

Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune VI du District de Bamako

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

Université de Bamako



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

Année universitaire 2009 – 2010

N°



TITRE

**QUALITE DES DERNIERES CONSULTATIONS
PRENATALES AUX CENTRES DE SANTE
COMMUNAUTAIRES DE MAGNAMBOUGOU ET DE
MISSABOUGOU EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/.....2010
Devant la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto – stomatologie par

Monsieur Salif KAMISSOKO

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

Jury

Président : Pr Soukalo DAO
Membre : Dr Mady KAMISSOKO
Co- directeur: Dr Boubacar TRAORE
Directeur de thèse : Pr Massambou SACKO

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail à **DIEU**, le clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de Sa lumière Divine.

ALLAH

Donnes à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins.

Donnes à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donnes à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donnes à mes oreilles la patience d'écoute ;

Donnes à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donnes à mon esprit le désir de partager ;

Donnes moi ALLAH, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

A la mémoire de ma grand-mère **feue Bamba Sira DANSIRA**, tu as guidé mes premiers pas sur le chemin de l'école et faire, de moi ce que je suis aujourd'hui, j'aimerais bien que tu sois là mais le destin en a décidé autrement que ton âme repose en paix.

A notre père : **Sékou KAMISSOKO**, les mots me manquent pour exprimer mes sentiments. Je n'oublierai jamais l'éducation de base que tu nous as donnée.

Papa que le Tout Puissant te garde encore parmi nous aussi longtemps que possible.

Amen.

A ma mère : **Moussou Mady DAMBA**.

Tu as été une mère adorable, simple et compréhensive. Tu t'es battue de tous tes moyens pour la réussite tant scolaire que sociale de tes enfants.

Ce travail est le résultat de ton courage, ta bravoure surtout ton abnégation pour l'éducation de tes enfants. Rassures toi chère maman que tes attentes seront comblées (s'il plaît à DIEU) et que l'éternel te donne longue vie à nos côtés.

A mes frères et sœurs : **Sitan, Youssef, Mahamadou, Founemady, Makan, Sira, Siga et Manou**, merci pour tous vos soutiens.

A ma bien aimée : **Mariam KANGAMA**, ce travail est le tien. Que DIEU te donne l'heureuse opportunité de jouir des fruits de mon travail.

A mon oncle : **Famoussa DANSOKO**, merci pour tout votre soutien durant mon séjour dans votre famille. Que DIEU vous donne longue vie.

A ma tante : **Aminata DOUMBIA**. Votre esprit social et votre soutien constant m'ont aidé à faire beaucoup de choses.

Retrouvez par le biais ce travail ma profonde reconnaissance.

A mon oncle : **Kali DANSOKO** et sa famille à Garantiguibougou ; merci pour tous vos soutiens.

A monsieur **Famory KAMISSOKO** et sa famille à Kabala, merci pour vos soutiens.

A **Dr Mady KAMISSOKO et sa famille**, merci pour vos soutiens.

A **tous mes maîtres** du premier cycle, second cycle et du lycée – merci pour la qualité de votre formation.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mon oncle **Makan KAMISSOKO** et sa famille à Garantiguibougou.

A tous mes amis : **Dr Chaka KAMISSOKO, Dr Bakary M. DEMBELE, Dr Namory KEITA, Balla KEITA, Kizito KEITA, Marcel KAMISSOKO, Boubacar DIAKITE, Hinza BAMBA, Kassim SANTARA, Benogo DAO, Tahirou KONE, Youba SAMAKE, Zoumana DIAKITE, Salif TELLY, Zoumana Coulibaly, Dougoutigui Sidibé.**

A mes **grands frères : Madi KIABOU** et **Mady KAMISSOKO dit DE GAULLE** merci pour vos soutiens.

A **ma tante Awa KAMISSOKO** merci pour votre soutien.

A tout **le personnel** du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako, merci pour tout.

A mes Maîtres formateurs du CS Réf C.VI : **Dr Boubacar TRAORE, Dr TRAORE Aminata CISSE, Dr SINAYOGO Kadiatou TOURE, Dr SISSOKO Mama SY, Dr Mamadou DIALLO** et **Dr Sidiki COULIBALY.**

A **Dr Mounthaka Mamary KANE** : Pour votre aide et vos encouragements, je vous dis merci.

A tout **le personnel de l'ASACOSODIA.** Merci pour tout.

Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune VI du District de Bamako

Aux **Aînés** ; à tous **mes collègues** faisant fonction d'**Internes** de ma promotion: **Lamine CAMARA, Robert SOGOBA, Sékou SANGARE, Daouda SAMAKE, Fatoumata TRAORE, Drissa Issa TRAORE et Yacouba BAGAYOGO** ; et aux **Cadets** du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako, toute ma reconnaissance.

A **toute main invisible** de près ou de loin ayant contribué à la réalisation de ce travail.
Merci infiniment.



A notre Maître et président du jury

Professeur Soungalo DAO

- ❖ **Maître de conférences en maladies infectieuses et tropicales à la Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie (F.M.P.O.S) ;**
- ❖ **Praticien hospitalier ;**
- ❖ **Chercheur au programme de recherche de SEREFO ;**
- ❖ **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS.**

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduits par votre spontanéité, votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de science font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon DIEU vous accorder santé et longévité.

A notre Maître et Juge

Docteur Mady KAMISSOKO

- ❖ **Médecin spécialiste en Santé Publique**
- ❖ **Point focal national de la surveillance des paralysies flasques aiguës à la Direction Nationale de la Santé (DNS)**

Cher maître, nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités humaines, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre dynamisme qui font de vous un maître admiré et respecté.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

Puisse ALLAH vous accorder santé et succès.

A notre Maître et Co-directeur :

Docteur Boubacar TRAORE

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune VI.**
- ❖ **Trésorier général de la SOMAGO**

Cher Maître, nous vous remercions de votre confiance en nous acceptant dans votre service.

A coté de vous, nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique, à apprécier le maître dans sa modestie, sa disponibilité et son sens élevé du travail bien fait. Aussi, nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres. Vous êtes et restez pour nous, un exemple à suivre.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Massambou SACKO

- ❖ **Maître de conférences en santé publique à la FMPOS ;**
- ❖ **Conseiller au programme de lutte contre la maladie à l’OMS.**

Cher maître,

C’est un immense plaisir que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Votre expérience, l’étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, vos qualités humaines et sociales et la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté font de vous un maître accompli, admirable, respecté et respectable.

Cher maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

Puisse Allah le tout puissant vous accorder santé et longévité.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- **ANDEM** : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.
- **ARV** : Anti Retro – Viraux.
- **ATCD** : Antécédents.
- **βHCG** : Beta Hormone Chorionique Gonadotrophine.
- **BW** : Bordet Wassermann.
- **CAT** : Conduite À Tenir.
- **CCC** : Communication pour le Changement de Comportement.
- **CIPD** : Conférence Internationale pour la Population et le Développement.
- **Cm** : Centimètre.
- **CPN** : Consultation Prénatale.
- **CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.
- **CS Réf** : Centre de Santé de Référence.
- **DCI** : Dénomination Commune Internationale.
- **DDR** : Date des Dernières Règles.
- **DPA** : Date Probable d'Accouchement.
- **ECBU** : Examen Cytobactériologique des Urines.
- **FMPOS** : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie.
- **FOSG** : Fiche Opérationnelle de Suivi de la Grossesse.
- **GEU** : Grossesse Extra Utérine.
- **HU** : Hauteur Utérine.
- **HTA** : Hypertension Artérielle.
- **IEC** : Information Education Communication.
- **IO** : Infirmière Obstétricienne.
- **IST** : Infections Sexuellement Transmissibles.
- **MAF** : Mouvements Actifs Fœtaux.
- **MII** : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides.
- **NFS** : Numération Formule Sanguine.

- **OMI** : Œdèmes des Membres Inférieurs.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **ONU** : Organisation des Nations Unies.
- **PMA** : Paquet Minimum d'Activités.
- **PMI** : Protection Maternelle et Infantile.
- **PPM** : Pharmacie Populaire du Mali.
- **PTME** : Prévention de la Transmission Mère Enfant.
- **RDV** : Rendez – Vous.
- **SA** : Semaine d'Aménorrhées.
- **SIDA** : Syndrome Immunodéficience Acquis.
- **SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences.
- **SOU** : Soins Obstétricaux d'Urgences.
- **SP** : Sulfadoxine Pyriméthamine.
- **TA** : Tension Artérielle.
- **TE** : Test d'Emmel.
- **USA** : United States of America (Etats Unis d'Amérique).
- **VAT** : Vaccin Anti Tétanique.
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

SOMMAIRE

Sommaire

I – Introduction.....	12
II – Objectifs.....	15
III – Généralités.....	17
IV – Méthodologie.....	31
V – Résultats.....	36
VI – Commentaires et discussion.....	59
VII – Conclusion et recommandations.....	68
VIII – Références.....	72
IX – Annexes.....	77

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

La consultation prénatale (CPN) est un acte médical préventif qui permet de diagnostiquer et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse.

Bien conduite, elle permettra de mener la grossesse à terme et assurer l'accouchement dans des conditions de sécurité optimale pour la mère et son nouveau né [11].

D'après un proverbe Bambara « **la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort** ». Si le suivi de la première n'était pas une priorité dans les temps ancestraux, l'accomplissement du second est un passe force du moins souhaité par toute femme et cela dans les meilleures conditions possibles [19]. De façon générale ; en Afrique, un enfant est un critère de valorisation sociale pour toute femme. Chaque jour, environ 1600 femmes meurent suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement à travers le monde, soit un décès par minute. Ce qui représente 585.000 décès maternels par an [17].

En Afrique de l'Ouest une étude effectuée en 1987 dans certaines capitales (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack) a montré que 80% des femmes enceintes comptaient faire la CPN et que celle-ci était assurée à 94% par une sage-femme [26].

Selon l'enquête démographique et de santé au Mali (EDSM IV) réalisée en 2006 le taux de mortalité maternelle était de 464 sur 100 000 naissances vivantes.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande au moins 4 visites prénatales à intervalles régulières tout le long de la grossesse [18].

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes (99%) reçoivent les soins prénataux de qualité contrairement au pays en voie de développement [24].

Le 10 décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population qui consiste à la création et l'opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement de leur dynamisme [27].

Par la suite en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel défini par la conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) dont « les soins prénatals de qualité » en est l'une des composantes [2].

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

Au mali les normes et procédures en CPN prévoient un minimum de 4 CPN, cependant le pourcentage de femmes ayant atteint ce nombre reste encore insuffisant.

En effet les soins prénatals de bonne qualité contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-infantile [30].

La CPN est une activité principale des centres de santé communautaire, elle a un impact sur le taux de mortalité par son action préventive.

Dans un tel contexte, les dernières CPN prennent toute leur importance en ce sens qu'elles constitueraient les dernières occasions pour détecter les facteurs de risque et prendre les mesures nécessaires pour l'accouchement en milieu spécialisé.)

Au Mali, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de la qualité de la surveillance prénatale et des soins procurés pendant l'accouchement mais peu d'entre eux ont pris en compte l'impact de la CPN sur le résultat de l'accouchement d'où l'objet de ce travail.

