	30	2%
Diabète	0	0%
Affection cardiaque	0	0%
Oedèmes	36	36%
Tuberculose	0	0%
MST	28	14%
Drépanocytose	12	6%
Autres	18	9%

AUTRES : anémie

- **Interrogatoire sur la date probable d'accouchement chez les consultantes prénatale :**

La date des dernières règles restait connue seulement par deux femmes, soit 2% des cas contre 28% pour l'âge de la grossesse.

- **Interrogatoire sur le déroulement de la grossesse chez les consultantes prénatale**

Tableau XVII : Répartition des consultantes en fonction de la fréquence des symptômes survenus au cours de la grossesse.

Interrogatoire sur le déroulement de la grossesse	Effectif N= 200	Pourcentage
Vomissement	68	68%
Fatigue	53	53%
Survenue de palpitation	33	33%
Survenue de dyspnée	27	27%
Survenue d'œdème	21	21%
Pertes liquidiennes	14	14%
Pertes vaginales	0	0%
Métrorragie	2	2%
Troubles urinaires	48	48%
Fièvre	51	51%
Perception des Mouvements fœtaux	46	46%
Autres	3	3%

Autre : vertige

- Interrogatoire sur l'hygiène de vie pendant la CPN :
Cet interrogatoire était totalement absent

☛ Examen physique (général et obstétrical)

Tableau XVIII : Répartition des consultantes en fonction de la fréquence des actes pratiqués.

Paramètre de l'examen physique	Effectif N = 200	Pourcentage
Explique le déroulement de la Grossesse	12	12%
Pesée	70	70%
Mesure de la taille	100	100%
Recherche de la boiterie	42	42%
Aide à monter sur la table	18	18%
Examen des conjonctives	41	41%
Mesure de la TA	100	100%
Enlève soutien gorge	37	37%
Auscultation cardiaque	0	0%
Auscultation pulmonaire	0	0%
Palpation abdominale	100	100%
Mesure de la HU	100	100%
Auscultation des BDCF	100	100%
Recherche position de fœtus	37	37%
Recherche œdème	43	43%
Examen au spéculum	37	37%
Toucher vaginal	100	100%
Aide à descendre	18	18%
Examen à l'abri des regards	100	100%
Éclairage suffisant	39	39%

L'observation de ce tableau nous montre que cet examen était de moins bonne qualité, car l'examen cardio-pulmonaire n'était pas exploré, la recherche de boiterie et l'examen au spéculum était presque absent, les autres gestes étaient plus ou moins demandés.

Appartenance à un groupe à risque : les consultantes prénatales ont été classées dans un groupe à risque dans 2% des cas.

☛ Hygiène de la consultation :

Tableau XIX : Fréquence de réalisation liées à l'hygiène de la consultation chez les consultantes.

Questions explorées	Effectif N = 100	Pourcentage
Existence de tissu sur la table d'examen	100	100%
Le tissu posé sur la table d'examen est fourni par Le centre	0	0%
* Le tissu posé sur la table d'examen est différent D'une gestante à l'autre	100	100%
Le praticien se lave les mains avant chaque	0	0%

Examen		
** Utilisation de doigtier	100	100%
*** Changement de matériel en fin de consultation	6	6%
Matériel correctement nettoyé	0	0%
Matériel correctement désinfecté	0	0%
Fautes d'hygiène	100	100%

* Le tissu posé sur la table d'examen appartenait aux consultantes prénatales,

** Les doigtiers utilisés étaient en vrac,

*** Le matériel : seul le spéculum a été utilisé dans deux cas, et la désinfection n'était pas correcte.

La continuité des soins

Tableau XX : Fréquence de réalisation des variables relatives à la continuité des soins chez les consultantes prénatales

Paramètre de continuité des soins	Effectif N = 100	Pourcentage
Le praticien explique comment Évoluait la grossesse	25	25%
Il a demandé à la consultante de Revenir	100	100%
Il a précisé Quand revenir	100	100%
Il lui a dit où aller accoucher	0	0%
Il lui a dit pourquoi accoucher Dans tel ou tel lieu	0	0%
Explique les signes d'alerte et la CAT	3	3%

- L'évolution de la grossesse était peu expliquée aux gestantes dans 25% des cas.
- Les signes d'alerte de la CAT était rarement expliqués aux consultantes prénatale après la CPN, seulement dans 3% des cas.

🧠 Autonomisation

Tableau XXI : Fréquence de réalisation des variables relatives à l'autonomisation de la consultation prénatale

Paramètre d'autonomisation	Effectif N = 100	Pourcentage
Date probable d'accouchement	0	0%
Explique comment évolue la grossesse	12	12%
Explique les signes d'alerte et la CAT	3	3%
Demande les examens para clinique	100	100%
Explique les raisons de cette demande	18	18%
Il lui dit où aller accoucher	0	0%
Il explique le déroulement de la consultation	31	31%

Seuls les examens para cliniques ont été demandés presque à toutes les femmes enceintes dans 100% des cas.