OBJECTIFS

1.1 Objectif général :

Evaluer la qualité des dernières CPN au niveau des centres de santé communautaire (CSCOM) de Magnambougou et de Missabougou en commune VI du district de Bamako.

1.2 Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes ;
- Analyser l'intervention du personnel lors des dernières CPN ;
- Analyser le comportement et l'itinéraire thérapeutique des femmes à risque ;
- Analyser l'influence des mesures proposées sur le déroulement de l'accouchement.

GENERALITES

1.3 Historique de l'accouchement et de la consultation prénatale :

Depuis les temps ancestraux la grossesse a été et demeure une aspiration légitime pour toute femme de façon générale. Bien menée, elle constitue un critère de valorisation sociale. Cependant l'accouchement a toujours été considéré comme un événement à risque.

C'est ainsi que certains obstétriciens ont marqué l'histoire à travers leurs travaux. Il s'agit entre autre de :

- Soramus d'Ephèse (deuxième siècle de notre ère) fut considéré comme le père de l'obstétrique. Il démontra que le fœtus est propulsé non pas par ses efforts propres mais par les contractions utérines et inventa la version podalique qui resta pendant 18 siècles la principale opération obstétricale.
- A la fin du XVI^{ème} siècle Peter Chamberlain inventa une pince : le Forceps capable de saisir la tête fœtale et de l'extraire hors de la filière génitale.
- La croisade menée par Ignace Smelweis et surtout les 30 années de lutte patiente conduite par Stéphane Tarnier de 1858-1888 parvinrent à imposer la propreté et l'usage des antiseptiques dans les maternités.

L'analyse des variations du rythme cardiaque fœtal a permis à De Paul de tirer des conclusions que l'enregistrement confirmera.

L'introduction des trousse d'accouchement en 1987 par l'OMS dans le système de santé communautaire a permis de relever le niveau de fréquentation des centres de santé par les parturientes mai aussi d'améliorer les conditions d'hygiène au cours de l'accouchement [17].

De façon générale, la grossesse est un état physiologique qui se déroule normalement. Cependant, elle constitue encore un problème de santé publique dans nos pays en voie de développement à cause des conditions socio-économiques défavorables. Elle peut engendrer des complications graves pour la vie de la mère et de l'enfant.

La mortalité maternelle dans les pays en voie de développement constitue une immense tragédie.

Cet état de fait est illustré par l'expression du folklore tanzanien révélé par une mère à ses enfants lorsque le moment lui semble venu d'accoucher, << **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** >>. [19]

Au MALI les femmes en âge de procréer (15-49ans) représentent 21,28% de la population [6].

Dans ce groupe, le taux de mortalité est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [12].

Les principales causes de la mortalité maternelle sont :

- Les hémorragies,
- Les infections,
- Les dystocies,
- Les avortements provoqués,
- Les problèmes de santé persistants tels que, l'anémie, le paludisme.
- L'hypertension artérielle et ses complications : telles que l'éclampsie.

Ce taux élevé de la mortalité maternelle pouvait s'expliquer par :

- L'insuffisance des soins prénatals,
- Le faible niveau économique des populations.
- Le manque de personnel qualifié ou sa mauvaise répartition.
- Les références ou évacuations tardives.

Au cours des dix dernières années plusieurs conférences internationales ont été tenues dont le seul objectif commun était la réduction de la mortalité maternelle d'ici l'an 2000.

C'est aussi qu'ont lieu les rencontres,

- NAIROBI (Kenya) en 1987,
- Paris (France) en 1989,
- Niamey (Niger) en 1989,
- Caire (Egypte) en 1995.

La lutte contre la mortalité materno-fœtale est l'un des objectifs essentiels de l'obstétrique moderne.

Les pays développés ont réussi à réduire considérablement leurs mortalités maternelles. Cela est un phénomène récent. L'essentiel du progrès a été observé entre 1930 et 1960 comme en témoignent les chiffres publiés.

En Suède, 7 pour 100.000 naissances vivantes entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [16].

En Angleterre et aux pays des galles : 11 pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341 pour 100.000 naissances vivantes en 1930.

Aux USA 12 pour 100.000 naissances vivantes en 1974 contre 300 pour 100.000 naissances en 1930 [21].

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

Nous ne savons pas aujourd'hui laquelle des deux mesures (médicale et sociale) a réellement changé les résultats.

Le progrès est venu de leur association [34].

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

- * Le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) :
 - Interventions chirurgicales ;
 - Anesthésie ;
 - Traitements médicaux ;
 - Transfusion sanguine ;
 - Techniques manuelles ;
 - Planification familiale ;
 - Prise en charge des grossesses à hauts risques ;
 - Soins néonataux spéciaux.

Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune VI du District de Bamako

Pour une meilleure surveillance de la durée de l'accouchement et la pratique des interventions obstétricales (forceps, ventouses, anesthésie moderne, césarienne etc.)

- * La vulgarisation des soins prénataux ;
- * L'amélioration des conditions de vie des populations.

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté voilà près d'un siècle aux USA, elle ne s'est pas vraiment développée qu'à partir du travail de Donabedian en 1966 puis dans les pays Anglo-saxons et par la suite en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et Col, Lacronique Armogathe et Weeil.

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

1.4 Définitions :

* La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risque. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfices « DONABEDIAN » [15].

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

* L'évaluation :

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

* Surveillance prénatale ou consultation prénatale :

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

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

*** Les normes :**

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

*** Les procédures :**

Ils décrivent, les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des services de qualité par les prestations.

*** La mortalité maternelle :**

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

*** Taux de mortalité maternelle :**

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimés pour 100.000 femmes en âge de procréer.

*** La grossesse :**

C'est l'état qui débute avec la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

*** L'accouchement :**

C'est le résultat d'un ensemble de phénomènes mécaniques et fonctionnels qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et ses annexes hors de la filière génitale. Trois éléments sont à considérer dans l'étude de ce mécanisme :

- La filière pelvienne dans laquelle va progresser le fœtus, c'est l'élément fixe ;
- Le fœtus est l'élément mobile ;
- L'utérus qui loge le fœtus et qui par ses contractions doit dilater son orifice cervical et produire une force suffisante pour faire progresser le fœtus à travers la filière pelvienne.

*** Qualité des accouchements :**

L’OMS recommande qu’une personne qualifiée soit présente à l’accouchement pour :

- Dispenser en continu des soins de qualité : il faut respecter les règles d’hygiène, agir en toute sécurité et être à l’écoute des femmes.
- Reconnaître et prendre en charge les complications notamment prendre les mesures nécessaires pour sécuriser la vie de la mère et de l’enfant.
- Adresser rapidement et en toute sécurité à l’échelon supérieur les patientes dont l’état l’exige.

*** Facteurs de risque :**

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

*** Grossesse à risque :**

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

*** Aire de santé ou secteur de santé :**

Elle représente une zone géographique par une ressource sanitaire.

*** La carte sanitaire :**

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

*** Le paquet minimum d’activités (PMA) :**

Il signifie l’offre d’activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s’agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultations prénatales et post natales avec accouchement et vaccinations.

*** L’évacuation :**

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

*** Référence :**

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

Les aspects techniques de la consultation prénatale :

La grossesse a trois sortes de conséquence sur l'organisme maternel :

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

Le diagnostic de la grossesse est facile même dans les deux premières semaines.

Une fois cette grossesse découverte, il faut maintenant évoluer le pronostic de cette grossesse au début, en recherchant tous les facteurs de risque pouvant compromettre son évolution, tout ce qui peut retentir sur la santé maternelle du fœtale [13].

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

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieur et contemporain ;
 - Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou de thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs décelés ;
 - Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence.
- Les moyens techniques utilisés aux différentes périodes de la grossesse :
 - La première CPN : elle doit être faite pendant le premier trimestre de la grossesse.
 - Les différents temps de la CPN sont :
 - L'interrogatoire des femmes enceintes :

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

Outre le diagnostic de la grossesse, il faut rechercher :

- Le début de la grossesse : date des dernières règles (DDR) ;
- Les signes sympathiques de la grossesse : il s'agit des nausées, des vomissements, de tension mammaire, de météorisme abdominal, d'instabilité et de fatigue ;
- Les antécédents :
 - Médicaux : toute anomalie antérieure à la grossesse mais pouvant avoir une incidence sur la grossesse actuelle : hypertension artérielle (HTA), cardiopathie, diabète, infections urinaires, asthme.
 - Familiaux : en particulier les maladies héréditaires (drépanocytose, asthme, diabète).
 - Chirurgicaux : utérus cicatriciel, traumatisme ou intervention sur le petit bassin.
 - Obstétricaux ; il s'agit des antécédents de fausses couches, d'interruption volontaire de grossesse, de stérilité, des grossesses antérieures et leur déroulement (menace d'accouchement prématurité, HTA etc.) et de la modalité au cours de l'accouchement (terme de l'accouchement, travail spontané ou déclenché, durée du travail, épisiotomie, forceps, césarienne, complication de la délivrance), poids des enfants à la naissance et pathologies du nouveau-né.
 - Les antécédents de maladies : diabète, HTA, infection urinaire, cardiopathie, pneumopathie etc.
 - Les habitudes alimentaires : tabac, alcool, drogue, ration alimentaire etc.
 - La nature, l'intensité et les horaires du travail.

• **EXAMEN PHYSIQUE :**

L'examen physique se fait sur une femme déshabillée. Il précisera le poids, la taille, la mesure de la pression artérielle, la fréquence cardiaque et l'auscultation cardio-pulmonaire. Il sera complété par un examen gynécologique (palpation des seins, toucher vaginal et l'examen au spéculum).

• **EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatale en vigueur au Mali [6], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse :

- Le groupe sanguin et rhésus ;
- La recherche des albumines et sucres dans les urines ;
- Le B.W ;
- Le test d'Emmel ;
- Sérologie de la rubéole et de la toxoplasmose ; plus ou moins la recherche de la syphilis et la sérologie du SIDA qui n'est pas obligatoire. Il faut faire une échographie de datation en cas de doute sur le terme et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite ultérieure à tenir.
- La deuxième CPN :

Elle est faite pendant le deuxième trimestre. A ce Stade de la grossesse, le médecin et la sage femme ont un rôle essentiel de surveillance ou de prévention.

Les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient, ont disparus sauf parois, le pyrosis qui peut persister jusqu'après la 22^{ème} SA lors de la première grossesse et plus tôt pour les grossesses suivantes. L'activité cardiaque fœtale est contrôlée à chaque examen par les ultrasons. Mais avec le stéthoscope. Les bruits du cœur n'étaient audibles qu'à partir de 24 SA.

L'interrogatoire : va rechercher les éléments nouveaux les éventuels risques menaçants et la mère et le fœtus.

L'examen : mesure de la hauteur utérine, le reste est le même qu'au premier trimestre.