Ces examens sont uniquement constitués du taux d'hémoglobine, groupe rhésus, BW, test d'émel, sucre albumineles autres paramètres de l'autonomisation étaient peu ou pas demandés.

Conseil donné à la consultante prénatal :

Tableau XXII : Fréquence de réalisation des variables relatives aux conseils donnés à la gestante

Questions explorées	Effectif N = 100	Pourcentage
Le praticien n'a pas donné de conseils	70	70%
Le praticien à donné des conseils Sur le repos	10	10%
Le praticien à donné des conseils Sur le planning familial	0	0%
0Le praticien à donné des conseils Sur les MST/SIDA	0	0%
Le praticien à donné des conseils Sur l'alimentation	20	20%

Les femmes enceintes recevaient peu de conseils et souvent ces conseils étaient mal interprétés.

* **Accès au centre**

Tableau XXIII : Répartition des consultante en fonction du moyen de transport utilisé pour venir au CESCO.

Moyen de transport utilisé	Effectif N = 100	Pourcentage
Vient à pied	54	54%
Véhicule collectif (Sotrama)	27	27%
Taxi	12	12%
Véhicule personnel	3	3%
Autre moyen de transport utilisé	4	4%
TOTAL	100	100%

Une forte proportion des gestantes venait au centre à pied dans 54% des cas

* Critère de choix du centre de santé

Tableau XXIV : Répartition des consultantes en fonction des critères de fréquentation.

Critère de choix	Effectif N = 100	Pourcentage
Proximité du domicile	40	40%
Connaissance d'une personne au centre	6	6%
Compétence du personnel	27	27%
Personnel accueillant	8	8%
Tarif peu élevé	15	15%
Bon tarif de médicaments	0	0%
Conseil d'une connaissance	3	3%
Autre raison	1	1%

La proximité du domicile était le critère fondamental de choix du centre de santé estimé à 40% des cas.

* Organisation pratique et commodité de la CPN

Tableau XXV : Répartition des commodités pratiques dans le CSCOM Banankabougou

Questions explorées	Effectif N =	Pourcentage
Délivrance d'un ticket	90	90%
Respect de l'ordre de passage	100	100%
Mode d'installation		
Très inconfortable	0	0%
Assez confortable	10	10%
confortable	86	86%
Très confortable	4	4%
Ignorer l'existence de toilettes accessibles au centre	28	28%
Absence des toilettes dans le centre	0	0%
Existence de toilettes propres	52	52%
Existence de toilette sale	20	20%
Attente longue	36	36%
Attente courte	64	64%

- Dans 100% des cas l'ordre a été respecté au cours de l'observation.
- Une délivrance de ticket dans 90% des cas
- 36% des cas ont trouvé une attente longue.


 **Fréquentation antérieure du centre par la consultante prénatale**

Tableau XXVI : Répartition des consultantes en fonction de la Fréquentation antérieure du centre de santé de Banankabougou

Fréquentation du centre	Effectif N=100	Pourcentage
N'a jamais fréquenté le centre	8	8%
Est venue une fois dans le centre	4	4%
Est venue plusieurs fois dans le centre	88	88%

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

Tableau XXVII : Répartition des CPN en fonction de leur satisfaction par rapport aux locaux et aux prestations dans CSCOM de Banankabougou.

Opinion des consultantes	Effectif N=100	pourcentage
État des locaux :		
- Vieux et sale	0	0 %
- Récent et sale	5	5 %
- Vieux et propre	87	87 %
- Récent et propre	8	8 %
Satisfaction par rapport aux Prestations :		
- Non satisfaite	0	0 %
- Peu satisfaite	7	7 %
- Satisfaite	88	88 %
- Très satisfaite	5	5 %
Consultations antérieures		
- Dans le même service Parental	75	75 %
- Dans le service prénatal d'un autre établissement	4	4 %
Motif de changement de l'établissement		
- Coût trop élevé	0	0 %
- Mauvais accueil	0	0 %
- Connaissance d'un membre du personnel	0	0 %
- Autres raisons	0	0 %

Autres raisons : déménagement

- Une forte proportion des consultantes trouvait que les locaux étaient récents et propres
- 88 % des gestantes étaient satisfaites sur la qualité des prestations

Tableau XXVIII : Répartition des consultantes en fonction du médicament prescrit dans le CSCOM de Banankabougou

Traitement reçu	Effectif N=100	Pourcentage
Chloroquine	100	100 %
Fer	100	100 %
Acide folique	100	100 %
Autres	80	80 %

La chloroquine, le fer, et l'acide folique ont été prescrits dans 100 % des cas. Clotrimazole crème ou ovule = 59 % des cas. Paracétamol 4 % des cas. Hydroxyde d'aluminium = 12 %, multivitaminé comprimé 5 % des cas, le Butyle Hyoscine 2 %.