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

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

❖ Le dépistage des grosses à risque :

- Les facteurs de risque : un facteur de risque est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée.
- Grossesse à risque : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. Ils sont classés en trois catégories :
 - Les facteurs de risque présents avant même la grossesse ;
 - Ceux qui apparaissent au cours de la grossesse ;
 - Enfin les derniers qui surviennent au cours de l'accouchement.
- ✓ Les facteurs de risque antérieur à la grossesse : ce sont :
 - L'âge inférieur à 16 ans et supérieurs à 35 ans ;
 - Taille inférieure à 1,50 m ;
 - Parité supérieur à 6 : le niveau d'alphabétisation.
 - Le statut matrimonial, les conditions socio-économiques de bases ;
 - Poids inférieur à 40 kg ; les travaux intenses.
 - L'intervalle inter gésique inférieur à 24 mois ; les antécédents obstétricaux (mort-né ; mort intra utérine, avortement à répétition, stérilité peut conduire à l'accouchement prématuré, ventouse, forceps, césariennes, déchirure périnéale grosse ou l'excision rituelle).

- ✓ Les facteurs de risque au cours de la grossesse :

La métrorragie, l'H.T.A, la toxémie ou la pré éclampsie, les infections, le paludisme ++, l'anémie, la malnutrition, les grossesses multiples, les présentations vicieuses, l'éclampsie.

Les facteurs de risques apparaissant au cours de l'accouchement : éclampsie, des hémorragies de la délivrance, placenta prævia, rupture utérine, souffrance fœtale.

- Pour les consultations ultérieures :

- ✓ Interrogatoire : précise les éléments nouveaux tels que les plaintes de la femme, recherche les signes de pathologies intercurrentes.
- ✓ Examen physique : il sera complété par la recherche des oedèmes, le palper abdominal pour préciser la taille et la présentation du fœtus, et l'auscultation des bruits du cœur fœtal.
- ✓ Examen du neuvième mois : il faut évaluer les modalités de l'accouchement. L'examen général recherche les éléments cités précédemment.
- ✓ Examens complémentaires : sont identiques à ceux de la première consultation.

Les examens sont orientés selon la pathologie décelée au cours de la CPN : le nombre d'échographie, de retard de croissance in utero, de diabète gestationnel et à terme en cas de bassin rétréci (pour évaluer les mensurations fœtales).

Surveillance au cours des trois derniers mois :

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

- **Consultation prénatale recentrée :**

- **Concept :** c'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que le nombre de visites.

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

Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développement souvent [5].

Conditions et principes de la CPN recentrée :

Conditions : ce sont :

- Un prestataire qualifié :
- L'éducation sanitaire.

Principes ce sont

La détection et le traitement précoce des complications de la grossesse ;

La promotion des moustiquaires imprégnées ;

L'utilisation de la SP pour la chimioprophylaxie ;

La préparation à l'accouchement.

La consultation prénatale recentrée programme au moins quatre visites au cours de la grossesse.

Première visite : avant 14 semaines d'aménorrhée, au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.

Deuxième visite : entre la 15 et la 27 semaines d'aménorrhée ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.

Troisième visite : entre 28 à 34 semaines d'aménorrhée

Quatrième visite : à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée.

Au cours de cette dernière, l'examen du bassin est impératif le praticien doit déterminer le pronostic de l'accouchement, la voie d'accouchement ainsi que le lieu d'accouchement.

METHODOLOGIE

1-Définition du cadre d'étude :

L'enquête a eu lieu dans deux (2) CSCOM en commune VI du district de Bamako : centre de santé communautaire de Magnambougou et de Missabougou.

Il s'agit des centres de santé communautaire ayant un rôle de premier contact avec la population placés sous la direction d'un médecin chef. Toutefois les activités chirurgicales n'y sont encore possibles vu le plateau technique.

2- Type d'étude :

Notre étude qui s'est déroulée de Janvier à Juin 2008 est une enquête d'observation transversale avec recueil prospectif de données sur le déroulement de la CPN et les résultats obstétricaux. Les dernières CPN ont été choisies en raison du fait qu'elles représentent les ultimes occasions pour dépister un facteur de risque et prendre les mesures et précautions nécessaires pour l'accouchement en toute sécurité.

L'étude a comporté :

- une phase d'observation qui consistait à noter sur un formulaire les gestes techniques effectués par la sage-femme (et par les autres catégories de personnel) ;
- une phase participative ; en effet :
 - le personnel portait le résultat des gestes techniques effectués et leur interprétation sur le carnet de CPN ;
 - la sage-femme analysait tous les résultats et donnait sa conclusion sur l'examen prénatal sur un formulaire, elle y précisait les mesures thérapeutiques et préventives à prendre et faisait un pronostic au cours de cette séance ultime avant l'accouchement. L'observateur jouait aussi le rôle d'examineur anonyme. Il portait ses propres conclusions sur la CPN sur un autre formulaire.

Les examens non effectués étaient repris par l'enquêteur. Une comparaison des résultats devait intervenir par la suite. La deuxième partie de l'enquête consistait à retrouver les dossiers de la gestante au moment de l'accouchement pour s'informer sur les résultats obstétricaux. En fin une visite au niveau des maternités nous a permis d'obtenir des précisions complémentaires sur l'itinéraire thérapeutique, les conditions

d'accouchement, son déroulement et son issue. Le partogramme a été analysé pour compléter les données.

3-Echantillonnage :

-Critères d'inclusion : les dernières CPN sont généralement réalisées entre les 7^{ème} et 9^{ème} mois de la grossesse.

Ce qui nous a amené à retenir dans notre échantillon les gestantes dont la grossesse se situe entre 7 et 9 mois. Les autres critères d'inclusion étaient la fréquentation de l'unité CPN dans une structure retenue pour l'étude au cours de la période d'enquête.

- Critère de non inclusion : toutes les gestantes dont l'âge de la grossesse est inférieur à 7 mois.

L'enquête étant exhaustive, on ne pouvait déterminer la taille de l'échantillon.

4-Les variables :

Les variables suivantes ont été récoltées au moyen de nos formulaires d'enquête.

Il s'agit :

- les variables d'identification, du statut matrimonial ;
- de la catégorie socio professionnelle de la gestante ;
- des antécédents médicaux et gynéco obstétricaux de la gestante ;
- des gestes techniques effectués par le personnel et le résultat ;
- des résultats de la CPN selon la sage-femme et selon notre équipe ;
- des mesures et décisions prises à l'issue de la CPN ;
- de l'itinéraire thérapeutique ;
- des conditions et du résultat de l'accouchement.

5-Le traitement et l'analyse des données :

Les données ont été saisies par Word 2003 et Excel 2003 puis analysées par le logiciel Epi-Info 6.04. La probabilité (P) a été déterminée avec un risque α de 0,05% le test khi 2 a été utilisé.

- Les indicateurs de procédure :

Il s'agit dans les deux groupes (femmes normales, femmes à risque) de déterminer:

- la proportion des femmes ayant une CPN correcte ;
- la proportion des femmes ayant fait un bilan prénatal ;
- la proportion des femmes ayant fait une prévention anti-palustre, antitétanique et antianémique (supplémentation en fer).

- Les indicateurs de résultat :

- la proportion de femmes accouchant à domicile ;
- la proportion de femmes accouchant en milieu spécialisé ;
- la proportion de femmes évacuées au moment de l'accouchement ;
- la proportion de femmes dystociques ;
- la proportion de femmes ayant un nouveau né hypotrophique ;
- la proportion de femmes accouchant d'un mort né.

6-Système de classement : Méthode de Donabedian [15]

Une cotation de 0 à 1 a été faite pour les critères ci dessus identifiés.

Chaque référence composée de critères a été cotée de 0 à 4. La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité des structures. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les 10 références est de 40. L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Niveau IV : 95 à 100% de score maximal soit un score total de 38 à 40.
- Niveau III : 75 à 94,99% de score maximal soit un score total de 30 à 37,99.
- Niveau II : 50 à 74,99% de score maximal soit un score total de 20 à 29,99.
- Niveau I : inférieur à 50% de score maximal soit un score total inférieur à 20.

Le niveau de qualité de CPN a été déterminé à partir des scores obtenus, lors de la réalisation des valeurs discriminatoires.

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

- ✓ Une première échelle où les CPN sont dites :
 - ❖ De bonne qualité : si toutes les variables discriminatoires sont réalisées ;
 - ❖ De moins bonnes qualités : si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisées ;
- ✓ Une deuxième échelle où les CPN ont été classées en quatre niveaux de qualité :
 - ❖ Elevée (Q4) : 95 à 100% des gestes techniques sont réalisés ;
 - ❖ Assez élevée (Q3) 75 à 94,99 des gestes techniques sont réalisés ;
 - ❖ Moyen (Q2) 50 à 74,99% des gestes techniques sont réalisées ;
 - ❖ Faible (Q1) moins de 50% des gestes techniques sont réalisées.

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

Les critères de ce classement ont été :

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

RESULTATS

a. **Les résultats descriptifs** : Aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou nous avons recensé du 1^{er} janvier au 30 juin 2008, 162 gestantes pour leurs dernières CPN réparties comme suite :

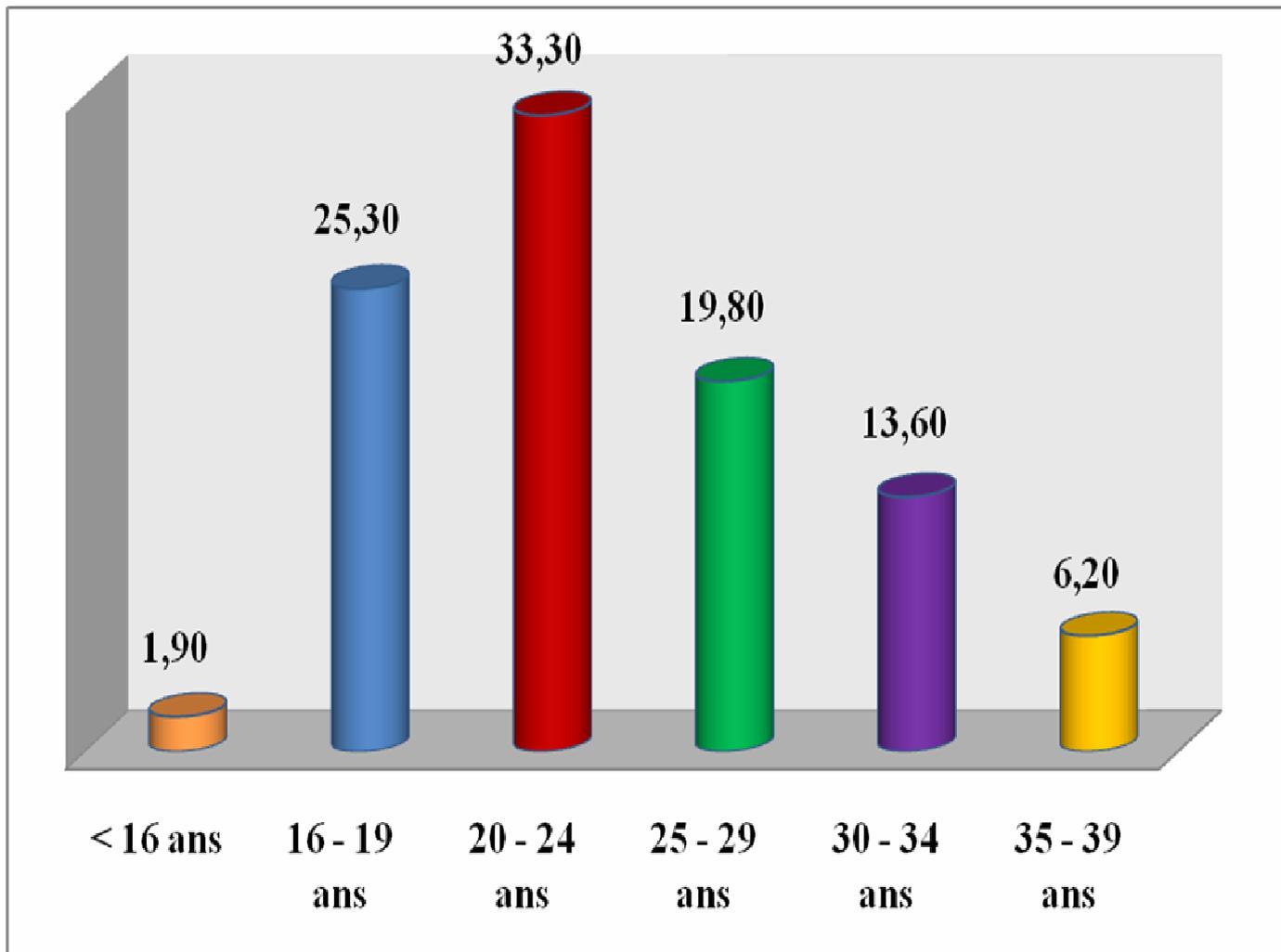


Figure 1 : Répartition des gestantes selon la tranche d'âge.