Tableau XXIV : Fréquence de réalisation d'une conclusion chez les consultantes au centre de santé de Banankabougou

Conclusion	Effectif N=100	Pourcentage	
RAS	90	90 %	
Classement dans un groupe à risque		2	2 %
Référence vers un médecin du centre		2	2 %
Référence dans un autre établissement		1	1 %

Seules 2 gestantes sur 100 (2 %) ont été classées dans un groupe à risque.

- 2 gestantes d'entre elles (2 %) ont été référées vers le médecin du centre.
- 1 gestante (1 %) a été référée vers un autre établissement.

● Etude analytique

✚ La qualité de la dimension humaine de la CPN.

Tableau XXX : Analyse discriminatoire de l'attitude du personnel soignant.

Qualité de l'interaction Patiente - soignant	Effectif N=100	Pourcentage	
Respect physique et Psychique	56	56 %	
Respect de l'intimité		78	78 %
Respect de la Confidentialité de l'examen		84	84 %

L'observation du tableau montre que la qualité du respect de la dignité humaine est d'assez bonne qualité, alors que le respect de l'intimité et de la confidentialité de l'examen étaient bonne dans l'ensemble.

Appréciation du niveau de qualité dans le centre de santé Banankabougou par rapport à l'interaction patient soignant.

Tableau XXXI : Distribution de fréquence et niveau de qualité de l'interaction patient-soignant.

Niveau 0	Q1		Q2		Q3		Q4	
Respect physique Et psychique	12%	12	13%	13	19%	19	56%	56
Respect de L'intimité	0%	0	12%	12	0%	0	78%	78
Respect de la Confidentialité de L'examen	0%	0	6%	6	0%	0	84%	84

Tableau XXXII : Niveau de qualité du centre de santé de Banankabougou sur le plan de la qualité du « respect physique et psychique du malade » ; « du respect de l'intimité » et « du respect de la confidentialité de l'examen » des consultantes.

Niveau	Q3		Q4		Q3+Q4		Niveau			
							I	II	III	IV
Respect physique et Psychique du malade	19%	19	56%	56	75%	75				
Respect de l'intimité	0%	0	78%	78	78%	78				
Respect de la confidentialité de L'examen	0%	0	84%	84	84%	84				

L'observation du tableau montre que le centre de santé de (Banankabougou) est de niveau IV pour la confidentialité de l'examen ; niveau III pour le respect de l'intimité et le respect physique et psychique du malade (de niveau III).

L'indice synthétique de qualité de l'intimité et de la confidentialité de la CPN dans le CSCOM de (Banankabougou) : les opinions étaient très favorables 99 cas sur 100 (99%).

♣ La qualité de la démarche clinique et thérapeutique lors de la surveillance prénatale.

Qualité du personnel

Tableau XXXIII : Analyse discriminatoire de la qualité de la << qualité du personnel de santé au cours des visites prénatales >> dans la santé de (Banankabougou)

Qualité de personnel	Effectif N = 100	Pourcentage
Médecin	0	0%
Sage femme	72	72%
Infirmière obstétricienne	0	0%
Matrones	28	28%

L'observation du tableau montre que les CPN ont été effectuées à 72% par un personnel qualifié. Il s'agit d'une sage femme.

Les CPN effectuées dans le centre de santé de (Banankabougou) était de niveau II.

Par rapport à l'éclairage des opinions sur la qualification du personnel de santé : seules 11 gestantes sur 100 savaient la qualification du personnel de CPN

L'interrogatoire au cours de la première visite prénatale.

L'analyse discriminatoire de la qualité de l'interrogatoire portant sur 50 gestantes montre que celles-ci étaient de << non qualité >> au cours de la première CPN dans le CSCOM de (Banankabougou)

Selon la distribution des fréquences le CSCOM était de niveau I sur le Plan de l'interrogatoire au cours de la première CPN avec 12% des cas.

🦋 L'examen physique :

Tableau XXXIV : Niveau de qualité de l'examen physique des consultantes au centre de santé communautaire de (Banankabougou).

Niveau					Q1		Q2		Q3	Q4
Examen physique	82%	82	18%	18	0%	0	0%	0		

L'examen discriminatoire de la qualité montre que l'examen physique était de << moins bonne qualité >> au cours de la CPN.

La distribution de fréquence du niveau de qualité de l'examen physique montre que le CSCOM de (Banankabougou) était de niveau I

Décision et diagnostic

L'analyse discriminatoire de la prescription des médicaments et de la demande d'examen est de bonne qualité au cours de la CPN.