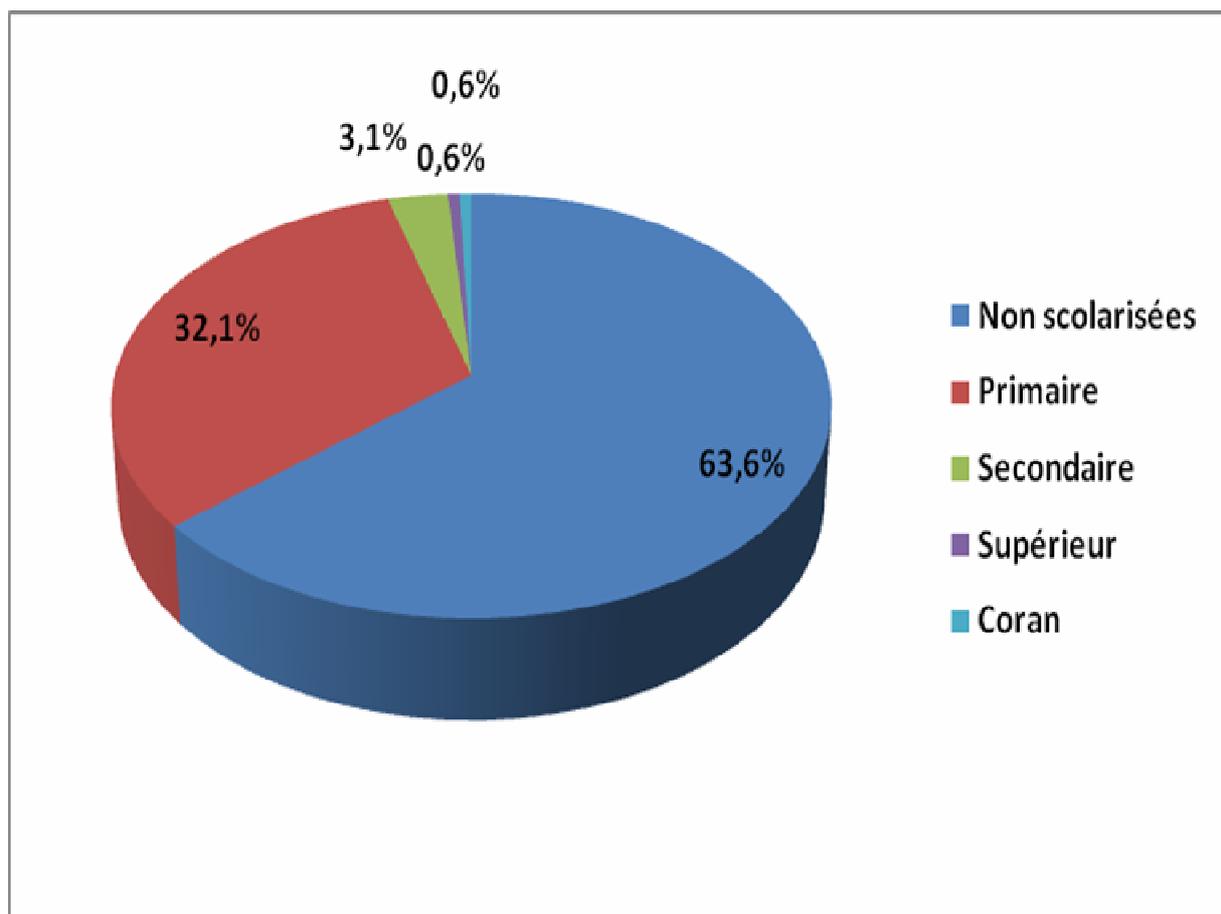


Figure 2 : Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction.

Tableau I: Répartition des gestantes selon la profession.

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Ménagère	105	64,8
Vendeuse	35	21,6
Elève	16	9,9
Etudiante	2	1,2
Teinturière	2	1,2
Fonctionnaire	1	0,6
Aide-ménagère	1	0,6
Total	162	100

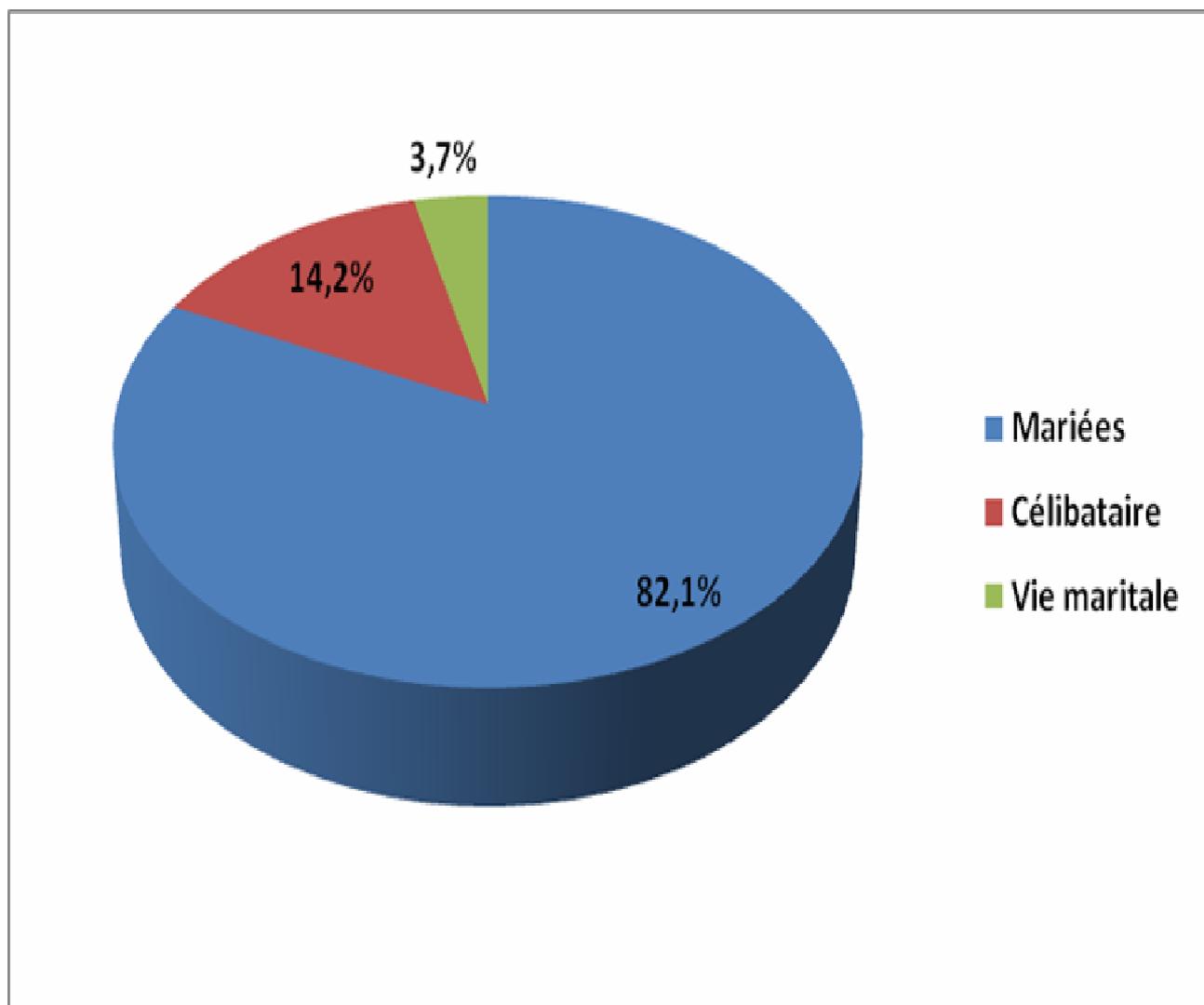


Figure 3 : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial.

Tableau II : Répartition des gestantes selon la Gestité.

Gestité	Effectif	Fréquence (%)
Primigeste	49	30,24
Pauci geste	63	38,88
Multigeste	40	24,69
Grande multi geste	10	6,17
Total	162	100

Tableau III: Répartition des gestantes selon la parité.

Parité	Effectif	Fréquence (%)
Nullipare	49	30,24
Primipare	23	14,19
Pauci pare	65	40,12
Multipare	18	11,11
Grande multipare	7	4,32
Total	162	100

Tableau IV: Répartition des gestantes selon l'avortement déjà survenu.

Nombres d'avortement	Effectif	Fréquence (%)
0	152	93,38
1	8	4,93
2	2	1,23
3	0	0
Total	162	100

Tableau V: Répartition des gestantes selon l'issue de l'accouchement précédent.

Accouchement précédent	Effectif	Fréquence (%)
Accouchement normal	140	86,64
Mort-né	5	3,08
Hémorragique	4	2,46
Travail prolongé	7	4,32
Prématurité	4	2,46
Réanimation du nouveau né	2	1,23
Total	162	100

Tableau VI : Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse.

Histoire de la grossesse	Effectif	Fréquence (%)
Ecoulement vaginal	158	97,53
Détermination de l'âge de la grossesse	132	81,48
Vomissement	136	83,95
Détermination de la DDR	86	53,08
Détermination de la DPA	86	53,08
Fatigue	146	90,12
Troubles urinaires	130	80,24
Survenue de palpitation	79	48,76
Survenue de dyspnée	87	53,7

b. Les résultats analytiques :

Tableau VII: Répartition des gestantes en fonction du traitement préventif.

Traitement préventif	Effectif	Fréquence (%)
Fer/ acide folique	160	98,76
S. P	162	100
VAT	162	100

Tableau VIII: Répartition des gestantes en fonction des examens complémentaires.

Examens complémentaires	Effectif	Fréquence (%)
Albumine/sucre dans les urines	162	100
Dépistage du VIH	83	51,23
Echographie	86	53,08
BW	82	50,61
Groupage Rhésus	102	62,96
Taux d'hémoglobine	96	59,25
NFS	96	59,25
Test d'Emmel	114	70,37
Electrophorèse de l'Hb	2	1,23
Sérologie toxoplasmose	82	50,61

Tableau IX : Répartition des gestantes selon la qualification des prestataires.

Qualification des prestations	Effectif	Fréquence (%)
Sage femme	96	59,26
Infirmière obstétricienne	63	38,89
Aides soignantes	2	1,23
Matrone	1	0,62
Total	162	100

Tableau X : Répartition des gestantes selon le moyen de transport utilisé pour accéder aux centres de santé.

Moyens de transport	Effectif	Fréquence (%)
Pied	132	81,48
Transport collectif	13	8,02
Véhicule personnel	7	4,32
Taxi	10	6,17
Total	162	100

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

Conditions d'accueils	Effectif	Fréquence (%)
Invité à s'asseoir	162	100
Salutations conformes aux convenances sociales	160	98,77
Manifestation d'intérêt pour la gestante	159	98,15
Salutation d'usage au départ	161	99,38
Bonne attitude envers les gestantes	162	100

Tableau XII : Répartition des gestantes selon les critères évoqués pour le choix du centre.

Critère de choix du centre	Effectif	Fréquence (%)
CSCOM proche du domicile	122	75,31
Personnel compétent	18	11,11
Connaissance d'un personnel dans l'établissement	12	7,41
Personnel accueillant	5	3,09
Tarifs peu élevés	2	1,23
Sur conseil d'une connaissance externe	3	1,85
Attente pas trop longue	0	0
Total	162	100

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon les conseils donnés.

Conseils donnés	Effectif	Fréquence (%)
VIH IST/SIDA	162	100
Repos	150	92,59
Planning familial	158	97,53
Aucun	6	3,7

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

Interaction gestantes-prestataires	Effectif	Fréquence (%)
Ordre de passage respecté	160	98,77
Attente confortable	159	98,15
Réception agréable	157	96,91
Satisfaction des gestantes	156	96,3
Confidentialité respectée	152	93,83

Tableau XV : Répartition des gestantes en fonction de la présence de facteurs de risque.

Nombre de facteurs de risque identifiés	Effectifs	Fréquence
Aucun facteur de risque	140	86,64
1 facteur de risque	16	9,87
2 ou plusieurs facteurs de risque	6	3,70
Total	162	100

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon la nature des facteurs de risque.

Nature des facteurs de risque	Effectifs	Fréquence
Grande multipare	10	6,17
Antécédents d'avortement	9	5,55
Présence de cicatrice utérine	6	3,70
Antécédents de mort-né	4	2,46
Hypertension artérielle	3	1,85
Age < 16 ans	3	1,85
Petit poids maternel (< 45kg)	2	1,23
Anémie	1	0,61

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon la réalisation des gestes techniques.

Gestes techniques	Effectifs	Fréquence
Interrogatoire sur l'intervalle inter génésique	100	61,72
Mesure de la taille	160	98,76
Mesure du poids	158	97,53
Mesure de la hauteur utérine	162	100
Mesure de la Tension Artérielle	152	93,82
Recherche d'œdèmes des membres inférieurs	90	55,55
Recherche de pâleur sous conjonctivale	147	90,74
Toucher Vaginal	162	100
Palpation (présentation)	147	90,59
Auscultation (Bruits du Cœur Fœtal)	118	72,83
Examen du bassin	0	0

Tableau XVIII : Comportement des femmes à risque face au bilan prénatal.

Comportement des femmes à risque	Femmes sans facteurs de risque	Femmes avec facteurs de risque	Total	% femmes sans facteurs de risque	% femmes avec facteurs de risque
Bilan usuel	38	33	71	23,46	20,37
Absence de bilan	41	50	91	25,31	30,86
Total	79	83	162	48,77	51,23

Khi2= 1,14

P = 0,34

Tableau XIX : Examen physique et bilan prénatal chez les gestantes.

Examen physique	Bilan prénatal	Absence de bilan	Total	% bilan complet	% bilan incomplet
Examen complet	25	64	89	15,43	39,51
Examen incomplet	18	55	73	11,11	33,95
Total	43	119	162	26,54	73,46

Khi2= 0,24 ;

P = 0,75

Tableau XX : Répartition des gestantes selon le motif de référence/évacuation.

Motif de référence/évacuation	Effectifs	Pourcentage
Hémorragies 3 ^e trimestre	11	33,33
Pré éclampsie	8	24,24
HU excessive	7	21,23
Présentations vicieuses	5	15,15
ATCD obstétrical chargé	2	6,07
Total	33	100

Tableau XXI: Dystocies et facteurs de risque chez les gestantes.

Accouchement	Femmes sans facteurs de risque	Femmes avec facteurs de risque	Total	% femmes sans facteurs de risque	% femmes avec facteurs de risque
Eutociés	74	61	135	45,68	37,65
Dystociés	11	16	27	6,79	9,88
Total	85	77	162	52,47	47,53

Khi2= 1,79;

P = 0,26

Tableau XXII : Dystocies et la fréquence des CPN chez les gestantes.

Accouchement	4 CPN et plus	Moins de 4 CPN	Total	% femmes suivies	% femmes non suivies
Eutociés	65	69	134	40,12	42,59
Dystociés	10	18	28	6,17	11,11
Total	75	87	162	46,3	53,7

Khi2= 1,52 ;

P = 0,30

Etat des nouveau-nés à la naissance :

Tableau XXIII : Etat des nouveau-nés à l'issue de l'accouchement.

Etat du nouveau-né	Effectifs	Fréquence
Non réanimé	141	87,04
Réanimé	18	11,11
Mort-né	3	1,85
Total	162	100

Tableau XXIV: Facteurs de risque et état des nouveau-nés.

Etat du nouveau-né	Femmes sans facteurs de risque	Femmes avec facteurs de risque	Total	% femmes sans facteurs de risque	% femmes avec facteurs de risque
Non réanimé	65	74	139	40,12	45,68
Réanimé	9	11	20	5,55	6,79
Mort-né	1	2	3	0,61	1,23
Total	75	87	162	46,3	53,7

Khi2= 0,01;

P = 0,87

Tableau XXV : Facteurs de risque et poids des nouveau-nés.

Poids du nouveau-né	Femmes sans facteurs de risque	Femmes avec facteurs de risque	Total	% femmes sans facteurs de risque	% Femmes avec facteurs de risque
≥ 2 500 g	83	60	143	51,23	37,04
< 2 500 g	6	13	19	3,7	8,02
Total	89	73	162	54,94	45,06

Khi2= 4,74 ;

P = 0,05

Tableau XXVI: Niveau de la qualité de la structure et des soins du centre de santé communautaire de Magnambougou.

Références	Niveau de qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	+				4	Respecte toutes les normes architecturales d'un CSCOM
2. Disposition d'accueil et d'orientation				+	1	Se limite au seul achat de ticket
3. structure, équipement, unité de consultation prénatale		+			3	Matériel technique incomplet pas thermomètre
4. équipement en salle d'attente	+				4	Conditions d'attentes favorables
5. unité annexe consultation	+				4	Matériel complet dans la salle dans la salle de consultation du médecin et salle de garde
6. laboratoire	+				4	Tout le bilan prénatal est favorable
7. pharmacie			+		2	Pas de système de protection contre la poussière
8. état des toilettes	+				4	Propre bien entretenues
9. système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets		+			3	- Réseau public approvisionne en eau - Absence d'incinérateur
10. système d'éclairage et de communication		+			4	- Bon éclairage - Téléphone pour la communication
Score total					33	

Suite Tableau XXVI : Niveau de la qualité de la structure et des soins du centre de santé communautaire de Magnambougou.

NB : A=4 ; B=3 ; C=3 ; D=0 ou 1.

+ désigne le niveau de qualité coché

Score maximal (SC. Max.)=40

Niveau de qualité :

Niveau 4 : 95 -100% SC. Max. soit 38 à 40

Niveau 3 : 75-94% SC. Max. soit 30 à 37,99

Niveau 2 : 50-74% SC. Max. soit 20 à 29,99

Niveau 1 : moins de 50% SC. Max. soit moins de 20.

La structure est de niveau 3, les références évaluées sont satisfaisantes à 82,50%.

Tableau XXVII: Niveau de la qualité de la structure et des soins du centre de santé communautaire de Missabougou.

Références	Niveau de qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	+				4	Respecte de certaines normes architecturales d'un CSCOM
2. Disposition d'accueil et d'orientation				+	1	Il se limite au seul achat de ticket
3. structure, équipement, unité de consultation prénatale		+			3	Matériel technique incomplet pas gestogramme
4. équipement en salle d'attente	+				4	Conditions d'attentes favorables
5. unité annexe consultation	+				4	Matériel complet dans la salle de consultation du médecin et salle de garde
6. laboratoire	+				4	Tout le bilan prénatal est favorable
7. pharmacie			+		2	Pas de système de protection contre la poussière
8. 8.état des toilettes				+	1	Sales peu entretenues
9. système d'approvisionnement en eau et élimination des déchets	+				4	- Réseau public approvisionne en eau - Absence d'incinérateur
10. système d'éclairage et de communication	+				4	- Réseau assure l'éclairage - Téléphone pour la communication
Score total					31	

Suite Tableau XXVII : Niveau de la qualité de la structure et des soins du centre de santé communautaire de Missabougou.

NB : A=4 ; B=3 ; C=3 ; D=0 ou 1.

+ désigne le niveau de qualité coché

Score maximal (SC. Max.)=40

Niveau de qualité :

Niveau 4 : 95 -100% SC. Max. soit 38 à 40

Niveau 3 : 75-94% SC. Max. soit 30 à 37,99

Niveau 2 : 50-74% SC. Max. soit 20 à 29,99

Niveau 1 : moins de 50% SC. Max. soit moins de 20.

La structure est également de niveau 3, les références évaluées sont satisfaisantes à 77,50%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

c. Volet CPN

i. Monographie des structures de soins et étude des procédures :

➤ Interaction gestante personnel de soins prénatals

Nous nous sommes référés aux domaines tels que le respect physique et psychique le respect de l'intimité et de la confidentialité de la CPN pour explorer la qualité de l'interaction gestante prestataire.

Ce volet est très important pour la CPN car la recherche sur la pratique obstétricale est importante compte tenu des objectifs visés par les soins de santé maternelle.....sécurité satisfaction et économie.

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

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

Ces opinions favorables s'expliqueraient par le respect de l'ordre de passage au cours de la CPN (98,77%). L'attente confortable selon 98,15% des gestantes. Le respect de la confidentialité selon 93,83% des gestantes. Ce même constat a également été fait par Fomba S [17] et de Dembélé L [11].

Au total il y'avait une bonne interaction gestante personnel soignant.

Ce constat est similaire à celui retrouvé dans l'étude de Koïta M [24] de Traoré M K [36] et de Konaté S [25].

➤ Démarche clinique et thérapeutique :

- Qualification du personnel

Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans 38,89% par des infirmières obstétriciennes. Ce résultat est inférieur aux proportions retrouvées par Dembélé L. 41,0% [11] et de Kamissoko M [22] 39%

- Interrogatoire au cours de la CPN

- Sur la situation personnelle de la gestante : de nombreux paramètres tels que l'âge et la profession du mari ainsi que la résidence de la gestante étaient demandés à 100%.