La distribution de fréquence du niveau de qualité de la demande d'examen de laboratoire et de prescription de médicaments au cours de la surveillance prénatale dans le CSCOM de (Banankabougou) montre que le centre était de niveau IV (82%)

L'éclairage des opinions sur la qualité d'examen de laboratoire et la prescription de médicaments de la CPN dans de (Banankabougou)

L'opinion des gestantes sur la demande d'examen montre que celles ci étaient de 99% et que la prescription médicamenteuse était de 100%. Ces résultats concordent avec ceux de l'observation.

♠ Hygiène au cours de la consultation prénatale

L'analyse discriminatoire de la qualité de << l'hygiène au cours de la CPN >> dans le CSCOM de (Banankabougou) était moins << bonne qualité >>.

L'analyse du niveau de qualité de l'hygiène au cours de la CPN dans le centre de santé de (Banankabougou) montre que celle-ci était de niveau II (44,11%).

✓ La qualité de la continuité de soins :

L'analyse discriminatoire de la qualité de la continuité des soins au cours de la CPN était d'assez bonne qualité.

L'analyse de qualité de la continuité des soins des CPN était de niveau II (36,23%).

L'éclairage des opinions sur la qualité de la continuité des soins lors de la CPN dans le CSCOM de (Banankabougou) montre que les sages femmes disaient aux gestantes de venir accoucher dans l'établissement dans 0% des cas, et dans un service particulier dans 0%, la date de la prochaine CPN était précisée dans 100%.

✓ Qualité de l'autonomisation :

L'analyse discriminatoire de la qualité de l'autonomisation des gestantes au cours de la CPN, montre que l'autonomisation était de << moins bonne qualité >>. Le CSCOM était de niveau I sur le plan autonomisation avec 27,50% des cas.

L'explication des raisons de la demande des examens de laboratoire se faisait dans 16% des cas.

L'opinion des gestantes sur les conseils donnés par le praticien pour l'accouchement : les sages femmes expliquent les signes d'alerte et la conduite à tenir dans 6% des cas.

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude rétrospectives des données de la structure et prospective des observations et de l'opinion des consultantes prénatales, s'est déroulée dans le CSCOM de Banankabougou deux quartiers de Bamako Décembre 2006 – Février 2007 sur la qualité de la surveillance prénatale.

L'étude a été fait selon le modèle d'Avedis DONABEDIAN : évaluation des structures, des procédures et des résultats.

Elle nous a permis :

- D'apprécier le niveau de qualité de la structure.
- De situer sur une échelle de qualité la réalisation des gestes techniques de la consultation prénatale.
- De recueillir l'opinion des consultantes sur la qualité de la consultation prénatale.

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

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé au choix de variables discriminatoire. Si l'une de ces variables venait à manquer, elle remet en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins prénatals dans la catégorie de domaine de qualité définie. Ce qui nous a permis de situer le CSCOM de Banankabougou par niveau de qualité et partant de cela le repérage des problèmes à différent niveau de qualité.

Notre évaluation doit être suivie d'action pour réduire ces problèmes, afin d'obtenir de meilleur qualité de prestation.

1. Monographie des structures de soins et étude de procédure :

(Analyse de la qualité de la prénatale)

a. Interaction gestante personnel de soins prénatals

● Respect physique et psychique :

A qualité du respect de la dignité humaine était assez bonne (niveau III). La dimension humaine est une phase de la consultation, et fait partie intégrante de la surveillance prénatale. Le personnel était accueillant.

Ce constat est légèrement différent de celui de **M.KAMISSOKO** (12) **M.KOITA** (15) et **TRAORE MK** (17) qui trouvait cette qualité faible.

● Respect de la confidentialité :

Aussi bien à l'observation qu'au niveau de l'opinion des gestantes, la confidentialité était respectée. Dans 12 % des cas on a assisté à des entrées et sorties non justifiées, ceci est du à la présence est bénévoles et de stagiaire du centre.

Le praticien doit faire des efforts pour limiter le nombre de bénévoles et stagiaires, même empêcher leur présence si nécessaire pour la consultation soit encore confidentielle.

L'indice synthétique de notre étude était de 68 % , résultat supérieur à celui de **M.KAMISSOKO** (12) qui était à 60 % . La qualité de l'interaction gestante personnel est d'assez bonne qualité.

b. Démarche clinique et thérapeutique :

Qualification du personnel :

Dans notre étude 67 % des CPN ont été réalisées par du personnel qualifié.(sage femme) « niveau IV » ;33 % par du personnel de non qualité, il s'agit de matrone « «niveau 1 » ; cependant aucune des gestantes n'a fait l'objet de consultations prénatales auprès du médecin.

Le premier examen prénatal étant une étape essentielle pour le dépistage et pour l'organisation de la surveillance en fonction des risques liés à la grossesse. Il doit nécessairement être par un personnel qualifié soit un médecin, une sage femme, ou une infirmière.

Dans ce cas, les médecins doivent être beaucoup impliqués en ce qui concerne le 1^{er} examen prénatal.

Interrogatoire au cours de la CPN :

L'interrogatoire au cours de la CPN est capital, grâce à lui on connaît la patience et l'environnement dans lequel il vit, et l'on peut personnaliser la surveillance obstétricale.

Dans notre étude l'âge a été demandé aux gestantes dans 100 % des cas. En fonction de l'age, beaucoup de gestante n'ont pas été classées en terme de facteurs de risques
Cependant une gestante a été classée en terme de facteur de risque (age inférieur à 15 ans).

En dehors de l'age et du lieu de résidence, les autres paramètres ont été timidement explorés.

Seules les gestantes possédant de vrais carnets ont été interrogées sur leur profession et la profession de leur mari.

Elles constituent 96 % de notre échantillon. L'exploration de la profession de la gestante et de son mari permet de connaître le niveau socio-économique de cette dernière et de sa famille. Une gestante de bas niveau socio économique est exposé à une majoration de tous les risques (avortements, accouchements prématurés....) En somme, ce domaine a été très mal exploré.

Interrogatoire sur les antécédents obstétricaux :

Dans notre étude cet interrogatoire a été insuffisamment exploré. Le personnel interroge sur la gestité dans 53 %, sur la parité dans 40 %. Les autres paramètres de cet interrogatoire ont été sous utilisés ceci est du souvent à la présence d'un effectif pléthorique de consultant prénatales ; ou on assistait un interrogatoire vite fait.

Interrogatoire sur les antécédents médicaux :

Dans notre étude ce domaine a été exploré, 100 % des gestantes ont bénéficié de cet interrogatoire, Les gestantes qui possédaient le carnet de grossesse au nombre de 98 , ont été interrogé sur les antécédents des maladies, certains facteurs de risque très importants, tels les cardiopathies , les affectations respiratoires (insuffisance respiratoires) , diabète, affection endocrinienne , syndrome vasculo-renal, infection urinaire à répétition nécessitent une surveillance multidisciplinaire.

Interrogatoire sur la date probable de l'accouchement.

Pour la détermination de l'âge de la grossesse seulement 18 gestantes sur 100 savaient l'âge de la grossesse, la praticienne expliquait rarement l'âge de la grossesse aux gestantes. 97% des gestantes ignoraient la date des dernières règles (DDR) et la date probable de l'accouchement était ignorée de toutes ces femmes enceintes.

- **Examen physique au cours de la CPN**

Cet examen débute par :

La mesure de la taille

Dans notre étude, 100 gestantes ont bénéficié de cette mensuration, la recherche de Boiterie a été explorée seulement sur 30 gestantes. Des efforts doivent être fait s dans ce domaine, afin que toutes les gestantes bénéficient de ce geste surtout au cours de leur première CPN .

La mesure de poids :

Dans notre échantillon 60 % ont bénéficié de la mesure du poids.

- **La mesure de T.A et recherche d'œdème :**

Dans notre échantillon, la prise de la T.A a été effectuée dans 100 % des cas, par Contre, l'œdème a été fréquemment recherché dans 32 % des cas. Le personnel du Centre de santé de Banankabougou doit persévérer afin que toutes les gestantes Bénéficient de la prise de T.A, car à elles seules, on peut poser le diagnostic d'H.T.A, Afin d'entreprendre une bonne surveillance et un traitement adéquat. On parle D'H.T.A, lorsque les chiffres tensionnels atteignent 14/9 apparue durant la grossesse (16).

- **La mesure de hauteur utérine :**

Dans notre série 100 % des gestantes ont bénéficié de cette mensuration, constat Similaire à MK Traoré (18) qui était à 98 %.

- **Palpation abdominale**

Elle a été bien explorée dans notre série, avec 100 % des cas.

- **Examen au spéculum et toucher vaginal**

Dans notre série 37 % ont bénéficié de ce geste, par contre le toucher vaginal a été effectué sur les 100 gestantes avec des doigts en vrac, la plupart des gestantes Présentaient une infection (37 % des cas).

- **.Examen des conjonctives.**

Les conjonctives ont été examinées dans 57 % des cas, ce taux est inférieur à celui de **M KOITA** (16), qui était 89 %.

Auscultation pulmonaire et cardiaque : aucune gestante n'a été auscultée sur le Plan cardio-pulmonaire constat similaire à l'étude de M. KOITA (16), MK Traoré(17) Et S Konaté (19) et de M.Kamissoko (12)

-

- **Continuité des soins** : dans notre série seulement 17 % ont reçu des informations

Sur l'évolution de leur grossesse. Le rendez vous a été donné dans 100% des cas et de façon précise.

Décisions et diagnostics

Examens complémentaires :

Au Mali selon les normes et procédure (25) les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation et sont indispensables pour détecter certains facteurs de risques. Dans le centre de santé de Banankabougou les examens tels le B.W , le taux d'hémoglobine , le groupage rhésus, test d'émel dans le sang et d'albumine et sucre dans les urines ont été systématiquement demandés dans 100% des cas dès leur première consultation.

- **Les soins préventifs :**

o **Analyse par rapport à la vaccination :**

Dans le CSCOM de Banankabougou les vaccinations se font tous les Vendredi. Ces Vaccinations concernent la mère en l'âge de procréer et les enfant de 0 à 5ans Pour la mère il s'agit de la vaccination anti tétanique, c'est le jour de grande affluence pour les CPN.

de Banankabougou les vaccinations anti-tétaniques étaient systématiques dès la 1^{ère} CPN. Dans notre échantillon, toutes les femmes ont été vaccinées 100% des cas, ce taux est supérieur à celui de S.KONATE (19) et de M.KOITA (15) qui étaient respectivement à 39% et 42,4% presque égal à MK. TRAORE (97,5%). Notre taux est similaire et identique à celui retrouvé par M. KAMISSOKO (12).

o **Par rapport à l'anémie**

Dans notre échantillon l'adjonction de fer + acide folique a été systématique dès la première CPN. Toutes les gestantes de notre série (100% des cas) ont bénéficié de ce traitement. Notre résultat est identique à celui retrouvé par S. KONATE (12) qui était à 22% légèrement supérieur aux taux de MK. TRAORE (17) qui était à 98% et celui réalise à Niamey 97% dans ces deux cas la prescription du fer était systématique également.

o **La chimioprophylaxie anti palustre :**

La chloroquinoprophylaxie ou la sulfadoxine-sp étaient également systématique au même titre que la vaccination et la supplémentation en fer dans le centre de santé de Banakabougou. 100% de notre échantillon ont bénéficiée de cette prescription.

A coté des soins préventifs, certains médicaments ont été prescrits à titre curatif tels Clotrimazole crème ou ovule = 59% des cas. Paracétamol 4% des cas. Hydroxyde d'aluminium = 12%, multivitaminé comprimé 5% des cas, le Buthyl Hyoscine 2%.

Les résultats analytiques de la décision et diagnostic basé sur la prescription de médicaments et d'examens laboratoire, montre que le CSCOM de Banankabougou était de niveau IV.

○ **Groupe à risque (notion de risque)**

Dans notre échantillon, seulement 2% des gestantes ont été classés dans un groupe à risque. Ce taux est relativement très fiable.

Les gestantes qui ont été dans un groupe à risque de notre série, n'ont reçu aucune information sur la nature du risque, 18% des gestantes avaient moins de 20 ans, et 12% avaient plus de 35 ans, et les multipares constituaient 23%.

Par rapport à l'hygiène de la consultation et au risque infectieux :

Dans notre échantillon 59% des gestantes ont reçu une prescription de clotrimazole crème ovule.

+ Tissu sur la table d'examen : aucun tissu n'a été fourni par le centre, les gestantes utilisent leur pagne comme tissu sur la d'examen.

+ Le praticien ne se lavait pas les mains après chaque examen.

+ Le spéculum a été utilisé seulement dans sept cas, il a été prit à la main nue.

Par rapport à l'autonomisation

Dans notre échantillon 30% des cas ont bénéficié d'une autonomisation. Cette autonomisation était de << non qualité >>, constat identique à celui de S. KONATE (19), et de M. KOITA (15), même constat à celui réaliser à Niamey (22).

2. Étude des résultats :

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

a. Modalités de transport et critères de choix du centre.

Les gestantes de notre étude venaient généralement à pied au centre de santé (44%).

La proximité du domicile familial était le critère fondamental de choix de la Formation sanitaire (30%). Il s'agit d'un constant très important, car les CSCOM Sont créés dans le but d'un rapprochement le plus possible aux populations afin De leur faciliter les soins de santé primaires.

b. Opinion des gestantes sur l'hygiène dans le centre :

8 % des gestantes trouvaient que les locaux étaient propres et récents, 20 % Affirmaient l'existence de toilettes sales, ce résultat était conforme à notre Constat réel.

C .Opinion des gestantes sur la dimension humaine :

Dans notre étude 89% on affirme qu'elles étaient confortablement installées et Que l'ordre de passage a été respecté.

- De même 95 % ont trouvé qu'elles ont été satisfaites par rapport :
- À la politesse affichée par le personnel
- Au respect de la confidentialité et au respect de l'intimité
- 100 % des gestantes nous ont confirmé, qu'une prochaine consultation les a Été proposé avec une date précise.
- 70 % n'ont pas reçu d'information sur leur grossesse.
- Cependant nous constatons une discordance de l'opinion des usagers et L'observation réelle.

VI .CONCLUSION

Notre étude sur la qualité de la surveillance prénatale s'est déroulée de Décembre à Février 2007 au CSCOM de Banankabougou.

a. Evaluation des structures :

- Le centre de santé de Banankabougou est bien construit mais exige.
- Absence de plaque d'orientation dans l'enceinte et du personnel qualifié
Chargé de l'accueil.
- L'inexistence de lavabo au niveau de la salle de CPN.
- Insuffisance de spéculum.
- Manque de système de radiophonie.
- Manque de protection contre la poussière (absence de vitres) au niveau de la pharmacie au niveau du laboratoire.
- Absence de système d'évacuation dans le centre.
- Absence d'ambulance et de système d'évacuation dans le centre

b. Évaluation des procédures :

Le respect de la dignité humaine était respecté. L'intimité et la confidentialité étaient préservées.

L'interrogatoire dans son ensemble a été moins riche il a été sous exploré
Laissant échapper certains facteurs de risques.

Le bilan prénatal :

Ce bilan était limité seulement au taux d'HB, groupes rhésus, BW, test d'émel, **Sucre/albumine./.**

Ce bilan était systématiquement demandé à toutes les gestantes. Les soins Préventifs ont été également systématiques ; il s'agit de prévention contre L'anémie, la vaccination contre le tétanos, la chloroquinoprophylaxie.

Aux termes de cette étude nous avons remarqué beaucoup de lacunes tant sur le Plan structurel du centre et sur le plan des procédures. Le bilan global nous Amène à dire que le centre de santé de Korofina Salembougou était de niveau I .

A la suite de ces remarques nous nous proposons de faire certaines Recommandations non seulement aux autorités, aux prestations et aux Bénéficiaires, afin que le centre de santé puisse atteindre un niveau IV.

VII. RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et S'adressent à :

1. Aux personnels de santé (Médecin, Sage-femme, Matrone, Gérant de la Pharmacie, le gardien du centre).

Renforcer l'inter action patient soignant par l'IEC au cours de la CPN
Étendre d'avantage l'interrogatoire et des examens complémentaires en vue de
Détecter les grossesses à risques
Encourager le planning familial.

2. Aux Autorités Politiques et Administratifs :

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

3. Aux Autorités Sanitaire :

- Assure 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 personnel de La femme.
- Procéder à une supervision de temps en temps au niveau des CSCOM
- Améliorer la connaissance que les jeunes ont de la contraception et multiplier Les services mis à leur disposition dans ce domaine.
- Équipe le centre de santé et plus particulièrement l'unité CPN et de salle d'accouchement en matériels adéquats et suffisants :

- ■ Spéculum en nombre suffisant,
- ■ Lavabo
- ■ Lampe électrique,
- Sensibiliser les parents sur l'inconvénient des précoces.
- Encourager les adolescentes sur le planning familial.

4. Aux consultantes :

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

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Renforcer les soins obstétricaux pour une maternité sans risque
Atelier collectif **Pré congrès CISF/OMS/UNICEF
OS/O, NORVEGE, 23-26 mai 1996 P1**

- 2 **Rougemont (A), BVUNET (j) et Jailly**

Planifier, gérer, évaluer santé en pays tropicaux.
Doin éditeurs, Paris, P : 751

3. **DNSI-CPS/MINISTERE DE LA SANTE
ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (MALI EDSM III)
JUN 2002, 450 P.**

4. Santé de la mère et du nouveau - né
Guide pratique. Département de la santé et Recherche génésique OMS
Source : Word développement report 1993

- 5..Éléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours OMS
Genève-1992

6. DECLARATION comme OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale Réduire
la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43

7. **OMS**
Estimation révisées pour 1990 de la mortalité maternelle 1^{ère} édition Nouvelle
méthodologie OMS/UNICEF AVRIL Genève. P.16

4. HOCBERGU and Walls

**Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980-Bull
OMS1986, 64, 7984.**

5. Mac FARLANEA ; MUGFORDM

Birth count, statistics of pregnancy and child birth her majesty's stationary, London;
1984

Ryan G.

La mortalité périnatale et maternelle aux États-Unis.
Union Médicale du Canada, 1984,113 : 572-576

Source d'information DNSI

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

KAMISSOKO (M)

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de
Kalabankoro zone peri-urbaine de Bamako, thèse médecine Bamako 2004.59
P N°..

Blum C

L'évaluation médicale à l'hôpital

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

DONABEDIAN Avédis :

Exploration in assessment and monitoring, vol I

The definition of quality and approaches to it's assessment, health administration
press, An Arbor, Michigan, 1980

15-PRECIS D'OBSTETRIQUE

R.MERGER J. LEVY J.MELCHIOR

6ème édition **MASSON**

16 – KOITA (M)

Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques et
communautaires des communes V et VI du District de Bamako, thèse Médecin,
Bamako 2001.129 P n°41.

17- BERTHE (A)

Qualité de la surveillance prénatale au Centre de santé communautaire de Korofina
Salembougou de la Commune I du District de Bamako. 2004-2005 thèse de
Médecine 130 P n°20

**18- DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE/MISSION Française DE
COOPERATION ET D'ACTION CULTURELLE AU MALI
ECOLE SECONDAIRE DE LA SANTE**

PROJET : « maternité à risque »

Formation continue des sages femmes
1994/1995.1995/1996.1996/1997

19- TRAORE (MK)

La qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi à propos de 200 cas. Thèse, Médecine Bamako 2001 121P n°49
20- Universités Francophones.

**OBSTETRIQUE coordination : J-M. Thoulou FPUECH, G.BOOG
ELLIPES AUPELF/UREF ? 1995.**

21- 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
22- Le point sur les vaccins et la vaccination dans le monde OMS 2002
23- Guide pour l'élaboration d'un plan d'action national pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal.

**DEPARTEMENT VACCINS ET PRODUIT BIOLOGIQUE :
OMS Genève 2001 UNICEF**

**24 DIRECTION DE LA SANTE DE LA COMMUNAUTE URBAINE DE NIAMEY QUALITE DES
SOINS « projet de santé urbaine » district sanitaire**

Niamey commune I,II III , Novembre 2000
25- DRAME D'UNE MATERNITE PRECOCE
Fécondité l'adolescente.

POP SAHEL CERPOD INSAH CILSS 13 Août 1990 2ème édition.

**26- LA CONSTITUTION
LOI FONDAMENTALE DU 25 FEVRIER 1992**

TITRE-ARTICLE2

**27- DIVISION SANTE ET COMUNAUTEUR/MINITERE DE LA SANTE
PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION
(MALI) BAMAKO, MINITERE DE LA SANTE, MARS 2000,230p**

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Dembélé

Prénom: Wari Evariste

Titre de la Thèse : Evaluation de la qualité de la surveillance prénatale au Centre Communautaire de Banankabougou en Commune VI du District de Bamako

Année Universitaire 2006 – 2007

Pays d'Origine : République du Mali

Lieu de Dépôt : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie du Mali (FMPOS).

Secteur d'intérêt : obstétrique– Santé Publique

Résumé de la thèse : Il s'agit d'une étude menée et dirigé dans le centre de santé communautaire de Banankabougou en Commune VI DU District de Bamako de Décembre 2006 à Février 2007 à été consacré pour l'observation des consultation prénatale et rétrospective pour les données et la structure.

Elle à également permis une analyse des connaissance, des compétences du Personnel de Santé ayant en charge les consultations prénatales. Ainsi cette étude à révélé que :

- Sur les 200 gestantes examinées 83% ont fait l'objet de consultations prénatales auprès du sage femme, 17% auprès des matrones.
- Les dimensions humaines, les gestes techniques de la consultation prénatale , l'interrogatoire le matériel et les locaux étaient de qualité acceptable..
- La continuité des soins et l'autonomisation de la Gestante est d'assez bonne qualité.
- La Structure était de niveau II c'est-à-dire que les références étaient partiellement satisfaites.
- La préparation à l'accouchement et à l'allaitement, les campagnes de lutte et prévention des MST / SIDA et d'autre maladie ne figurait pas dans les différentes étapes la consultation prénatale

Conclusion :

La consultation prénatale dans le centre de santé communautaire de Banankabougou était d'assez bonne qualité (niveau IV).

C'est au vu de ce constat réalisé pendant l'enquête assez encourageant, nous avons proposé quelque recommandation à l'endroit du personnel de santé chargé des prénatals et aux autorités pour rehausser le niveau de la qualité de la consultation dans le centre de santé.

Mots Clés : Qualité des soins, orientation recours facteur de risque.

LISTE DES ABREVIATIONS

CPN : consultation prénatale

O.M.S : organisation mondiale de la santé

PED : pays en voie de développement

ATCD : antécédent

ASACOBABA : association de santé communautaire de Banankabougou Faladiè

HTA : hypertension artérielle

DDR : date des dernières règles.

TA : tension artérielle

ECBU : examen cyto bactériologique des urines.

SIDA : syndrome immunodéficience acquis

VDRL : réaction d'agglutination syphilitique (veneral disease research laboratory)

TPHA : réaction d'agglutination passive pour le tréponème (tréponema pallidum hémagglutination assay).

CSCOM : centre de santé communautaire

MST : maladie sexuellement transmissible

BW : Bordet Wasserman

CAT : conduite à tenir

SA : semaine d'aménorrhée

BDCF : bruit du coeur foetal

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.