En revanche la situation socio économique et la durée de présence dans la capitale n'étaient pas du tout explorées.

L'exploration de la situation socio économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes revenus satisfaisantes).

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

- Interrogatoire sur les ATCD médicaux et obstétricaux :

Les antécédents obstétricaux ont été recherchés mais les praticiennes ne se renseignèrent pas sur l'état de santé des enfants par contre les antécédents médicaux étaient toujours demandés. L'exploration de ce paramètre permettait de prévenir les infections néonatales avec leur conséquence de mort fœtale in utero et de fœtopathies.

- Interrogatoire sur la date probable d'accouchement (DPA)

- La DDR était connue dans 53,08%. Ce taux est supérieur à celui de KOITA [24] 12% et de DEMBELE L. [11] (49,0%). La connaissance de début de la grossesse permettra de mieux la suivre ; de reconnaître les retards de croissance intra-utérine ; de HU excessives (macrosomie fœtale, fibrome, hydramnios et grossesse multiple) et de déterminer la date de l'accouchement afin d'éviter les complications du post terme. En pratique les obstétriciens français calculent le terme étant le 287^{ème} jour suivant le premier jour de la DDR soit 41 SA [1].

- * Avant 37 SA l'accouchement est prématuré ;
- * Entre 37-42 SA il est dit à terme ;
- * Après 42 SA il est dit à post terme.

Il est donc nécessaire d'amener les praticiens à informer toutes les femmes enceintes de leur DPA et cela depuis la première CPN.

Concernant l'examen physique, nous avons constaté que les gestes tels que l'examen du bassin à la recherche de boiterie ainsi que l'auscultation cardio pulmonaire à la recherche de cardiopathie n'étaient pas exécutés. Il en a été de même chez GOITA N. [19] de TRAORE M K [36] et de BERTHE A. [5].

- Analyse par rapport aux examens complémentaires :

Selon les normes et procédure de la CPN au Mali [2] les examens complémentaires doivent être demandés dès la 1^{ère} consultation. Ils sont souvent indispensables pour la détection de certains facteurs de risques.

De ce fait ils représentent une arme efficace pour détecter des pathologies accompagnant la grossesse.

Dans notre étude le dépistage du VIH/SIDA en vue du programme de la PTME ('prévention de la transmission mère enfant), la recherche d'Albumine et de sucre dans les urines ont été les plus effectués avec respectivement : 93,82% et 100%.

Par contre certains examens complémentaires obligatoires tels que le groupage Rhésus, le BW et le taux d'hémoglobine étaient effectués avec respectivement 62,96%, 50,08% et 59,25%. Ces résultats sont supérieurs de ceux de KONATE S. [25] qui étaient de 41,5% et de KOITA M. [24] qui étaient de 38,5%.

L'échographie est un moyen important de diagnostic et de surveillance de la grossesse. Cet examen est indispensable à plus d'un titre pour un bon suivi de la grossesse. Toute gestante doit en bénéficier au moins 3 fois :

- Au premier trimestre pour vérifier la vitalité embryonnaire, de préciser l'âge gestationnel, d'identifier les grossesses multiples et molaires et enfin de vérifier l'état des ovaires [1].
- Au deuxième trimestre elle permet un examen minutieux de tous les organes fœtaux, de sa morphologie externe, de la quantité du liquide amniotique et de la position du placenta [1].

- Au troisième trimestre elle doit être demandée surtout entre 30-33 SA, elle apprécie la biométrie fœtale (ce qui permet de s'assurer de son état eutrophique par rapport au terme [1]).

Dans notre étude, l'échographie a été faite dans 53,08%. Ce taux est supérieur à celui de GOITA N. [19] : 29,0% et de FOMBA S. [17] 1,7%.

- Analyse par rapport aux choix de la structure et le moyen de transport utilisé pour accéder au centre :

La majorité des gestantes (81,41%) venait à pied pour leur CPN. Ce taux est inférieur à celui de FOMBA S. [17] 88,5% mais supérieur à celui de TRAORE M K [33] 69% et de GOITA N. [19] 57,5% et de BERHE A. [5] 44%.

Ce résultat s'expliquerait par le fait que la plupart des gestantes résidaient dans l'aire de santé.

La proximité du domicile familial au CSOM a été le critère de choix de la structure pour la majorité des gestantes (75,31%).

Ce résultat est encourageant car les CSCOM ont été créés dans l'objectif d'approcher le plus possible les structures de santé aux populations.

Ce taux est inférieur à celui de KAMISSOKO M. [22] 88,0% et supérieur à celui de DEMBELE L. [11] 61,5% de TRAORE M K [36] 59% et de KONATE S. [25] 39,5%.

*** Les soins préventifs :**

- Par rapport à l'anémie :

98,76% des gestantes ont bénéficié une supplémentation martiale. Ce taux est supérieur à celui de KONATE S. [25] qui avait trouvé 22% de KOITA [24] et de FOMBA S. [17] 92,3%.

Chez la femme, les besoins en fer sont énormes car la grossesse, l'allaitement et les règles sont autant de facteurs entraînant les pertes excessives en fer.

- Par rapport à la chimioprophylaxie anti palustre :

La SP (Sulfadoxine Pyriméthamine) a été reçue chez 100% des gestantes.

Toutes les gestantes ont bénéficié des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII+)

- Par rapport à la prophylaxie contre le tétanos :

La vaccination antitétanique a été faite chez 100% des gestantes. Ce taux est similaire à celui de BETHE A. [5] 100% et de GOITA N. [19] 100% des cas.

- Les groupes à risque (notion de risque)

Les grossesses à risque sont nombreuses et variées : primipares jeunes ou âgées ; grandes multipares ; femmes petites à bassin petit ou vicié ; les femmes atteintes de diabète d'anémie, de néphropathie, d'HTA et de cardiopathie [4].

- Par rapport à l'âge :

Notre échantillon comportait 27,2% des gestantes ayant moins de 20 ans (adolescentes) alors que les femmes de plus de 35 ans ne représentaient que 5,17%. Ces taux sont inférieurs à ceux de KONATE S. [25] qui étaient respectivement de 33,5% et 7,5%.

Etre enceinte entre 10-14 ans augmente le risque de décès maternel de 5 fois, alors qu'il double entre 15-19 ans et est décuplé entre 40-44 ans [28].

- Le risque lié à la gestité :

Les primigestes représentaient 30,24% alors que les multi gestes et les grandes multi gestes représentaient 30,86%. Ces taux sont supérieurs à ceux de FOMBA S. [17] 17,24% et 20,68% et inférieur à ceux de KOITA M. [24] 30,5% et 46,5%.

Ces deux groupes méritent une attention particulière à cause des risques spécifiques qu'ils représentent. En effet le taux de mortalité maternelle triple après la cinquième grossesse [8].

- Par rapport à la profession

Les ménagères représentaient 64,8% de notre échantillon. Ce taux est inférieur à celui de KONATE M. [25] 80% et de FOMBA S. [17]84,5%. Celles-ci ne bénéficiant pas de repos surtout diurne ; constituant un groupe à risque pour la bonne évolution de la grossesse. Les praticiens ne se renseignaient pas toujours sur l'intervalle inter gésique alors que tout intervalle inter gésique inférieure à 24 mois est considéré comme facteur de risque pour la grossesse [7].

d. Volet accouchement :

i. Etude des procédures :

* Analyse des caractéristiques socio – démographique :

• Par rapport à l'âge :

Notre étude a révélé que la tranche d'âge 16-19 était représentée à 25,3%. Ce taux est inférieur à celui de FOMBA S. qui avait 39% des cas [17]. Ce qui peut expliquer la sexualité précoce ou le mariage précoce.

• Par rapport au niveau d'alphabétisation

Nous avons trouvé 63,6% d'analphabètes. Ce taux est supérieur à celui de FOMBA S. qui avait trouvé 49% [17]. Ce qui n'est pas de nature à faciliter la tâche des praticiens.

• Par rapport au statut matrimonial :

Notre échantillon comportait 82,1% de femmes mariées. Ce qui est une bonne chose car c'est le statut le plus favorable pour la conception surtout quant on considère le rôle important de la famille dans la gestion de la grossesse.

• Par rapport à la Gestité :

Notre étude a révélé que 24,69% des parturientes étaient des multi gestes. Ces femmes devraient bénéficier d'une surveillance particulière surtout dans le post partum immédiat à cause des risques liés à l'hypotonie utérine dont elles sont les plus exposées.

* Analyse du déroulement de l'accouchement :

- **Par rapport à l'interrogatoire :**

Les paramètres comme la DDR, la fréquence des douleurs les pertes liquidiennes et sanguines ont été explorés.

L'examen du carnet était systématique permettant ainsi de détecter les antécédents des parturientes afin de dépister les grossesses à risque.

- **Par rapport à l'examen général et obstétrical :**

L'examen général était de niveau faible (niveau I). En effet les paramètres comme l'examen des conjonctives, l'auscultation cardiaque, la recherche d'OMI ont été rarement explorés ainsi que la prise de la température. Néanmoins (l'examen obstétrical était de bonne qualité dans l'ensemble (niveau III).

- **Par rapport aux traitements reçus :**

Les antispasmodiques ont été utilisés dans 85,2% des cas. Ce qui est inférieur à celui de FOMBA S. [17] 87,5% mais supérieur à celui de COULIBALY M. [9] qui était de 55%.

- **Par rapport à l'utilisation du partographe :**

Notre étude a montré que cet outil indispensable au suivi scientifique du travail a été utilisé de façon convenable de plus de 80% des cas.

Ceci nous montre l'importance de cet outil facilement maniable et non coûteux dans la prise de décision. Une étude menée en 1998 au centre de santé de référence de la commune VI [3] a montré que l'utilisation de cet outil a permis :

- Une réduction du taux mortalité néonatale de 19,6 – 21 pour 1000.
- Une réduction de la mortalité de 33 à 17,3 pour 1000 ;
- Une réduction du taux de décès maternelle de 131 à 206,6 pour 1000 [3].

- **Par rapport aux soins immédiats au nouveau-né :**

Ils étaient de qualité assez bonne dans l'ensemble des cas d'hypotrophie et de prématurité ont été envoyés en néonatalogie.

L'utilisation des linges propres était pratiquée dans la majorité des cas ainsi la mise au sein du nouveau – né.

- **Par rapport aux conseils donnés aux accouchées :**

L'allaitement maternel ainsi le planning familial étaient les conseils les plus donnés.

- **Par rapport à la durée de l'accouchement :**

Nous avons constaté que plus de 80% des parturientes accouchaient en moins de deux heures après leur admission au centre. Cet état de fait expliquerait un peu la croyance de ces femmes non instruites en général. En effet le fait de rester longtemps sans accoucher serait interprété comme une faiblesse.

Des efforts doivent être faits pour réduire à néant ces croyances sociales.

- **Par rapport à la durée du séjour après l'accouchement :**

Ce séjour était de deux heures au moins permettant ainsi le dépistage précoce des complications du post- partum.

D'autres sont parties plus précocement suite aux demandes insistantes de la famille mais surtout par l'étroitesse des salles de repos.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-Conclusion :

Notre enquête qui s'est déroulée du 02 Janvier au 30 Juin 2008 a permis de mettre en exergue les problèmes liés à la pratique de la CPN. Elle nous a montré que les dernières CPN ne permettent pas totalement de corriger toutes les lacunes des CPN antérieures dans nos centres de santé (CSCOM).

Evaluant les procédures de CPN, notre étude a montré que :

- Tous les facteurs de risque n'étaient pas découverts à l'issue de l'examen ;
- Les gestes techniques essentiels n'étaient pas toujours effectués en totalité ;

En tenant compte de l'opinion des gestantes et de notre propre observation le respect physique et psychique (l'accueil) était de niveau élevé (IV).

Le respect de l'intimité et de la confidentialité étaient de niveau assez élevé (III).

Les CPN étaient pratiquées en majorité par les sages femmes. Les conseils donnés aux gestantes en général étaient sur les IST/SIDA et l'écoulement vaginal.

L'examen complémentaire le plus effectué était le dosage de l'albumine sucre dans les urines.

La supplémentation martiale, la prise des deux doses de SP (Sulfadoxine Pyriméthamine) ainsi la vaccination anti-tétanique étaient de niveau élevé (niveau IV).

- Quand aux résultats obstétricaux nous n'avons pas noté une différence significative des cas de dystocies entre femmes normales et femmes à risque, entre femmes bien suivies et femmes mal suivies etc.

Les mêmes remarques ont été faites pour l'état du nouveau-né à la naissance.

Par contre le poids de naissance des nouveau-nés était influencé par la présence de facteurs de risques chez la mère.

2-Recommandations :

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont faites et s'adressent :

2.1-Au personnel de santé :

- Renforcer la collaboration entre les unités de CPN et d'accouchement et le médecin en associant ce dernier aux prises de décisions ;
- Renforcer l'interaction patiente – soignants par l'IEC sur le planning familial, l'allaitement, le programme élargi de vaccination (PEV) et les avantages de se rendre dans un centre de santé dès le premier trimestre de la grossesse ainsi au moment de l'accouchement dès les premiers signes du travail d'accouchement.
- Former et recycler le personnel dans la détection des grossesses à risque ;

2.2-Au comité de gestion :

- Chercher des partenaires pour la construction et l'équipement des locaux ;
- Doter les centres d'incinérateurs pour l'élimination des déchets biomédicaux ;
- Sensibiliser la population pour la fréquentation des CSCOM ;

2.3-Aux autorités politiques et administratives :

- Construire des centres de santé respectant les normes architecturales ;
- Instaurer un système de prise en charge des plus démunis ;
- Définir des standards de qualité pour la CPN ;

2.4- A la population :

- Prendre plus de conscience de leur rôle essentiel dans l'amélioration de leur état de santé ;
- Accepter une franche collaboration avec le personnel de santé au cours des séances de CPN afin d'assurer un accouchement meilleur le moins risque possible ;
- Fréquenter les centres de santé pour les CPN et les accouchements ;

Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune VI du District de Bamako

- Se rendre au centre de santé le plus proche dès les premiers signes du travail d'accouchement ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.

REFERENCES

REFERENCES:

1. **Angoulvent P.** : La grossesse. Collection encyclopédique. Presse universitaire de France ; 1990.
2. **Anonyme** : Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale ; Ministère de la santé et des affaires sociales de la République du Mali ; 2005.
3. **Bamba M.** : Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V : thèse de médecine Bamako: 1998 M 52 ; 34 P.
4. **Bernard et Gèneviève P.** : Dictionnaire médical pour les régions tropicales sous la direction de Jean Courte Joie, Harmattan ; Paris, 1984.
5. **Berthé A.** : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Korofina Salembougou dans la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2004 N 20 ; 81 P.
6. **Cellule de Planification et de Statistique:** Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000.
7. **Considération pratique** : Hart RH, Belsey MA et Tarimo E. Interaction des soins de santé maternelle et infantile des les SSP.
8. **Coordination Thoulon.** JM, Puech. F, Boog. G. Ellipses au Pelf/ Uref 1995. (P : 867) Université Francophone Obstétrique
9. **Coulibaly M.** : la qualité des accouchements dans les CSCOM ; thèse de médecine Bamako: 2001 M 46 ; 96 P.
10. **Déclaration commune OMS/ENUAP/ UNICEF/ Banque mondiale** : Réduire la mortalité OMS Genève, 1996, P 43.
11. **Dembélé L S:** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé communautaire II Niamakoro en commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2008 N29, 96 P.

12. **Division Santé Familiale** : Programme de santé familiale. Plan quinquenal 1988-1992. Mali décembre 1987, Page 76.
13. **Djilla B.** : contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravidité puerperalité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979 – 1988). Thèse de médecine Bamako 1989 N°54, 80 P.
14. **DNSI. CP / MS** : Enquête démographique et santé IV du Mali 2006.
15. **Donabedian Adevis**: Exploration Incassment and monitoring. The definition of quality and approaches to it is assessment health and ministration presse an arbour, Michigan 1980.
16. **Fenersteine M T**: Fruning the tide safe mother lood a distraction manual London MC Millan 1993.
17. **Fomba S.** : Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé Miproma de Magnambougou en commune VI du district de Bamako d'avril à juillet 2002. Thèse de médecine Bamako 2003 M 64 103 P.
18. **Formation continue des sages femmes** : 1994 / 1995 / 1996 / 1997 : Direction Nationale de la santé publique/mission française de coopération et d'action culturelle au Mali : école secondaire de la santé projet maternité sans risque.
19. **Goita N.** : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2006. M 210 102 P.
20. **Hoeberg; Ulf et Stig Wall**: Secular Trends in maternal Mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bulletin de l'organisation mondiale de la santé, 1986; 64 (1): 79-84.
21. **Hogberg and Wall S.**: secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980 Bul OMS 1986 P. 647-984.
22. **Kamissoko M** : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalabancoro ; Zone périurbaine de Bamako. Thèse de médecine : Bamako ; 2004 P.59-87 M87.

23. **Kassambara M.** : Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliqué à la commune VI du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako, 1990, N°15, P.179.
24. **Koita M.**: Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2001 M 41. 129 P.
25. **Konaté 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. M. 33 ; 56 P.
26. **Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest:** Résultat d'une enquête à Abidjan Bamako, Niamey Nouakchott (Novembre 1997) OMS bureau Afrique. Division santé de la famille.
27. **MSP – AS** : Déclaration de politique sectorielle de santé et de population du Mali ; 1990.
28. **OMS** : Bureau Afrique : division santé de la famille 1987.
29. **OMS (chronique)** : Mortalité maternelle : soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40 (5) 193-2002 (Genève 1986).
30. **OMS estimation relatives** : de 1990 de la mortalité maternelle 1^{ère} édition nouvelle méthodologie OMS/Unicef avril 1996 Genève P 16.
31. **OMS** : Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde ; Mars Juillet 1992 N°8 12 P.
32. **OMS**: Série de rapport technique 780 (1989) Amélioration des prestations des agents de santé communautaire dans les soins de santé primaire, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 1989.
33. **OMS** : Statistiques sanitaires mondiales. De l'évaluation de la mortalité maternelle. 1987, 40, N3 P 214-225.
34. **Papier nik** : Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action.

- 35. Sacko M.** : Evaluation de la surveillance prénatale dans le district de Bamako
Rép. Du Mali. Thèse de doctorat de l'université Pierre et Marie Curie (Paris)
Spécialité santé publique et pays en voie de développement 02 mars 1998.
- 36. Traoré M K** : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé
communautaire de Banconi. Thèse de médecine Bamako 2001 ; 121 P.

ANNEXES

Fiche d'enquête N⁰date....

IDENTITE :

I. CARACTERISTIQUES DE LA GESTANTE :

Q₁ ; Age : [_____] ans

Q₂ ; Profession : [_____]

1_ Ménagère ; 2 = Vendeuse ; 3 = fonctionnaire ; 4= Commerçant ;
6= autres ? ;Préciser

Q₃ ; Ethnie : [_____]

1= Bambara ; 2=Malinké ; 3=Peulh ; 4= Dogon ; 5=Soninké ; 6=Bozo ; 7= Minianka ; 8=
Sonrhai ; 9= Autres ? (à préciser)

Q₄ – Niveau d’instruction : [_____]

1= Non scolarisé ; 2= Primaire ; 3=Secondaire ; 4=Supérieur ; 5=Coranique

Q₅ _ Etat matrimonial ; [_____]

1= Mariée ; 2= Célibataire ; 3= Veuve ; 4= Divorcée ; 5= Vie maritale.

Q₆ ; Résidence habituelle
(Quartier ou village ?)

Q₇_ Profession du mari [_____]

1 = Cultivateur ; 2= Fonctionnaire ; 3= Commerçant ; 4= Ouvrier
; 5= Autres ? (Préciser)

**II _ CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE QUI A PRIS
EN CHARCHE LA GESTANTE :**

Q₈ : Qualification [_____]

1= sage femme ; 2= Infirmière obstétricienne ; 3= matrone ; 4= Médecin

Q₉= Statut [_____]

1=Fonctionnaire ; 2=Contractuel ; 3= Remplaçant ; 4= Stagiaire ;5= Autres

Q₁₁ durée de présence dans le centre [_____] ans

1= 0-1 an ; 2= 2 ans ; 3= 3 ans ; 4= sup. 4 ans

Q₁₂ Langue de Communication [_____]

1= Bambara ; 2= Français ; 3= Autres ? (A préciser).....

Q₁₄ La gestante comprenait la langue? [_____]

1= Non ; 2= Oui un peu ; 3 = Oui très bien

**Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune
VI du District de Bamako**

Q₁₅= Si non a-t-on fait appel à un interprète ? [_____]]
1= Oui ; 2= Non

Q₁₆ Salutations conformes aux convenances sociales [_____]]
1= Oui ; 2= Non

III – INTERROGATION SUR LA SITUATION PERSONNELLE DE LA GESTANTE

Q₁₇- Etes- vous déjà venue dans ce centre ? [_____]]
1= Non ; 2= Oui une fois ; 3= Oui plusieurs fois.

Q₁₈ – si oui pour quelle raison ? [_____]]
1= je ne sais pas ; 2= Consultation médicale ; 3= Consultation prénatale ; 4= accouchement ; 5= autre
(a préciser).....

Q₁₉- Comment étiez- vous installé pendant l'attente ? [_____]]
1= très inconfortablement ; 2= assez inconfortablement ; 3= Confortablement ; 4= assez
inconfortablement]. [_____] }

Q₂₀ –Comment avez-vous trouvé l'attente [_____]]
1= Longue ; 2= Rapide.

Q₂₁- L'ordre de passage a t-il été respecté ? [_____]]
1= Non ; 2= Oui

Q₂₂= Y avait-il des toilettes accessibles dans le service ?
1= je ne sais pas ; 2= non 3=oui mais sales ; 4=oui et propre

Q₂₃- La personne qui vous a reçus a-t-elle été ? [_____]]
1= désagréable ; 2=coopérative ; 3=indifférente ; 4= attentive.

Q₂₄- Avez-vous trouvé que la consultation était suffisamment confidentielle ? (Secret médical) ?
1= oui ; 2= Non

Q₂₅- Comment avez-vous trouvé les Locaux (1 à 4) [_____]]
1= vieux et sales ; 2= récents mais sales ; 2= vieux mais propres ; 3= vieux mais propres 4= récents
et propres

Q₂₆ – Distance parcourus pour venir au centre [_____]]
1= inf à 1 km ; 1= 1- 5 km 2= 6 -10 km ; 3= sup. à 10 km

Q₂₇ Moyen de transport utilisé pour venir au centre [_____]]
1= à pied ; 2= véhicule collectif ; 3= taxi ; 4 = véhicule personnel
5= Autre (a préciser).....

IV ANTECEDENTS OBSTETRIQUES :

Q₂₈ - Gestité [_____]]

**Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune
VI du District de Bamako**

1= Primigeste ; 2= Paucigeste ; 3= multi geste ; 4= grande multigeste.

Q29 – Parité [_____]

1= Nullipare ; 2= primipare ; 3= Paucipare ; 4= multipare ; 5= grande multigeste.

Q30 _ Nombre d'avortement déjà survenu [_____]

1=0 ; 1=1 ; 2=2 ; 3=3 ; 4= sup à 4.

Q31 _Nombre d'enfant vivant [_____]

1=0 ; 1=1-3 ; 3=4-6 ; 4= sup = à 7.

Q32 _ décès déjà survenu [_____]

1=0 ; 2=1-3 ; 3= 4-6 ; 4= sup = à 7

Q33_ age des décès [_____]

1= inf à 1 mois ; 2= 1 mois - 1 an 3=2-3 ans 4= sup à 4 ans

Q34_ Causes des décès [_____]

1= Infections néonatales ; 2= paludisme ; 3= Autres ? Préciser.....

V / ANTECEDENTS MEDICAUX :

Q35. Cardiopathie [_____] 1= oui ; 2= Non

Q36. Ictère ; [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q37. Asthme; [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q38. Anémie ; [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q39. Diabète ; [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q40 Autres a préciser :.....

VI / DEROULEMENT DE LA GROSSESSE :

Q41. Vomissement ? [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q42. Fatigue ? [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q43. Survenue de palpitation ? [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q44. Survenue de dyspnée ? [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q45. Perte liquidienne ? [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q46. Métrorragie ? ; [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q47. Troubles Urinaires ? [_____] 1= oui ; 2 = Non

Q48. Repos ? [_____] 1= oui ; 2 = Non

VII. DETERMINATION DE LA DATE D'ACCOUCHEMENT

Q49. Détermination de la date probable d'accouchement [_____] 1= connue ; 2= inconnue

Q50. Détermination de la date des dernières règles [_____] 1= connue ; 2= inconnue

**Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune
VI du District de Bamako**

Q₅₁. Détermination de l'Age de la grossesse [_____]

1= connue ; 2= inconnue

VIII- DETERMINATION DE LA CONSULTATION :

Q₅₂. Pesée ? [_____] Kg

1= 30-50; 2= 51-100; 3= Sup à 100.

Q₅₃. Mesure de la taille [_____] m.

1= 1-1,49 ; 2= 1,50-2 ; 3= Sup a 2.

Q₅₄.recherche d'une boiterie [_____]

1= oui ; 2 = Non

Q₅₅. Examen des conjonctures [_____]

1= oui ; 2 = Non

Q₅₆. Mesure de T.A Cm Hg [_____]

1= Normale ; 2 = Hypertendue

Q₅₇. Consultation cardiaque [_____]

1= Normale ; 2 = pathologique

Q₅₈. Consultation pulmonaire [_____]

1= Normale ; 2 = pathologique

Q₅₉. Palpitation de l'abdomen [_____]

1= Normale ; 2 = pathologique

Q₆₀. Mesure de la hauteur utérine en cm [_____]

1= inf à 36 ; ou sup à 36.

Q₆₁. Auscultation (BDCF) [_____]

1= oui ; 2 = Non

Q₆₂. Présentation du fœtus [_____]

1= Céphalique ; 2 = Siège ; 3= transversal ;
4= autres ? (Préciser)

Q₆₃. Examen au spéculum [_____]

1= oui ; 2 = Non

Q₆₄. Toucher vaginal [_____]

1= oui ; 2 = Non

IX _ EXAMEN PARACLINIQUE =

Q₆₅. Albumine sucre [_____]

1= oui fait ; 2 = Non fait

**Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune
VI du District de Bamako**

Résultat

Q₆₆. BW [____]

1= oui fait ; 2 = Non fait

Résultat

Q₆₇. Groupage rhésus [____]

1= oui fait ; 2 = Non fait si oui précisez GS RH

Q₆₈ Test d'Emmel [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Résultat

Si oui ; Electrophorèse de L'HB [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Résultat

Q₆₉ Taux d'HB [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Résultat

Q₇₀ Glycémie [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Résultat

Q₇₁ Sérologie de Toxoplasmose [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Résultat

Q₇₂ PV [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Résultat

Q₇₃ EBCU [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Résultat

Q₇₄ Echographie [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Résultat

X. Vaccination :

Q₇₅ Vaccin antitétanique / VAT₁ [____] ; VAT₂ [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Q₇₆ Au cours de cette grossesse ? [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Q₇₇ Au cours des grossesses antérieurs ? [____] 1= oui fait ; 2= non fait

XI. HYGIENE DE LA CONSULTATION :

Q₇₈ . Un tissu est –il pose sur la table d’examen ? [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Q₇₉ Si oui est-il fournit par le centre ? [___] 1= oui fait ; 2= non fait

Si non s’agit-il du pagne de la femme ? [___] 1= oui fait ; 2= non fait.

Q₈₀. Le praticien s’est il lave les mains avant d’examiner ? [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Q₈₁. Le praticien s’est il porte les gants ou un doigtiers ? [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Q₈₂. Le matériel est –il correctement nettoyer ? [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Q₈₃. Le praticien a-t-il commis une faute d’hygiène ? [____] 1= oui fait ; 2= non fait

Q₈₄. Si oui laquelle ? [____]

1= matériels ; 2= Autres

XII .CONSEILS DONNES :

Q₈₅. A-t-on donnée les conseils ? [____] 1= non ; 2= oui sur le repos ; 2= sur l’alimentation ; 3= sur le planning familial ; 4=sur les IST/SIDA ; 5= Autres.

Q₈₆. A-t-on explique les signes d’alertes ? [____] 1= oui ; 2= non

Q₈₇. Si oui quels sont les signes d’alertes ? [____] 1= oui ; 2= non

1= ATCD de césarienne ; 2= ATCD mort ne ; 3= HTA ; 4= Autres a préciser
(.....)

XIII DEPISTAGE DE FACTEURS DE RISQUE :

• **En début de grossesse**

Q₈₈. Age 16 ans ou moins ? [____] 1= oui ; 2= non

Q₈₉. Primipare âgée (30 ans ou plus) ? [____] 1= oui ; 2= non

Q₉₀. Antécédent de césarienne ? [____] 1= oui ; 2= non si oui préciser l' ou les indications ;
.....

Q₉₁. Antécédent de ventouse ou forceps ? [____] 1= oui ; 2= non si oui préciser l' ou les indications ;

Q₉₂ derniers accouchement mort né ? [____] 1= oui ; 2= non si oui

Q₉₃ taille de moins de 1,5 m ? [____] 1= oui ; 2= non si oui

Q₉₄ Poids moins de 45 kg ? [____] 1= oui ; 2= non si oui

Q₉₅ traitement pour stérilité ? [____] 1= oui ; 2= non si oui
Si oui durée du traitement (a préciser).....

• **Au 9^{ème} mois :**

Q₉₆ ; Prémigeste tête non engagée 9^{ème} mois ? [____] 1= oui ; 2= non si oui

Q₉₇ ; Prémigeste présentation non céphalique ? [____] 1= oui ; 2= non

Q₉₈ ; multipare présentation transversale ? [____] 1= oui ; 2= non

Q₉₉ ; Anémie grave ? Conjonctives pales ? [____] 1= oui ; 2= non

Q₁₀₀ ; toxémie gravidique : 2 ou 3 signes oedème +++ albumines, T.A Syst : 14 ; Diast : 9 ? [____]
1= oui ; 2= non

Q₁₀₁ : Nombre de CPN réalisées : [____]
1=0-1 ; 2= 2-3 ; 3= 4 ou plus

Q₁₀₂ ; Le praticien a – t- il identifié la gestante comme appartenant à un groupe à risque ? [____]
1= oui ; 2= non. Si oui préciser le ou les facteurs de risque :

XIII DEPISTAGE DE FACTEUR DE RISQUE PENDANT L'ACCOUCHEMENT :

Q₁₀₃ ; Hémorragie ? [____] 1= oui ; 2= non si oui

Q₁₀₄ ; A terme ? [____] 1= oui ; 2= non si oui

Q₁₀₅ ; Présentation ; [____] 1= céphalique ; 2= siège 3= transversale 4= autres (préciser)
.....

Qualité des dernières consultations prénatales aux CS Com de Magnambougou et de Missabougou en Commune VI du District de Bamako

Q₁₀₆; césarienne dernier accouchement ? ; [____] 1= oui ; 2= non si oui préciser l'indication :
.....

Q₁₀₇; dernier enfant ? ; [____] 1= vivant ; 2= non vivant

Q₁₀₈; tension artérielle ? ; [____] 1= inf à 14/9 ; 2= entre 14/9 et 16/10 3= sup a 16/10

Q₁₀₉; pouls [____] 1= inf a 100 ; 2= sup a 100

Q₁₁₀; température 1= inf à 37 °c ; 2= 38 °c 3= > 38 °c

Q₁₁₁; Hauteur utérine [____] 1= inf à 36 cm ; 2= 36 cm 3= > 36 cm

Q₁₁₂; BDCF [____] 1= entre 120-160 mn ; 2= entre 100-120 / mn 3= inf à 100 / mn ou 160-180 /mn ; sup à 100 /mn.

Q₁₁₃; contractions [____] 1= 1/5 mn ; 2= inf 1/15 mn 3 > ou = à 1/2 mn (en début de travail)

Q₁₁₄; poches des eaux [____]

1= Intacte ou rompue (liquide clair)

2= Rompue (liquide teinte)

3= Rompue (plus de 12 h)

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : KAMISSOKO

Prénom : Salif

Titre : Qualité des dernières consultations prénatales aux centres de santé communautaire de Magnambougou et de Missabougou en commune VI du district de Bamako.

Année Scolaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique et Santé Publique.

Résumé de la thèse :

Notre travail avait pour objectif l'étude de l'impact des dernières CPN sur le déroulement de l'accouchement au niveau des centres de santé communautaires de Magnambougou et de Missabougou en commune VI du district de Bamako ; de décrire les caractéristiques sociodémographiques. A ce niveau nous avons noté la performance des prestataires et la confiance des gestantes.

Les CSCOM de Magnambougou et de Missabougou constituaient des centres de santé communautaire satisfaisant (niveau III).

La chaleur humaine était beaucoup conservée comme en témoigne la dimension humaine, le respect, la confidentialité et de l'intimité attribuant les deux CSCOM de niveau IV.

De même les observations des bénéficiaires de soins étaient bonnes par rapport au respect physique, psychique ainsi que la qualité de l'accueil.

Mots clés : dernières consultations prénatales ; grossesse, facteurs de risque, ASACOMA, ASACOMIS, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception : même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !