

MINISTERE DE L' ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

République du MALI

Un Peuple – Un But –Une Foi

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



Université de Bamako

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

N°...../

Année scolaire : 2009- 2010

THESE

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA SURVEILLANCE
PRENATALE DANS LE CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
CENTRAL ET LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
OUELESSEBOUGOU, CERCLE DE KATI /REGION DE
KOULIKORO.

Présentée et soutenue publiquement 10 /12 / 2009

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Bamako

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Par :

M. Mahamadou Fodé Diarra

JURY:

Président : **Pr. Saharé Fongoro**

Membre: **Dr. Binta Keita**
Dr Samba Touré

Co-directeur : **Dr Bouraima Maiga**

Directrice de thèse : **Pr.Sy Aissitan Sow**

DEDICACES

Au nom d'ALLAH le TOUT MISERICORDIEUX.

«GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre Prophète MOHAMED ; Salut et Paix sur LUI, à toute sa Famille, tous ses Compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU ; je dédie ce travail :

A toutes les mères, singulièrement celles qui en donnant la vie ont perdu leur vie.

A toutes les femmes qui ont perdu leurs produits de conception en voulant donner la vie.

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

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

A mon beau pays, le MALI: dont la

~~générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai~~

Thèse de Médecine Mahamadou Fodé Diarra

souhaité.

Que Dieu me donne la force, le courage, et surtout la longévité et une santé de fer pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaires.

A mon Tonton Diawoye Diarra:

Tu es, par ta rigueur, ton courage, ta patience l'artisan de ce chemin épineux parcouru, plein d'obstacles. Tu resteras dans ma mémoire à tout jamais. Mon désir le plus ardent est que tu sois fier de moi à l'avenir et que j'arrive à la hauteur de tes souhaits.

Que Dieu t'accorde une longue vie, une santé de fer à mes côtés. Que ce travail soit une source de satisfaction pour toi.

Sois assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance, merci.

A mon père N'toh Keffa Diarra:

Tes peines, tes sacrifices n'ont pas de mesures à mes yeux. Tu as toujours été là à me soutenir merci pour tous ce que tu as fais et ce que tu feras encore pour moi. Si autre fois je n'ai pas toujours suite dire, aujourd'hui j'ai envie de te dire, je t'adore papa. Que Dieu te donne une longue vie. Puisse ce travail être pour toi une source de satisfaction.

Mes Chères Mamans : Fatoumata Diop, Aminata Haidara et Martinin Konaté.

Femmes croyantes, loyales, joviales, généreuses et sociables.

Vos conseils, vos encouragements et vos câlins ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez toujours su donner votre sein à vos enfants et aux enfants d'autrui sans aucune distinction. Vous avez été pour maucom dans la réalisation de ce travail. Merci encore une fois pour

vos très longues prières nocturnes afin que le bon DIEU m'apporte sa bénédiction. Que le bon DIEU donne encore longue vie ; car j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas et ma pensée.

Et feu Fatoumata Koïta :

Douce mère tu l'as été

Tendre mère tu l'as été

Courageuse mère tu l'as été

Ce travail est le fruit de ton amour de tes prières et de tes encouragements. Que Dieu t'accorde le paradis. Dors en paix

A mon oncle Yaragua Traoré à Baco Djikoroni

Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie, que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant. Je compte sur vous pour le reste de mon accomplissement.

A Tonton Wally Diarra dit Youba

Ce travail est le vôtre.

Vous avez été un soutien incomparable dans ma vie. Vous vous êtes occupé entièrement de moi durant ce long cycle. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma confiance et mon estime à votre endroit. Je ne peux que vous remercier, que Dieu vous donne une longue vie, qu'il vous protège contre tous les désagréments dans ce bas monde.

A mes tantes et oncles:

Je m'abstiens de citer les noms de peur d'en oublier.

Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie, que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

A mes frères et sœurs:

Merci pour votre inlassable soutien ; vous avez été présents au bon moment durant toute mon existence ; ce travail est le vôtre. Merci de vos soutiens moraux et psychologiques. Je compte sur vous pour le reste de ma carrière.

A mes cousins et cousines :

Ce travail est le vôtre. Je vous remercie tous et je vous suis très reconnaissant pour votre bonne volonté et vos soutiens de tous les jours.

A mon grand père Koulou Diarra

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

A mes grands parents : feus Keffa Diarra , Katika Diarra et Farima Kané dite Baman

La qualité d'un fruit se reconnaît par l'arbre qui produit, aujourd'hui je suis fier à travers l'éducation que vous avez donné à vos enfants dont j'ai pu profiter. Que le bon Dieu vous accorde son paradis.

Je n'oublierai jamais les sacrifices que tu as consentis pour moi. Ta combativité, ton courage et ta générosité sont pour moi un espoir. Tu occupes et occuperas toujours une place importante dans ma vie ; je n'oublierai jamais tes bienfaits. Que Dieu t'accorde une longue vie.

Mes vifs remerciements!

A notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMPOS:

~~Merci de votre bonne gestion de cette faculté.~~

Thèse de Médecine Mahamadou Fodé Diarra

A tout le personnel de la FMPOS:

Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait, la FMPOS jouit d'une renommée internationale ; soyez rassuré de notre profonde gratitude, que Dieu vous engarde et qu'il vous donne une longue vie.

A mes maîtres formateurs:

Dr Maiga Bouraima , Dr Touré Samba ,Dr Sima ,Dr Ongoiba ,Dr Mahamadou Traoré , Dr N'tji Boubacar Diarra ,Dr Adama Soumaoro, Dr Maguiraga Assitan , Dr Lassine Coulibaly.

Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

A tous le personnel du CSréf et du CScom central de Ouélessébougou :

Merci pour l'accueil et l'encadrement.

A Mr Bakary Berthé(Ouélessébougou) :

Merci pour votre soutien inlassable. Vous êtes un repère sûr pour moi à travers votre générosité, votre courage et votre rigueur.

A toutes les sages femmes du CSREF et du CScom central de Ouélessébougou :

Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

A tout le personnel de l'unité CPN du CSréf et du CScom central :

Merci de votre bonne collaboration et du soutien que vous m'avez accordé; merci ce travail est le vôtre.

A toute ma promotion :

Merci, courage et persévérance.

A mes aînés du centre:

Merci de votre soutien et encadrement.

A tous mes cadets du centre:

Merci, patience, courage, persévérance.

A tous mes amis : Salif Diarra , Mamadou A Coulibaly, Bah Diarra , Sergent Salif Diarra ,Kassoum Diabaté , Malick Diallo.

Ce travail est le vôtre; je ne vous oublierai jamais; vous avez été des amis formidables et exemplaires pour moi; avec vous je ne m'ennuyais point.

Je vous remercie infiniment.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY Professeur Saharé FONGORO,

- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé,**
- **Maître de conférences de Néphrologie à la FMPOS**

Cher maître, votre sens élevé du devoir nous ont toujours marqué. La qualité et la clarté de votre enseignement, votre rigueur scientifique font de vous un clinicien de référence et un maître de l'art médical. Veuillez accepter cher maître l'expression de notre respect et de toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur BINTA KEITA

- **Médecin Gynécologue Obstétricienne,**
- **Chef de Division Santé de la Reproduction à la Direction Nationale de la Santé (DNS)**

Cher Maître,

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

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MAITRE ETJUGE, Docteur Samba TOURE

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.**

Cher maître :

Ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR, Docteur Bouraïma MAÏGA,

- **Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),**
- **Détenteur d'un diplôme, de reconnaissance, décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,**
- **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997, Chevalier de l'ordre national,**
- **Detenteur d'un prix Taraboirè dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.**

Cher maître :

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers et très heureux d'être compté parmi vos élèves.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur SY Aissitan SOW

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).**
- **Chef de service de Gynécologie obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune II.**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**
- **Membre de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique.**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

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

Les abréviations:

AG: Age de la Grossesse

ATCD: Antécédents

BCF: Bruit du Cœur Foetal

BIP : Bipariétale

BNDA : Banque Nationale pour le Développement Agricole

BW: Border- Wassermann

CAT : Conduite à Tenir

CFADR : Centre Féminin de Formation et d'Appui pour le Développement en Milieu en Rural.

CCC: Communication pour le Changement de Comportement

CMDT : Compagnie Malienne de Développement des Textiles

CScom : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf: Centre de Santé de Référence

CPN: Consultation Prénatale

CPS: Cellule de Planification de la Santé

DCI: Dénomination Commune Internationale

DDR: Date des Dernières Règles

DNSI: Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

DPA: Date Probable de l'Accouchement

ECBU: Examen Cytobactériologique des Urines

EDSM: Enquête Démographique et de Santé au Mali

FNUAP: Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations

GE : Goutte Epaisse

HTA: Hypertension Artérielle

HU: Hauteur Utérine

IST: Infection Sexuellement Transmissible

MII : Moustiquaires Imprégnées Insecticides

NFS: Numération Formule Sanguine

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PTME : Prévention de la Transmission Mère - enfant

RDV : Rendez-Vous

RPMM: Réseau Africain de Prévention de la Mortalité Maternelle

SA: Semaine d'Aménorrhée

SAGO: Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

SOMAGO: Société Malienne de Gynécologie Obstétrique

SONU: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SOTELMA : Société Malienne de Télécommunication

SP: Sulfadoxine Pyriméthamine

TA: Tension Artérielle

UNICEF: Fond des Nations Unies pour l'Enfance

USA: United State of America (Etats-Unis d'Amérique)

VAT: Vaccin Anti Tétanique

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine.

\leq : Inférieur ou Egale

$<$: Inférieur

$>$: Supérieur

Liste des tableaux „

Tableau I : Niveau de qualité des structures au CSréf.....	47
Tableau I I : Niveau de la qualité des structures au CScom central.....	48
Tableau III : Répartition des gestantes selon l'âge.....	49
Tableau IV : Répartition des gestantes selon niveau de scolarisation.....	51
Tableau V : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial.....	52
Tableau VI : Répartition des gestantes selon l'occupation.....	53
Tableau VII : Répartition des gestantes selon les moyens de transport utilisés.....	54
Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la gestité.....	55
Tableau IX : Répartition des gestantes selon la parité.....	56
Tableau X : Répartition des gestantes selon les antécédents Gynéco/obstétricaux évoqués.....	57
Tableau XI : Répartition des gestantes selon les antécédents médicaux.....	58
Tableau XII : Répartition des gestantes ayant effectué la CPN selon la qualification du praticien.....	59.
Tableau XIII : Répartition des gestantes selon les conditions d'accueil.....	60
Tableau XIV : Répartition des gestantes en fonction des critères évoqués pour le choix des centres.....	61.
Tableau XV : Répartition des gestantes selon l'histoire de la grossesse actuelle.....	62.
Tableau XVI : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisé.....	63

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon le respect de l'intimité au cours de la CPN.....	64
Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon les signes fonctionnels évoqués au moment de la CPN.....	65
Tableau XIX : Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiène.....	66
Tableau XX : Répartition des gestantes selon les éléments de l'examen clinique.....	67
Tableau XXI : Répartition des gestantes en fonction de l'âge estimatif de la grossesse selon leurs opinions.....	68
Tableau XXII : Répartition des gestantes selon la conclusion de l'agent de santé.....	69
Tableau XXIII : Répartition des gestantes selon les facteurs de risque retrouvés.....	70
Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon les examens para cliniques.....	71
Tableau XXV : Répartition des gestantes selon les mesures préventives utilisées en cours de grossesse.....	
Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon le traitement curatif	
Tableau XXVII : Répartition des gestantes selon l'explication des prescriptions	
Tableau XXVIII : Répartition des gestantes selon les conseils sur l'hygiène de vie pendant la grossesse.	
Tableau XXIX : Répartition des gestantes selon les conseils donnés à l'issue de l'examen.	
Tableau XXX : Répartition des gestantes selon la durée de la CPN.	

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

Tableau XXXII: Répartition des gestantes selon la qualité de l'accueil.

Tableau XXXIII: Répartition de la population selon la qualité du respect de l'intimité de la gestante.

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

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

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

Tableau XXXVII : Répartition des gestantes selon la qualité de l'examen physique.

Tableau XXXVIII : Répartition des gestantes selon la qualité des conseils.

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

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	:.....1-4
II. OBJECTIFS	:.....5-6
III. GENERALITES	:.....7-29
IV. METHODOLOGIE	:.....30-45
V. RESULTATS	:.....46-81
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSION	:..... 82-88
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	:.... 89-93
VIII. REFERENCES	:.....94-102
IX. ANNEXES	

I. Introduction:

La grossesse est un état physiologique qui dans la grande majorité des cas se déroule normalement (85%). L'identification d'éventuelles complications (15%), l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier. A cet effet la consultation prénatale (C.P.N) est un acte médical préventif permettant d'apprécier l'évolution de cette grossesse, de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de cette dernière. Elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement [1].

La mort d'une femme au cours de la grossesse ou de l'accouchement n'est pas seulement un problème sanitaire, mais une injustice sociale [3].

Les soins prénataux peuvent réduire la mortalité maternelle et fœtale soit directement en dépistant les maladies intercurrentes ou liées à la grossesse, soit indirectement en identifiant les femmes particulièrement exposées à des complications de l'accouchement [4].

Chaque année 4 millions de nouveau-nés meurent avant d'avoir 1 mois, 4 autres millions sont mort-nés (ils meurent entre la 28^e S.A. et 42 S.A) ; 90% de ces décès ont lieu dans les pays en voie développement [4].

En Afrique plus particulièrement dans la partie subsaharienne, la grossesse a toujours été et reste vécue dans la famille comme un événement valorisant pour la femme. C'est un phénomène naturel, qui jusqu'à une date récente se déroule sans trop d'intervention extérieure. Aussi il est donc très important, d'exercer une surveillance

régulière pour que le fœtus, entièrement dépendant de l'organisme maternel bénéficie de meilleures conditions de développement [6].

La grossesse permet également à la femme non seulement de s'affirmer, de garder, mais aussi de conforter sa place au sein de la famille ; particulièrement la société africaine [4-6].

Tout en apportant la joie elle est à même source de tristesse en cas de décès de l'enfant ou celle de la mère [7-8].

Selon l'E.D.S.M-IV 2006, Pour 100 000 naissances vivantes, 464 femmes sont décédées d'une cause liée à la maternité. Au cours de la période 2002 à 2006, pour 71% des naissances, la femme a bénéficié au moins une fois la C.P.N. par contre 29% des naissances n'ont bénéficié d'aucune C.P.N. Pour la même période environ 54% des accouchements se sont déroulés en dehors des structures sanitaires et 46% des accouchements ont été assistés par un personnel de santé [42].

Selon le système d'information sanitaire du Mali le taux de CPN effective en 2008 était de 34% (3 CPN , 2doses de SP , et de Fer + Acide Folique).

Dans les pays développés presque toutes les femmes reçoivent des soins prénataux de qualité (99%), tant dis que dans les pays en voie développement elles ne représentent que 1% [9-18].

Au Mali malgré la valeur et l'intérêt particuliers accordés à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur la CPN «CPN recentrée» dont les quatre principaux éléments ont pour nom [12-23-25] :

1. Détection et traitement précoces des problèmes et complications.
2. Prévention des maladies et des complications.
3. Préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications.
4. Promotion de la santé.

On est en phase de se demander si les soins délivrés par les agents de santé sont de bonne qualité.

Les multiples études réalisées dans plusieurs centres de santé de Bamako et à l'intérieur du pays, n'ont pas permis d'évaluer la qualité réelle de la surveillance prénatale au Mali.

C'est pour cette raison que nous avons initié ce travail dans le CSRéf et le CSCom central de Ouélessébougou dans le but d'apporter notre contribution à l'étude de la surveillance de la grossesse. Pour ce faire nous nous sommes fixés un certain nombre d'objectifs.

II. OBJECTIFS

1.Objectif général :

- ❖ Evaluer la qualité de la surveillance prénatale dans le CSCom central et le CSRéf de Ouélessébougou.

2.Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer le niveau de qualité des structures ;
- ❖ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes ;
- ❖ Décrire les procédures de la C.P.N ;
- ❖ Déterminer le niveau de performance des prestataires ;
- ❖ Evaluer la perception de la population (gestantes) sur les services offerts par les deux centres.

III. Généralités

A. HISTORIQUE DE LA CPN :

La mise en place de programme et de politique de santé destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle [19].

La grossesse est et demeure un état physiologique de valorisation de la femme, bien qu'elle ait toujours été l'objet de multiples complications.

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 leur mortalité maternelle. Cette réduction est un phénomène récent. L'essentiel du progrès a été observé entre 1930 et 1980 comme en témoignent les chiffres publiés :

En Suède : 7 pour 100000 naissances entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100000 naissances vivantes en 1930[16-17].

En Angleterre et au pays de Galles : 11 pour 100000 naissances vivantes en 1976 contre 341 naissances vivantes en 1930[20-21].

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

1. Le développement de 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.

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

2. La vulgarisation des soins prénataux ;
3. L'amélioration des conditions de vie des populations [21].

B. ASPECTS TECHNIQUES DE LA C.P.N. :

La consultation prénatale (CPN) constitue un ensemble d'activités essentielles au suivi de la grossesse et qui permettent entre autres De dépister et traiter toutes maladies que la mère peut avoir ;

- ❖ D'aider la mère à rester en bonne santé en lui prodiguant des conseils;

De déceler ou de prévenir les pathologies pouvant influencer le pronostic de l'accouchement [22-24-25] .

La politique sanitaire du Mali prévoit quatre consultations prénatales

recentrées. Ces consultations ont un double objectif [23-24] :

- ❖ S'assurer que la grossesse évolue de façon naturelle, ce qui est et restera la règle dans la majorité des cas ;
- ❖ Rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux susceptibles de transformer un état physiologique en un état pathologique, comportant des risques pour la mère et pour l'enfant.

Détendu mais vigilant, tel doit être le climat des consultations prénatales. Une attitude un peu trop inquisitoriale, un examinateur anxieux ou un suivi par un personnel médical changeant de comportement ont des effets néfastes sur la grossesse.

De normale, la grossesse peut devenir ou être vécue à haut risque, avec comme corollaire :

- ❖ Une accentuation de l'angoisse légitime de toute parturiente ;
- ❖ Un abus de technicité aux dépens de la clinique,
- ❖ Un excès de prescriptions médicales souvent inutiles voire nocives,
- ❖ Des arrêts de travail injustifiés, ou mal à propos.

1. Première consultation de la surveillance prénatale :

La première consultation prénatale doit avoir lieu avant 14 semaines d'aménorrhée (SA). Les objectifs de cette consultation sont de

- ❖ Confirmer l'état de grossesse, son début et le terme probable ;

Évaluer les facteurs de risque et connaître la patiente : environnement social, familial et professionnel. Un oubli ou une erreur à cette période peuvent ne pas se rattraper et être lourds de conséquences [12-27-28-32] .

A l'issue de cette première consultation, il convient de :

- ❖ Déclarer légalement la grossesse selon un formulaire qui sera remis à la patiente avec la prescription d'examens biologiques nécessaires.
- ❖ Établir un plan de surveillance avec, notamment les rendez-vous des prochaines consultations et des examens échographiques ;
- ❖ Formuler des conseils.

1-1 Diagnostic de grossesse :

❖ Facile

Femme présentant une auto prescription des taux de β hCG positifs ou quantifiés ;

Et/ou une courbe thermique évocatrice avec un décalage ovulatoire net, suivi d'un plateau de plus de 15 jours ;

Et/ou parfaitement bien réglée, avec notion d'aménorrhée secondaire et date des dernières règles connue de façon précise, signes sympathiques de grossesse : nausée, somnolence, pollakiurie et seins tendus et sensibles.

❖ **Plus difficile**

En l'absence des informations précédentes : femme mal réglée, ou date imprécise des dernières règles, ou saignement chronologiquement anormal :

Une recherche qualitative des β hCG plasmatiques permettra d'affirmer la grossesse de façon certaine ;

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

1-2 Grossesse normale ou anormale :

La grossesse est le plus souvent normale. Cependant , dans les cas de douleurs pelviennes, associées ou non à des saignements chez des femmes aux antécédents de chirurgie tubaire ou de pathologie infectieuse, chez des femmes âgées ou pour une grossesse à la suite d'une assistance médicale à la procréation, il conviendra de pratiquer une échographie pelvienne.

Cette pratique permet d'affirmer, avec des β HCG plasmatiques Une grossesse normale intra-utérine, évolutive ;

❖ Une grossesse anormale :

- D'abord et avant tout la grossesse extra-utérine, qui nécessite des mesures urgentes et appropriées.
- grossesse intra-utérine non évolutive,
- grossesse multiple,
- grossesse molaire,

Fibrome utérin ou kyste ovarien associé[21-22-41] .

1-3 Détermination de l'âge gestationnel :

La datation du début de la grossesse permet le calcul précis de l'âge de la grossesse (âge gestationnel) : cette mesure est essentielle dans la surveillance prénatale.

Elle doit être réalisée dès la première consultation prénatale. Si cette première consultation n'a pas lieu au cours des trois premiers mois, la précision sera moindre

L'âge gestationnel s'exprime en semaines d'aménorrhée révolues (SA) qui compte à partir du premier jour des dernières règles normales.

Une détermination imprécise et par ou tardive conduit à des diagnostics erronés ainsi qu'à des conduites obstétricales inadaptées.

1-4 Evaluation des facteurs de risque [1-26 -32- 41] :

L'évaluation doit être précoce, méthodique et conduire à demander un avis spécialisé.

❖ Antécédents obstétricaux :

Le maximum de précision doit être obtenu. Des documents précis tirés des dossiers antérieurs seront demandés, par exemple : date exacte de l'avortement spontané ou provoqué, de l'arrêt de grossesse, poids du fœtus, compte rendu anatomo-pathologique, autopsie, terme de la grossesse en SA, poids de l'enfant, état néonatal précoce et tardif, déroulement de la grossesse et de l'accouchement, modalité de l'extraction, compte rendu opératoire si césarienne et compte rendu d'hospitalisation.

Dans certaines affections, le risque de récurrence existe, souvent au moment même où la précédente pathologie s'est produite.

En cas d'anomalie malformative de l'enfant, l'enquête génétique, si elle n'a pas été faite en période pré-conceptionnelle, est indispensable dès le début de la grossesse.

❖ **Antécédents gynécologiques :**

Les grossesses survenant après infécondité seront surveillées spécialement au premier trimestre. Mais on doit rechercher les autres facteurs de risque gynécologiques qui sont :

- ✓ Antécédents infectieux pelviens, le port antérieur d'un DIU chez la nullipare, pathologie tubaire connue ;
- ✓ Assistance médicale à la procréation (Induction ovulaire, FIV) ;
- ✓ Endométriose ;
- ✓ Malformation utérine ;
- ✓ Fibrome utérin.

❖ **Antécédents héréditaires :**

Ce sont essentiellement les facteurs maternels qui doivent être recherchés :

- HTA, Toxémie gravidique ;
- Syndromes vasculo-rénaux ;
- Diabète ;
- Pathologies malformatives.

❖ **Antécédents médicaux :**

Toutes les maladies préexistantes à la grossesse entraînent un risque d'aggravation de la morbidité périnatale. La surveillance doit être

multidisciplinaire car le bon déroulement de la grossesse dépend souvent autant du traitement de la maladie que de la surveillance prénatale.

Ces facteurs de risques qui doivent être recherchés sont ci-dessous :

- Lupus
- Cardiopathies
- Diabète
- Néphropathies
- Insuffisance respiratoire
- Drépanocytose
- Infections urinaires
- Epilepsie
- Anémie
- Hépatite et VIH / SIDA

❖ **Facteurs individuels et sociaux :**

Ils jouent un rôle important dans la genèse de l'accouchement prématuré; certains sont connus, d'autres le sont moins car moins bien étudiés, notamment les facteurs psychologiques.

Ces facteurs sont :

- Age inférieur à 16 ans ;
- Age supérieur à 30 ans ;
- Un surpoids et une maigreur ;
- Obésité ;
- Consommation de drogues et du tabac ;

- Condition socio-économique défavorable et trop favorable, femmes professionnellement hyperactives ;

Mais dans la CPN recentrée, **l'approche des risques** :

- N'est pas une stratégie efficace pour les soins prénatals parce que
- On ne peut pas prédire les complications, toutes les femmes enceintes sont à risque de développer des complications.
- Les facteurs de risque ne sont généralement pas une cause directe des complications.
- De nombreuses femmes à “faible risque” développent des complications
- Ont un faux sentiment de sécurité
- Elles ne savent pas reconnaître/répondre aux problèmes.
- La plupart des femmes à “haut risque” accouchent sans complications
- Utilisation inefficace des faibles ressources.

1-5 Examen clinique [22-25] :

L'examen clinique est un acte essentiel qui, pour être efficace, doit être mené dans de bonnes conditions, en respectant les principes de confort, d'hygiène et de sécurité. L'examen associe un examen général et un examen obstétrical.

❖ Examen général :

Il est essentiel, notamment les impressions cliniques, sorte de coup

d'œil du professionnel, évaluation de la taille, corpulence, poids antérieur à la grossesse, attitude physique.

❖ **L'examen obstétrical :**

La palpation est peu informative avant 8 SA. L'examen au spéculum est indispensable.

Le toucher vaginal permet , d'affirmer la taille et la forme de l'utérus (conforme, bicorne) et de palper les culs-de-sac latéraux à la recherche d'une pathologie annexielle, mais aussi l'état du vagin (cloison).

1-6 Examens complémentaires [24] :

❖ **Examens biologiques obligatoires :**

- **Groupe sanguin avec phénotype (ABO rhésus complet et kell) :**

Pour une parturiente rhésus négatif, la recherche d'agglutinines irrégulières doit être systématique à chaque visite prénatale.

Si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète, elle doit faire deux déterminations de groupage /rhésus.

- **Sérologie de la syphilis (BW) :**

La syphilis est une maladie vénérienne due au Tréponème pale.

La réaction de Bordet- Wasserman (BW) est obligatoire lors de l'examen prénatal du 3^e mois.

- **L'examen des urines :**

Il est demandé à la recherche d'une protéinurie, ou d'une glycosurie.

- **Sérologie de la Toxoplasmose :**

La toxoplasmose est due à un parasite proche des protozoaires.

Si elle était négative avant, est répété toutes les 4-6 semaines jusqu'à l'accouchement.

- **Sérologie de la Rubéole :**

La Rubéole est une maladie virale responsable des embryofœtopathies malformations fœtales graves chez les femmes enceintes.

Cet examen doit être prescrit en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise. Il est inutile chez les femmes vaccinées.

- **Test d'Emmel :**

Il est demandé pour rechercher une Drépanocytose

- **Glycémie :**

Elle permet de dépister un diabète dont la prise en charge doit se faire dans un service spécialisé.

- ❖ **Examens Biologiques selon les risques :**

- **NFS :**

Elle permet de dépister précocement une anémie qui sera corrigée par la prescription de fer et de l'acide folique.

- **Recherche de l'antigène Hbs :**

Elle permet de dépister une Hépatite virale B.

- **Sérologie HIV :**

Elle doit être obligatoirement proposée aux gestantes.

- **ECBU :**

Il s'agit de l'examen cyto bactériologique des urines, demandé en présence de tout risque d'infection urinaire.

- **Frottis cervico –vaginal :**

Il sera effectué chez toute femme ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier, afin de dépister un éventuel cancer du col .

- ❖ **Examen échographique :**

Il permet de préciser le siège et le caractère évolutif de la grossesse, le nombre d'embryons, et surtout l'âge gestationnel.

Il doit être prescrite dans tous les cas où la date des dernières règles n'est pas connue de façon très précise, si celles-ci étaient modifiées ou s'il existe une irrégularité menstruelle [22].

1-7 Les soins préventifs :

- ❖ **Prophylaxie anti-tétanique :** [16 -17-19-24 -40]

Le tétanos néonatal a été éliminé dans les pays développés , il y'a plus de 50 ans, mais il cause la mort de plus de 200 000 bébés par an dans les pays en développement.

Les trois stratégies recommandées par L'OMS ; L'UNICEF et le FNUAP; pour parvenir à éliminer le tétanos maternel et néonatal consistent à :

1. 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 ;
2. Promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour toutes les femmes enceintes ;
3. Assurer une surveillance efficace du tétanos maternel et néonatal.

❖ **Prophylaxie anti anémique [24] :**

La Supplémentation en fer et en acide folique consiste à donner 60g de fer et 500µg d'acide folique par jour pendant toute la durée de la grossesse et 2 mois après l'accouchement.

❖ **Chimio prophylaxie anti-palustre [24] :**

De nos jours, elle est basée essentiellement sur deux éléments majeurs :

- la Sulfadoxine- Pyriméthamine (SP dont la prise est répartie comme suite :

1^{ère} prise : 4^{ème} mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16 cm + associée sensation des mouvements fœtaux.

2^{ème} prise : 7^{ème} mois de la grossesse ou hauteur utérine à 28 cm.
[18]

Espacer d'une semaine la prise de la SP de celle de fer + acide folique à cause de leur interférence.

- Utilisation de MII.

1-8 Plan de surveillance de la grossesse :

A l'issue de cet interrogatoire et de ces examens, un plan de surveillance est établi en fonction du risque statistique ou individuel.

Des décisions urgentes ou appropriées (voir interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique) peuvent être prises dans certaines situations particulières :

risque génétique, risque tératogène, risque maternel immédiat (cardiopathie décompensée, diabète grave, hypertension artérielle chronique , sévère, insuffisance rénale, patiente transplantée, cancer du sein, cancer du col).

Dans la plupart des cas, on laisse évoluer la grossesse en sollicitant l'avis de spécialistes avant la déclaration de la grossesse.

1-9 Conseils à la patiente [24] :

- ❖ Conseils sur les rapports sexuels à moindre risque
- ❖ L'allaitement précoce et exclusif
- ❖ La prévention du tétanos et de l'anémie
- ❖ Les conseils et dépistage volontaire pour le VIH
- ❖ La prévention d'autres maladies endémiques et des carences nutritionnelles
- ❖ La planification familiale
- ❖ La vaccination de la mère et du nourrisson.
- ❖ La consultation post-natale
- ❖ La surveillance préventive des enfants
- ❖ Dormir sous moustiquaire imprégnée ;
- ❖ Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin ;

- ❖ Le conseil téléphonique est un élément à ne pas négliger : cela rassure
enfin, une « préparation » à l'accouchement avec l'équipe obstétricale est conseillée.

2 Autres consultations (sauf 8 et 9^{ème} mois) [21-22-24] :

Les objectifs sont de :

- ❖ Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse sur le plan clinique, biologique et échographique ;
- ❖ Confirmer que « tout se passe bien » en formulant les conseils adaptés ;
- ❖ Prendre des mesures nécessaires si une anomalie est révélée par la patiente ou lors de la consultation.

2-1 Interrogatoire :

Il est rare de voir s'enquérir d'événements pathologiques survenus depuis la précédente consultation. Ceux-ci ont généralement fait l'objet d'appel ou de consultation supplémentaire : fièvre, éruption, écoulement abondant, prurit, signes urinaires et saignements ;

Les mouvements fœtaux sont perçus à partir de la 20^e semaine d'aménorrhée.

Une activité utérine spontanée devient plus perceptible à partir du 6^e mois et s'intensifie jusqu'au terme (allant de 1 à 4 contractions au

maximum par heure) ; le surmenage physique et l'anxiété majorent cette perception.

2-2 Examen clinique :

❖ La pesée

La prise de poids est portée sur une courbe en fonction du terme. Toute prise de poids rapide est considérée comme un signe d'alerte, en particulier les syndromes vasculo-renaux.

❖ La mesure de la hauteur utérine

❖ La palpation abdominale

❖ Les bruits du cœur fœtal

❖ Le toucher vaginal

C'est un temps essentiel de l'examen; le toucher vaginal est considéré comme une aide pour dépister et confirmer une menace d'accouchement prématuré (MAP).

❖ La tension artérielle

L'idéal est de la mesurer tous les 15 jours à partir de 32 SA.

Surveillance clinique renforcée :

En fonction des antécédents, des facteurs de risque évalués lors des premières consultations, de la survenue d'éléments anormaux révélés par la patiente, l'examineur ou l'échographiste, la surveillance prénatale pourra être renforcée, selon un rythme de consultations et de modalités d'investigations propres à la pathologie révélée.

Cette surveillance sera évidemment d'autant plus étroite que l'on s'approche du terme. Citons les principales situations à risque :

- Risque d'accouchement prématuré (RAP) ;
- Hypertension artérielle ;
- Diabète ou macrosomie fœtale ;
- Métrorragies ;
- Fièvre ;
- Anomalie du volume de la hauteur utérine ;

2-3 Examens complémentaires

- ❖ Biologiques
- ❖ Echographiques

2-4 Soins préventifs

2-5 Evaluation du plan d'accouchement

3. Particularités de la consultation du 8^e et du 9^e mois :

Les consultations du 8^{ème} et 9^{ème} mois doivent être effectuées par l'équipe obstétricale.

L'examen clinique du bassin est essentiel et doit être systématique à la consultation du 8^e mois. Il vise à dépister les anomalies de formes et de dimensions du bassin, ainsi qu'à rechercher des malformations et des lésions traumatiques.

4. Définitions opératoires :

1. L'évaluation :

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à

déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés [44].

2. La qualité des soins :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et bénéfices (DONABEDIAN) [33-44].

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

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

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

- l'autonomisation [18]

3. Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN) :

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

- ❖ Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de dépister tous les facteurs de risques antérieurs ou contemporains,
- ❖ Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,
- ❖ Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications [17-24].

4. Politique et normes des services [24] :

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

❖ Normes :

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

❖ Les procédures :

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

5. La grossesse :

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement. [22-25].

6. Facteurs de risque au cours de la grossesse :

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée. [1-17-41]

7. Grossesse à haut risque :

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

8. La maternité sans risque [1- 41] :

C'est créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et des soins après la naissance, de manière à éviter le risque de décès ou d'incapacité liée aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post-natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse.

9. La mortalité maternelle [16-17-42]:

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

10. Taux de mortalité maternelle [17-24] : :

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

11. L'aire de santé ou secteur sanitaire [17]:

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

12. La carte sanitaire [16]:

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

13. Le paquet minimum d'activité (PMA) [13]:

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultation prénatale et post-natale avec accouchements et vaccinations.

14. L'évacuation [17-24]:

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

15. Référence [17-24]:

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence

16. Primigeste = il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse;

17. Paucigeste = c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.

18. Multigeste= c'est une femme qui est à sa quatrième ou cinquième grossesse;

19. Grande Multigeste= il s'agit d'une femme qui fait six grossesses ou plus

20. Nullipare = il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.

21. Primipare = c'est une femme qui a accouché une fois.

22. Paucipare = c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois;

23. Multipare = c'est une femme qui a accouché quatre ou cinq fois.

24. Grande multipare= il s'agit d'une femme qui a accouché six fois ou plus.

IV. Méthodologie.

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le CSréf et le CScom central de Ouélessébougou qui est l'une des communes rurales du cercle de Kati / région de Koulikoro.

1-1 Présentation du lieu d'étude :

❖ **Historique commune rurale de Ouélessébougou :** À l'origine, il s'agissait d'un hameau de culture en bordure du marigot qui le traverse d'Ouest en Est.

Ouélessébougou (wéressebougou) a été créée au 18^e siècle plus précisément vers 1700. Il s'appelait alors Farada qui signifie en langue bamanan bord du marigot.

Son fondateur s'appelait Solo qui habitait à Seguessouna à 3km au Sud de Farada. La zone était giboyeuse et la terre était très fertile. Il pratiquait la chasse et l'agriculture.

Il fut rejoint par son neveu Wéréssé à Farada. Le Hameau grandissait et prenait l'allure de village suite à l'arrivée d'autres parents.

Ses habitants décidèrent de lui donner le nom de son fondateur.

Ce dernier céda à Wéréssé la charge de diriger le village car plus âgé que lui. Ainsi le hameau Farada prend le nom wéressebougou mais avec les déformations linguistiques ce nom est devenu Ouélessébougou. Cette commune rurale compte 44 villages.

1-2 Situation géographique :

La commune rurale de Ouélessébougou couvre une superficie de

38500 km². Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée par le district sanitaire de Bougouni, Selingué, et Kati ; distant de 76 km de Bamako sur la route nationale RN°7.

1-3 Données démographiques :

La commune rurale de Ouélessébougou compte 35 050 habitants.

La population est dominée par les jeunes et les femmes qui constituent une tranche très importante de la population.

1-4 Situation socioculturelle :

L'islam est la religion prédominante dans la commune rurale de Ouélessébougou. On compte quelques communautés chrétiennes et animistes.

La population vit d'activités diverses parmi lesquelles on peut citer notamment l'agriculture, le commerce, l'élevage et la pêche.

L'analphabétisme demeure encore une des préoccupations sociales importantes.

1-5 Données administratives :

La commune rurale de Ouélessébougou présente des services ci-dessous :

- ✓ La sous préfecture
- ✓ La mairie
- ✓ La gendarmerie
- ✓ La douane

- ✓ La poste
- ✓ L'énergie du Mali
- ✓ La BNDA
- ✓ L'OHVN
- ✓ La CMDT
- ✓ La SOTELMA
- ✓ La justice de paix à compétence étendue
- ✓ Le CSréf et le CScom central
- ✓ Le CFADR
- ✓ La Garde Nationale
- ✓ Des écoles.

❖ Les différentes unités du centre de santé de référence de Ouélessébougou sont :

- La médecine
- La chirurgie
- La maternité
- Le laboratoire d'examens biologiques
- L'ophtalmologie
- L'Hygiène et Assainissement
- Le Dépôt Répartiteur de Cercle (DRC)
- Le Dépôt de Vente(DV)
- Le cabinet dentaire
- L'administration et la comptabilité
- Chaine de froid (PEV)

1-6 **Ressources humaines :**

Tableau N°1 : Personnel du centre de santé de référence

Qualifications	Nombre
Médecin généraliste à tendance chirurgicale	3
Médecin Dentiste	1
Médecins étrangers (Cubain)	2
Gestionnaire	1
Assistant Médical spécialiste en ophtalmologie	1
Assistant Médical spécialité Bloc Opératoire	1
Sage Femme diplômée d'Etat	3
Technicien supérieur de santé spécialité Labo Pharmacie	2
Technicien supérieur de santé spécialité Hygiène Assainissement	1
Technicien supérieur de santé spécialité Infirmier d'Etat	2
Technicien Supérieur de l'Action Sociale	2
Technicien de santé spécialité santé publique	1
Technicien de santé spécialité obstétrique	1
Vendeur de dépôt médicament essentiel	1
Gérant dépôt répartiteur cercle	1
Aide soignant	2
Matrone	1
Technicien de surface	2
Chauffeur	3

❖ **Description de la maternité du CSréf :** située au coté Est du bloc de la médecine.

• **L'unité de la maternité est divisée en 05 salles :**

Un bureau de sage-femme maîtresse ;

Une salle de consultation prénatale ;

Une salle de Counseling(VIH / SIDA et PTME);

Une salle d'accouchement avec 04 tables ;

Deux salles d'hospitalisation avec 10 lits ;

Un système solaire de chauffage d'eau avec des panneaux solaires.

• L'unité de C.P.N est constituée de :

Une salle pour la C.P.N ;

Une salle servant de salle de Counseling.

• **Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques :**

L'unité de C.P.N comporte : 02 armoires, 01 bureau, 01 table gynécologique et 02 bancs en bois avec 20 places.

• **Inventaire des petits équipements :** il est composé de : 01 tensiomètre, 01 stéthoscope binoculaire, 02 stéthoscopes obstétricaux, 01 pèse personne, 01 toise, et des spéculums de bonne qualité.

Les personnels de l'unité de C.P.N est composé de : 03 Sages-femmes ; 01 Infirmière obstétricienne et les stagiaires (I O, Matrone et en médecine). La C.P.N est assurée par la Sage-femme tous les mardis et vendredis.

Les locaux sont anciens, mais propres et en bon état.

La C.P.N est tarifié à 1000 f CFA. La maternité possède un carnet d'échange mais elle ne possède pas de carnet de C.P.N.

Le moyen de transport est constitué par une ambulance qui relie le CSréf aux autres structures de santé.

❖ **Description du CScom central :**

Le CScom central comprend :

- Une salle de consultations externes ;
- Une salle de soins ;
- Une salle de C.P.N ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une salle pour les suites de couches;
- Un dépôt de vente ;
- Une salle pour la chaîne de froid. ;
- Trois toilettes.

- **L'unité de la maternité est divisée en 04 salles :**

Un bureau de sage-femme maîtresse ;

Une salle de consultation prénatale ;

Une salle de Counseling (VIH / SIDA);

Une salle d'accouchement avec 02 tables ;

- L'unité de C.P.N est constituée de :

Une salle pour la C.P.N ;

Une salle servant de salle de Counseling.

- **Inventaire des mobiliers non spécifiques et techniques :**

L'unité de C.P.N comporte : 01 armoire, 01 bureau, 01 table gynécologique et 04 bancs en bois avec 40 places.

- **Inventaire des petits équipements :** il est composé de : 01 stéthoscope obstétrical, 01 pèse personne, 01 toise, et des

- spéculums de bonne qualité.

Le CScom central ne possède pas de tensiomètre et de lampe d'examen pour la maternité.

Les personnels de l'unité de C.P.N est composé de : 01 Sage-femme ; 03 matrones et

les stagiaires (Matrone). La C.P.N est assurée tous les Mardi et Vendredi.

Les locaux sont anciens, mais propres et en bon état.

La C.P.N est tarifé à 600 f CFA.

Le personnel du CScom central : il est constitué de :

- Un chef de poste médical (T.S.S) ;
- Une sage-femme ;
- Trois matrones ;
- Un aide-soignant ;
- Une aide-soignante ;
- Une gérante pour le dépôt de vente ;
- Une fille de salle ;
- Un gardien.

2. Les populations étudiées :

Il s'agit : du personnel chargé de la CPN des deux centres de santé.

Des gestantes ayant fréquenté les dits centres au cours de la période d'étude.

3. Période de l'étude:

Elle s'est déroulée du 1^{er} Juin 2008 au 31 Janvier 2009, soit 7 mois.

4- Echantillonnage :

4.1. Technique et déroulement de l'échantillonnage :

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

Le protocole a consisté à observer le praticien avant et pendant la consultation tout en remplissant le questionnaire (en restant le plus anonyme possible)

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

4.2. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude:

- Toutes les gestantes venues à la consultation prénale durant notre période d'étude.
- Le personnel ayant assuré la CPN.

4.3. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Toutes les gestantes ayant refusé de se soumettre à l'examen clinique et à notre questionnaire et les parturientes ;
- Le personnel n'ayant pas assuré la CPN.

❖ Les activités des services sont réparties comme suit dans la semaine :

Au CSréf :

- Un jour sur deux de consultation externe pour chaque médecin ;
- Les activités chirurgicales tous les Mardis et Lundis ;
- La visite des patients hospitalisés tous les jours de 8H30mn à 10H30mn ;
- Une activité de PEV assurée par une infirmière obstétricienne tous les Vendredis ;
- L'unité de CPN est dirigée par les sages femmes. Durant les 3 jours de CPN (Lundi, Jeudi et Vendredi), elles sont aidées par les infirmières obstétriciennes, les matrones et les stagiaires. Les autres jours étaient consacrés au planning familial, consultation post-natale et à la déclaration de naissance des nouveaux-nés.
- Les accouchements sont pris en charge par une équipe de permanence entre 08H00 et 14H00 et une équipe de garde de 14H00 à 08H00 du matin le jour suivant.

Au CScom central :

- Tous les jours une consultation curative est assurée par le chef de post-médical ;
- Une activité des soins infirmiers est assurée par un aide soignant ;

- Une activité de PEV est assurée par un aide soignant tous les Vendredis ;
- L'unité de CPN est dirigée par la sage femme. Durant les 2 jours (Mardi et Vendredi) ; elle est aidée par les matrones et les stagiaires. Les autres jours étaient consacrés au planning familial, consultation post-natale, causerie débat (communication pour le changement de comportement) et à la déclaration de naissance des nouveaux-nés.
- Les accouchements sont pris en charge par une équipe de permanence entre 08H00 et 12H00 et une équipe de garde de 12H00 à 08H00 du matin le jour suivant.

5. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale avec recueil prospectif des données sur la réalisation des gestes techniques au cours de la C.P.N et l'opinion des consultantes quant à la qualité des prestations offertes par le personnel des deux centres.

Elle s'est inspirée de ce fait du postulat d'Adevis DONABEDIAN [33] sur l'évolution de la qualité des soins et des services et comporte:

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

6. Critères de jugement :

Nous nous sommes référés aux documents ci après :

- La politique sectorielle de santé.

- Les normes et procédures en CPN.

7. Support des données ou instrument de collecte :

La collecte des données a été réalisée à partir de:

- un questionnaire « observation des CPN »,
- Un questionnaire « opinion sur les CPN ».

Les questionnaires sont portés en annexe.

8. Technique de collecte:

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des agents du centre (sage femme et infirmière obstétricienne) au cours de la CPN en notant la réalisation ou non des gestes techniques et dans un 2^{ème} temps à faire un entretien avec les gestantes de façon discrète.

9. Les variables étudiées :

Les variables étudiées ont été:

Pour les structures : elle est basée sur un recueil rétrospectif des données du CScom central et du CSréf de Ouélessébougou. Une description des capacités de production (locaux, équipements et des ressources humaines) et une présentation du système de tarification des soins.

Pour les CPN il s'agissait :

- Des caractéristiques de la gestante;
- De la qualification de la personne qui a pris en charge la gestante;
- De la qualité de l'accueil;
- De la quantième CPN ;
- Des examens cliniques ;

- Des soins préventifs ;
- De la présence de facteurs de risque ;
- Des prescriptions ;
- Des relations humaines;
- Des conseils à la gestante;
- Des rendez--vous;
- De l'opinion de la femme sur la qualité des prestations.

10. Niveau de qualité de la structure:

Les références sont en rapport avec:

- Normes architecturales
- Matériaux de construction;
- Etat du local;
- Système de protection (contre la poussière) et la clôture ;
- Dispositif en place pour l'accueil ;
- Existence d'un service d'accueil ou d'un bureau des entrées;
- Présence et qualification du personnel d'accueil;
- Existence de pancarte pour l'orientation dans le centre ;
- Structure et Equipement de l'unité de consultation ;

Structure de la salle.

- Existence et la fonctionnalité du laboratoire
- Equipement ;
- Personnel
- Dépôt de médicament.

- Etat des toilettes:

Normes architecturales;

Equipement;

Propreté.

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

Robinet ou puits;

Mesures de prévention de l'infection ;

Gestion des déchets médicaux ;

Poubelles;

Lavage des mains ;

Eau de décontamination ;

Incinération.

- Système d'éclairage et de la communication:

Téléphone (fixe et mobile), fax, Internet;

Réseau public, groupe électrogène.

11. Système de classement :

Une cotation (0 ; 1) a été fait pour les critères identifiés plus hauts.

Chaque référence composée de critères a été aussi cotée de 0 à 4.

La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation pour un centre donné a permis d'évaluer le niveau de qualité de la structure. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les 13 références est de 52 (CSréf). Pour le CScom central le score maximum que l'on peut enregistrer pour les 11 références était à 44.

Le détail sur les cotations est représenté dans le tableau I et le tableau II.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit:

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

Le niveau de qualité des accouchements et des CPN a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminatoires. L'analyse a porté sur deux types d'échelles:

Une première échelle où les CPN sont dites

- ❖ «**De bonne qualité**» si 95 à 100% des gestes ont été réalisées
- ❖ «**D'assez bonne qualité** » si 75à 94 ,99% des gestes ont été réalisées.
- ❖ «**De passable qualité** » si 50 à 74,99% des gestes ont été réalisées
- ❖ «**De mauvaise qualité** » si moins de 50% des gestes ont été réalisées
- ❖ «**De moins bonne qualité**» si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

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

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

- ❖ **Faible (Q1) :** moins de 50 % des gestes de la dimension sont réalisés.

Cette échelle s'est appliquée aux dimensions qui ont quatre variables et plus. C'est ainsi que cette deuxième échelle a permis de déterminer pour le centre la promotion de gestantes recevant des soins de bonne qualité ou d'assez bonne qualité et d'avoir un classement par niveau du dit centre.

12. Les critères de ce classement ont été:

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

13. Traitement des données :

Les données de l'étude avaient été saisies et traitées sur l'ordinateur en utilisant les logiciels Microsoft Word 2003, SPSS 12.0 ; Microsoft

V. Résultats

1. QUALITE DES STRUCTURES:

Etudes descriptives :

Tableau I : Niveau de qualité des structures au CSréf.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observation
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales			+		2	Protection insuffisante contre la poussière et les moustiques.
2. Dispositif d'accueil et d'orientation				+	1	Dispositif du personnel assistant insuffisant.
3. Structure/équipement unité CPN	+				4	Matériels techniques de bonne qualité.
4. Equipement de la salle d'attente		+			3	Salle d'attente en contre plaque
5. Unité d'hospitalisation Suite de couche			+		2	02 lits pour 1 salle de propreté, d'aération insuffisante et absence de ventilation.
6. Dépôt de médicaments ; norme architecturale et coût des médicaments			+		2	Protection insuffisante contre la poussière, Initiative de Bamako (IB) est appliquée
7. Laboratoire/fonctionnalité	+				4	Fonctionnel pour les examens complémentaires les plus courants tels que : groupage sang rhésus, GE, NFS, TE,Toxo
8. Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée, propreté insuffisante
9. Bloc opératoire		+			3	Matériel technique complet, Absence de service de réanimation.
10. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets	+				4	Existence d'un incinérateur, D'un réseau public déchets régulièrement déversés pour traitement biomédical
11. Unité d'hospitalisation du bloc opératoire			+		2	10 lits pour 01 salle unique Propre, avec absence de ventilation et protection anti moustiquaire insuffisante.
12. système d'éclairage		+			3	Réseau public, Téléphone pour la réception, Ou groupe électrogène fonctionnel
13. Unité annexe de consultation			+		2	Matériel complet Salle unique

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

Le score obtenu = 35 en effet le CSréf a été classé en niveau III .

Tableau I I: Niveau de la qualité des structures au CScom central.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1. Normes architecturales	+				4	Protection contre la poussière et les moustiques satisfaisante.
2. Dispositif d'accueil et d'orientation					0	Absence de dispositif d'accueil et d'orientation.
3. Structure/équipement CPN		+			3	Matériels techniques de qualité satisfaisante mais incomplets
4. Equipement salle d'attente		+			3	3 bancs en bois sous un hangar exposé au vent et à la poussière.
5. Unité de consultation médicale	+				4	Matériel technique complet.
6. Unité d'hospitalisation suite de couche		+			3	2 lits pour 1salle de propreté d'aération sastisfaisante mais sans ventilation.
7. Dépôts médicaments. Normes architecturales/coût médicaments		+			3	Protection insuffisante contre la poussière; IB appliquée.
8. Laboratoire/fonctionnalité					0	Pas de laboratoire
9. Etat des toilettes		+			3	Intimité respectée, propreté insuffisante.
10. Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.		+			3	Présence d'un incinérateur.
11. Système d'éclairage et de communication		+			3	Eclairage par un réseau public, Pas de téléphone fixe.

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

+ = désigne le niveau de qualité coché.

Le score obtenu = 29. Le CScom central est de niveau II.

2- Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Tableau III : Répartition des gestantes selon l'âge

TRANCHES D'AGE	CScom central		CSréf		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤19 ans	22	11	15	7,5	37	9,25
20-34 ans	151	75,5	172	86	323	80,75
35-45 ans	27	13,5	13	6,5	40	10
Total	200	100	200	100	400	100

La tranche d'âge de 20-34 ans était la plus représentée dans les deux centres de santé avec un taux de 75,5% (CScom central) et de 86% (CSréf) .

Les extrêmes étaient de 14 et 42ans pour le CSréf central avec un age moyen de 28 ans, de 15 et 45 ans pour le CSréf avec un age moyen de 30 ans.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Cscm central		Csréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non scolarisées	122	61	125	62,5
Primaire	34	17	45	22,5
Secondaire	5	2,5	14	7
Supérieur	0	0	2	1
Coranique	39	19,5	14	7
Total	200	100	200	100

Les gestantes non scolarisées étaient majoritaires avec un taux de 61% au CScom central et 62,5% au CSréf.

Tableau V : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Mariée	179	89,5	193	96,5
Célibataire	13	6,5	7	3,5
Divorcée	8	4	0	0
TOTAL	200	100	200	100

Les femmes mariées étaient prédominantes avec un taux de 89,5% au CScom central et 96,5% au CSréf.

Tableau VI : Répartition des gestantes selon l'occupation.

Occupation	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Ménagère	100	50	150	75
Vendeuse	81	40,5	35	17,5
Elève/Etudiante	17	8,5	12	6
Fonctionnaire	2	1	3	1,5
TOTAL	200	100	200	100

Les femmes au foyer étaient majoritaires avec un taux de 50% au CScom central et 75% au CSréf.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon les moyens de transports utilisés

Moyen de Transport	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
A pied	152	76	140	70
Transport en commun	17	8,5	44	22
Véhicule personnel	31	15,5	16	8
Total	200	100	200	100

Pour parvenir aux deux centres de santé les gestantes n'ayant aucun moyen de transport étaient prédominantes avec un taux de 76% (CScom central) et 70% (CSréf).

Tableau VIII : Répartition des cas selon la gestité.

	CScom central		CSréf		Total	
GESTITE	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Primigeste	41	20,5	43	21,5	84	42
Paucigeste	55	27,5	88	44	143	71,5
Multigeste	70	35	42	21	112	56
Grande Multigeste	34	17	27	13,5	61	30,5
TOTAL	200	100	200	100	400	200

Les grandes multigestes ont été minoritaires avec un taux de 17% au CScom central et 13,5% au CSréf.

Tableau IX : Répartition des gestantes selon la parité.

Parité	CScom		CSréf		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Nullipare	17	8,5	12	6	29	7,25
Primipare	38	19	16	8	54	13,5
Pauci pare	97	48,5	113	56,5	210	52,5
Multipare	27	13,5	45	22,5	72	18
Grande Multipare	21	10,5	14	7	35	8,75
TOTAL	200	100	200	100	400	100

Les paucipares étaient majoritaires avec un taux de 48,5% au CScom central contre 56,5% au CSréf.

Tableau X : Répartition des gestantes selon les antécédents Gynéco/obstétricaux.

Antécédents Gynéco- Obstétricaux	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Fausses couches	11	5,5	28	14
Mort-nés	10	5	7	3,5
Forceps/ventouse	0	0	7	3,5
Césarienne	2	1	6	3

Ki²= 9

P=0,025

les fausses couches étaient les plus nombreuses dans les deux centres de santé avec des taux respectifs de 5,5% (CScom central) et de 14% (CSréf).

Tableau XI : Répartition des gestantes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Drépanocytose	1	0,5	2	1
HTA/Toxémie	57	28,5	48	24
Diabète	0	0	1	0,5
IST/SIDA	40	20	36	18
Tuberculose	0	0	0	0
Asthme	0	0	2	1
Infections urinaires	60	30	63	31,5

Ki²=4,27

P=0,510

Les infections urinaires étaient les plus fréquentes au CScom central (30%) et 31,5% au CSréf.

NB :- VIH positif = 1 et les autres IST= 39 au CScom central

- VIH Positif = 3 et les autres IST =33 au CSréf

3 - ETUDES DES PROCEDURES :

3-1 Etude descriptive :

3-1-1 Données de la CPN :

Tableau XII : Répartition des gestantes ayant effectué la CPN selon la qualification du praticien.

Qualification personnel soignant	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Médecin	0	0	3	1,5
Sage-femme	128	64	127	63,5
Infirmière obstétricienne	0	0	58	29
Matrone	72	36	12	6
TOTAL	200	100	200	100

Plus de la moitié des CPN ont été réalisées par les sages-femmes dans les deux centres avec des taux respectifs 64% au CScom central et 63,5% au CSréf .

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon l'accueil.

Conditions d'accueil	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Invitation à s'asseoir	198	99	200	100
Salutation conforme aux normes sociales	195	92,5	200	100
Manifestation d'intérêt pour gestante	176	88	164	82
Bonne attitude envers la gestante	150	75	200	100
Gentillesse du ton	156	78	200	100
Salutation d'usage au départ	81	40,5	200	100

L'accueil a été de 100% dans le CSréf hormis la manifestation d'intérêt pour la gestante avec un taux de 82%.

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

CRITERES DE CHOIX	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Proximité du domicile	114	57	73	36,5
Connaissance d'un personnel dans le centre	17	8,5	15	7,5
Personnel accueillant	31	15,5	20	10
Compétence du personnel	8	4	14	7
Sur conseil d'une connaissance	7	3,5	6	3
Bon tarif des médicaments	20	10	14	7
Prise en charge rapide	2	1	22	11
Référence	1	0,5	3	1,5
TOTAL	200	100	200	100

La proximité du domicile a été le critère de choix le plus évoqué

dans les deux centres avec des taux respectifs de 57%(CScom central) et de 36,5%(CSréf).

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

Histoire de la grossesse actuelle	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Détermination de l'âge de la grossesse	190	95	174	87
Détermination de la date probable d'accouchement	5	2,5	17	8,5
Détermination de la date des dernières règles	2	2,5	9	4,5
Total	200	100	200	100

L'âge approximatif de la grossesse était connu chez la majorité des gestantes dans les deux centres.

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisé.

Nombre de CPN	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
1	119	59,5	92	46
2	49	24,5	65	32,5
3	23	11,5	27	13,5
≥4	9	4,5	16	8
Total	200	100	200	100

Plus de la moitié des gestantes venue au centre était à leur première consultation prénatale (59,5%) au CScom central et (46%) au CSréf.

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

Conditions du respect de l'intimité	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Examen à l'abri des regards	183	81,5	200	100
Présence d'une tierce personne pendant la consultation	20	10	79	39,5
Entrée et sorties non justifiées pendant la consultation	10	5	47	23,5
Absence de tierce personne pendant la consultation	180	90	121	60,5

Les 2 / 3 des gestantes ont été examinées à l'abri des regards au CScom central avec un taux de 81,5% et 100% au CSréf.

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon leur interaction avec les soignants

Impression des gestantes	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Confidentialité	200	100	200	100
Agréable réception	200	100	152	76
Respect de l'ordre de passage	200	200	200	100
respect de l'intimité	197	98,5	200	100
Satisfaction des gestantes	147	73,5	152	76
Attente favorable	134	67	149	74,5

La confidentialité était garantie dans les deux centres (100%).

Tableau XIX : Répartition des gestantes selon les signes fonctionnels évoqués au moment de la CPN.

Signes fonctionnels	CScom central		CSréf		Total	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Vomissements	25	12,5	130	65	155	38,75
Fièvre	9	4,5	81	40,5	100	22,5
perte liquidienne	1	0,5	7	3,5	8	2
Écoulement vaginal	100	50	120	60	220	55
Métrorragie	60	30	45	22,5	105	26,25
Dysurie / pollakiurie	27	13,5	118	59	145	36,25
Dyspnée	0	0	3	1,5	3	0,75
Palpitation	3	1,5	42	21	45	11,25
Perception de MAF	102	51	120	60	222	55,5

Les vomissements et l'écoulement vaginal ont été les plus représentés parmi les signes fonctionnels évoqués avec des taux respectifs de 12,5% et 50% au CScom central et de 65% et 60% au CSréf.

Tableau XX : Répartition des gestantes selon l'application des mesures d'hygiène.

MESURES D'HYGIENE	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Utilisation des gants ou doigtiers	150	75	200	100
Le matériel est changé après chaque consultation	80	40	200	100
Le matériel est désinfecté	75	37,5	200	100
les mains sont lavées avant et après chaque consultation	3	1,5	70	35
Une alaise était-il posé sur la table	0	0	0	0

Seulement 1,5% des gestantes ont répondu que les praticiens se sont lavés les mains avant et après chaque consultation au CScom central et 35% au CSréf.

Tableau XXI_: Répartition des gestantes selon les éléments de l'examen clinique.

	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Déroulement de la consultation				
Explication du déroulement de la consultation	150	75	180	90
prise de poids	200	100	200	100
Mesure de la taille	200	100	200	100
Appréciation des conjonctives	200	100	200	100
Recherche des œdèmes	27	13,5	101	50,5
Examen des seins	108	54	200	100
Palpation abdominale	151	75,5	200	100
Mesure de la HU	168	84	200	100
Auscultation des BDCF	84	42	155	77,5
Recherche de la position du fœtus	13	6,5	175	87,5
Examens cardiaques	0	0	0	0
Examens pulmonaires	0	0	0	0
Prise de TA	104	52	159	79,5
Examen au spéculum	10	5	118	59
Le toucher vaginal	184	92	200	100
Examen du bassin	0	0	39	19,5

L'examen cardio-pulmonaire n'était pas pratiqué dans les deux centres, par contre l'examen du bassin était effectué mais seulement au CSréf avec un taux de 19,5%.

Tableau XXII : Répartition des gestantes en fonction de l'âge estimatif de la grossesse selon leurs opinions.

Age de la grossesse	CScom central		CSréf		Total	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	12	6	16	8	28	7
2^{eme} trimestre	149	74,5	127	63,5	276	69
3 ^{eme} trimestre	39	19,5	57	28,5	96	24
Total	200	100	200	100	400	100

La majorité des gestantes ont été reçues au 2^{eme} trimestre dans les deux centres avec un taux de 74,5%(CScom central) et 63,5%(CSréf).

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

Conclusion de l'agent de santé	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Rien à signaler	85	42,5	99	49,5
Groupe à risque	116	58	101	50,5
Femme informée sur le plan d'accouchement	13	6,5	55	22,5
Femme non informée sur le plan d'accouchement	187	93,5	146	73

Ki²=33,09

P=0,000 <0,01

Plus de la moitié des gestantes (116/200) a été déclarée à risque au CScom central. Pour le CSréf sur 200 gestantes 101 ont été déclarées à risque.

Dans 93,5% des cas les gestantes n'étaient pas informées sur le plan d'accouchement au CScom central et 73% au CSréf.

Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon les facteurs de risques retrouvés.

FACTEURS DE RISQUES	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age inférieur à 18ans	18	9	12	6
Primipare âgée	8	4	5	2,5
Grande multipare	40	20	14	7
Poids inférieur à 45 kg	3	1,5	3	1,5
ATCD de mort-nés	12	6	9	4,5
Utérus cicatriciel	2	1	6	3
Autres	0	0	5	2,5

Ki²=23,23

P= 0,001

La grande multiparité était la plus dominante dans les deux centres 20% (CScom central) et 7% (CSréf).

Autres : ATCD de fistule vésico-vaginale = 2 ; ATCD de cure de prolapsus utérin = 2 ; ATCD de myomectomie = 1

Tableau XXV: Répartition des gestantes selon les examens para cliniques réalisés

Nature de l'examen para clinique	CScom central		CSréf	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Groupage/Rhésus	14	7	95	47,5
Albumine/Sucre	9	4,5	183	91,5
Glycémie	5	2,5	80	40
Sérologie BW	14	7	61	30,5
Sérologie Toxoplasmose	11	5,5	94	47
Sérologie VIH	0	0	195	97,5
Test d'Emmel	8	4	41	20,5
NFS (Tx hb)	2	1	28	14
G.E (TDR)	2	1	32	16
Echographie obstétricale	5	2,5	17	8,5
Autres	1	0,5	4	2

La recherche du groupage/rhésus et la sérologie BW étaient les plus demandés au CScom central avec des taux respectifs de 7% et 7%. Pour le CSréf les plus demandés étaient l'albumine/sucre dans les urines et la sérologie VIH avec des taux respectifs de 91,5% et 97,5%.

Autres : ECBU=2 ; Frottis vaginal=1 ; Sérologie Widal=1 (CSréf) et ECBU =1 (CScom central)

Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon les mesures préventives.

Mesures préventives	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
SP	188	94	184	92
Fer+ acide folique	153	76,5	149	75
VAT	193	96,5	194	97
MII	200	100	200	100

La distribution des MII venait en tête de file des mesures préventives suivie de VAT avec des taux respectifs de 100% et 96,5% dans le CScom central et 100% et 97% pour le CSréf.

Tableau XXVII: Répartition des gestantes selon le traitement curatif.

Traitement curatif	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Erythromycine	16	8	40	20
Amoxicilline	66	33	75	37,5
Nystatine	106	53	88	44
Quinine	12	6	25	12,5

Le médicament le plus fréquemment prescrit dans les deux centres était la nystatine avec des taux respectifs de 53% (CScom central) et de 44% (CSréf).

Tableau XXVIII : Répartition des gestantes selon l'explication des prescriptions

Explication sur les prescriptions	Cscom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	53	26,5	66	33
NON	147	73,5	134	67
TOTAL	200	100	200	100

Seulement 26,5% des gestantes ont été informées sur les prescriptions dans le CScom central contre 33% pour le CSréf.

Tableau XXIX : Répartition des gestantes selon les conseils sur l'hygiène de vie pendant la grossesse.

HYGIENE DE VIE PENDANT LA GROSSESSE	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Travail professionnel	108	54	135	67,5
Alimentation	134	67	31	15,5
Travail ménager	14	7	54	27
Repos	57	28,5	74	37

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

Tableau XXX : Répartition des gestantes selon les conseils donnés à l'issue de l'examen.

Conseils donnés	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Evolution de la grossesse	54	27	62	31
RDV donné à la gestante	159	72,5	200	100
Date précise du RDV	132	66	193	96,5
Renseignement sur les signes d'alerte et la CAT	14	7	54	27

Seulement 7% des gestantes ont été informées sur les signes d'alertes et la CAT dans le CScom central et 27% pour le CSréf.

Tableau XXXI : Répartition des gestantes selon la durée de la CPN.

Durée de la CPN	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
<5 mn	19	9,5	34	17
5 -10 mn	24	12	43	21,5
>10 mn	157	78,5	123	61,5
TOTAL	200	100	200	100

La grande majorité des CPN s'est déroulée au-delà de 10mn dans les deux centres.

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

		Cscom central		CSréf	
ETAT DES					
LOCAUX		Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Vieux et sales		120	60	116	58
Vieux mais propre		71	35,5	40	20
Ne sait pas		9	4,5	44	22
TOTAL		200	100	200	100
ETAT DES TOILETTES					
Sales		150	75	160	80
Propres		45	25	32	16
Ne sait pas		5	2,5	8	4
Total		200	100	200	100

Plus de la moitié des gestantes attestent que les locaux sont vieux et sales dans les deux centres avec des taux respectifs de 60% (CScom central) et 58%(CSréf). La majorité des gestantes affirment aussi que les toilettes sont sales dans les deux centres.

3-2 Etude analytique

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

Qualité de l'accueil	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Passable	41	20,5	6	3
Bonne	159	79,5	194	97
TOTAL	200	100	200	100

Ki²=27,87(Yates)

P= 0,000 < 0,01

L'accueil était de bonne qualité dans les centres avec des taux respectifs de 79,5% (CScom central) et 97% (CSréf). Ces deux centres ont été classés en niveau IV.

Tableau XXXIV: Répartition de la population selon la qualité du respect de l'intimité de la gestante.

Qualité du respect de l'intimité	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Passable	25	12,5	10	5
Bonne	175	85,5	190	95
TOTAL	200	100	200	100

Ki²=6,14 (Yates)

P=0,013

Le respect de l'intimité était de bonne qualité dans les deux centres avec des taux respectifs de 85,5% (CScom central) et 95% (CSréf). Cette distribution montre que les deux centres ont été classés en niveau IV.

Tableau XXXV : Répartition des gestantes selon la qualité du respect physique et psychique.

Qualité du respect physique et psychique	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Passable	20	10	25	12,5
Bonne	180	90	175	87,5
Total	200	100	200	100

Ki²= 0,40 (Yates)

P=0,52

Le respect physique et psychique était de bonne qualité 90% (CScom central) et 87,5% (CSréf). Cette distribution montre que les deux centres sont de niveau IV.

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

Qualité du respect de la confidentialité	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Passable	36	18	15	7,5
Bonne	164	82	185	92,5
Total	200	100	200	100

Ki²=8,99 (Yates)

P=0,003

Le respect de la confidentialité était de qualité moins bonne 82% (CScom central) et 92,5% (CSréf). Cette distribution montre que les deux centres sont de niveau IV.

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

Qualité de la relation humaine	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Passable	41	20,5	6	3
Bonne	159	79,5	194	97
Total	200	100	200	100

Ki²=27,87 (Yates)

P=0,000 <0,01

La relation humaine était de bonne qualité dans les deux centres avec des taux respectifs de 79,5% (CScom central) et de 97%(CSréf).

Cette distribution montre que ces deux sont de niveau IV.

Tableau XXXVIII : Répartition des gestantes selon la qualité de l'examen physique.

Qualité de l'examen physique	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Passable	106	53	64	32
Assez Bonne	94	47	136	68
Total	200	100	200	100

Ki²=17,20 (Yates)

P=0,000 <0,01

L'examen physique est de qualité passable pour le CScom central 47% et le CSréf d'assez bonne qualité 68%. Cette distribution montre que le CScom central est de niveau II et le CSréf niveau III.

Tableau XXXIX : Répartition des gestantes selon la qualité des conseils.

Qualité des conseils	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Passable	110	55	73	36,5
Assez bonne	90	45	127	63,5
Total	200	100	200	100

Ki²=13,05 (Yates)

P=0,000<0,01

Le conseil est de qualité passable (55%) pour le CScom central et d'assez bonne qualité pour le CSréf (63,5%). Cette distribution montre que le CScom central est de niveau II et le CSréf niveau III.

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

Qualité de l'hygiène	CScom central		CSréf	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Passable	138	69	66	33
Assez bonne	62	31	134	67
Total	200	100	200	100

Ki²=50,43 (Yates)

P=0,000<0,01

L'hygiène était de qualité passable 69% pour le CScom central et d'assez bonne qualité (67%) pour le CSréf. Cette distribution montre que le CScom central est de niveau II et le CSréf niveau III.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1- **La méthodologie :**

Notre étude est prospective sur l'évaluation de la qualité de la surveillance prénatale et inclut les données de la structure, les observations de la CPN et l'opinion des gestantes.

Elle s'est déroulée dans le CScom central et le Csréf de Ouélessébougou Cercle de Kati / Région de Koulikoro du 1^{er} Juin 2008 au 31 Janvier 2009 L'étude a été faite selon le modèle d'Avedis DONABEDIAN [33]. 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 CPN.

L'enquête a porté sur 200 gestantes ayant fréquentées l'unité CPN à cette période.

Dans la démarche méthodologique, nous avons procédé au choix de variables discriminatoires. Il est à noter que si l'une de ces variables manque, elle met en cause la totalité de l'acte des soins prénatals du domaine défini.

C'est ainsi que le CScom central et le CSréf de Ouélessébougou ont été situés par niveau de qualité et le repérage des problèmes à des niveaux différents de qualité.

Les CPN étaient effectués deux fois par semaine au CScom central (les Mardis et les Jeudis) et pour le CSréf (les Lundis et les Jeudis).

Nos gestantes ont été consentantes pour faire partir de l'étude.

2 - Qualité des structures :

Nous avons 4 niveaux de qualité (Tableau I et II). Cette hiérarchisation a été faite selon une référence à laquelle un score a été attribué. Une observation a été faite pour chaque référence.

Ainsi pour les normes architecturales le niveau de qualité des structures a été noté score II au CScom central (voir tableau II) c'est-à-dire qu'il n'y avait pas une protection satisfaisante contre la poussière et les moustiques. Pour l'unité d'hospitalisation et suites de couches (2 lits pour 1 salle), biens propres et éclairées mais absence de ventilation et les matelas étaient défectueux.

Pour l'Unité de CPN, le matériel était incomplet (absence de toise et de tensiomètre). Cependant la salle de l'unité CPN était faite en dur et en bon état ; les toilettes étaient sales. Il n'existait pas de dispositif et de personnel pour l'orientation et l'accueil et de laboratoire ; une bonne fonctionnalité du dépôt de vente et un système d'approvisionnement en eau et élimination de déchets. En somme sur le plan de la qualité de la structure, le CScom central, a été classé en niveau II.

Le CSréf a été noté score III (voir tableau I) : En effet parmi les insuffisances on pouvait citer la protection non satisfaisante contre la poussière et les moustiques ; l'inexistence de dispositif et de personnel pour l'orientation et l'accueil.

Pour l'unité d'hospitalisation et suites de couches (2 lits pour 1 salle), la salle était peu éclairée, on notait une propreté insuffisante et une absence de ventilation, une bonne fonctionnalité du laboratoire, de la pharmacie et un système d'approvisionnement en eau et élimination

de déchets. Pour l'Unité de CPN le matériel était complet (pèse personne, toise, tensiomètre, ruban, stéthoscope obstétrical, gants, spéculum, table de consultation gynécologique) ; exceptée l'absence d'une lampe pour l'examen au spéculum. Cependant l'analyse de la structure du CSréf a obtenu un score de 35(niveau III). Ainsi des efforts restent à fournir sur ce plan dans ces deux centres de santé.

3- Caractéristiques sociodémographiques :

Parmi les gestantes 9,5% avaient moins de 18 ans et 7% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans au CScom central. Pour le CSréf : 6% des gestantes avaient moins de 18ans et 2% avaient un âge supérieur ou égal à 40ans alors que chez Goita N. [13] 12,5% des gestantes avaient moins de 18 ans et 5,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Des études ont montré que ces deux couches sont les plus touchées par la mortalité maternelle et périnatale [17-40].

Les femmes au foyer représentaient 50% au CScom central et 75% au CSréf avec une majorité de non scolarisées (61% au CScom central et 62,5% au CSréf). Ces taux étaient inférieurs à ceux de Seydou [39] et Konaté S [36] qui étaient respectivement 82% et 80%.

L'analyse de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants ou pas).

Au cours de notre enquête, nous avons recensé 96,5% de gestantes mariées au CScom central et 61% au CSréf . Sangaré F [38] avait trouvé 90,7% de gestantes mariées. A noter que ce statut est jugé favorable au bon déroulement de la grossesse.

Les célibataires représentaient 6,5% au CScom central et 3,5% au CSréf. Celles-ci constituent un groupe à risque. Les gestantes étaient au deuxième trimestre de leur grossesse dans 74,5% au CScom central et 63,5% au CSréf.

Cela pouvait être dû à la non scolarisation des gestantes.

Parmi les gestantes ayant évoqué des antécédents obstétricaux 5,5% avaient fait une fausse couche au CScom central et 14% étaient décelées au CSréf. La connaissance de ces antécédents est primordiale dans la prise en charge de ses gestantes car elle dicte la conduite à tenir pour une issue heureuse de la grossesse.

4- Etude des procédures :

Il découlait de notre étude que la CPN était assurée par la sage-femme dans 128/200 cas soit 64% et par les matrones dans 72/200 cas soit 36% au CScom central et 127/200 cas soit 63,5% par la sage-femme, 58/200 cas soit 29% par l'infirmière obstétricienne, 12/200 cas soit 6% par la matrone et 3/200 cas soit 1,5% par le médecin au CSréf. Seydou S avait rapporté 70,5% de CPN effectuées par la sage-femme, 27,5% de CPN effectuées par l'infirmière obstétricienne et 2% de CPN effectuées par le médecin du centre. Nous avons classé les centres de santé de Ouélessébougou en niveau IV sur le plan de personnel qualifié.

Plus de la moitié des CPN se sont déroulées pendant plus de 10 mn au CScom central (78,5%) et au CSréf (61,5%) . Ces taux étaient supérieurs à celui de Abdoul karim. S [29] qui avait trouvé 4%.

L'examen cardio-pulmonaire n'a été effectué dans aucun des centres (CScom central et CSréf). Ce qui explique l'omission de certains gestes essentiels par les sages-femmes. Des efforts doivent être faits dans ce domaine, afin que toutes les gestantes bénéficient d'un examen physique complet surtout au cours de leur première CPN. Les autres gestes ont été plus ou moins effectués dans les deux centres. Quant à l'appréciation clinique du bassin, au troisième trimestre de la grossesse ; ce geste a été pratiqué chez 19,5% des gestantes au CSréf.

L'examen prénatal des derniers mois de la grossesse est un examen capital, car il permet d'établir le pronostic de l'accouchement. Cet examen est souvent négligé ou mal exécuté dans la hâte par les praticiens.

Par ailleurs 6,45% des gestantes avaient bénéficié d'examens complémentaires au CScom central et 75,45% au CSréf. Ces résultats étaient inférieurs à ceux de Goita N **[13]** 99%; de Fomba S **[14]** 96,6% et Sangaré F **[38]** 75,7%.

La sérologie VIH était demandée chez 97,5% au CSréf. Cet examen devrait être systématiquement demandé et pratiqué avec l'accord des femmes enceintes dans le cadre de la PTME. Notre taux était supérieur à celui de Goita N. **[13]** 96%.

. La sérologie HIV n'était pas demandée au CScom central ; à cause de la non disponibilité de tests rapides auprès des praticiens et souvent le refus des gestantes.

L'Echographie, moyen précieux de diagnostic et de surveillance de la grossesse, n'était demandée que dans 2,5% des cas au CScom central et 7,5% des cas au CSréf. Ce résultat était inférieur à celui de Goita N [13] 29%.

Cet examen est indispensable pour le suivi de la grossesse. A noter l'inexistence d'appareil d'échographie dans le district sanitaire de Ouélessébougou.

Ce faible taux de pratique de l'échographie pourrait être en rapport avec les difficultés financières des gestantes (Frais de l'échographie obstétricale : 10000FCFA) ; mais surtout le manque d'appareil d'échographie dans le district sanitaire.

Du point de vue opinion des gestantes :

Plus de la moitié avaient trouvé les locaux vieux et les toilettes sales dans les deux centres. Plus de la moitié des gestantes étaient satisfaites des prestations (87,5%) au CScom central et (91,5%) au CSréf car l'intimité était respectée et la confidentialité garantie.

La majorité des gestantes a affirmé qu'un rendez vous leur a été fixé pour le suivi mais seulement 6,5% des gestantes au CScom central et 22,5% au CSréf avaient reçu des informations sur le plan de préparation de l'accouchement. Cette insuffisance pourrait être dûe à la non application de la CPN recentrée.

VII. CONCLUSION Et RECOMMANDATIONS:

1. Conclusion :

L'étude faite au centre de santé communautaire central et au centre de santé de référence de Ouélessébougou cercle de Kati /région de Koulikoro du 1^{er} Juin 2008 au 31 Janvier 2009 a permis une analyse des structures, une observation des CPN et une analyse de l'opinion des gestantes concernant la qualité des soins reçus.

Cette étude confirme l'hypothèse que ce sont «les structures qui offrent des conditions médicales suffisantes pour assurer des soins de qualité sur le plan de la dimension humaine et technique».

A cet effet, l'analyse du niveau de qualité de la structure montre que le centre de santé communautaire central est de niveau II et le centre de santé de référence de Ouélessébougou est de niveau III où les références sont pris en charge de façon peu satisfaisante. Pour cela nous avons noté des problèmes d'orientation (absence de plaque d'orientation dans l'enceinte et de personnel qualifié chargé de l'accueil dans les deux centres de santé), des infrastructures (absence de vitres au niveau du dépôt de vente de pharmacie et du laboratoire dans les deux centres, de salle de réanimation au CSréf).

Notre étude a également révélé que la majorité des CPN étaient assurées par les sages femmes dans les deux structures. L'analyse discriminatoire des différentes variables de la CPN révèle que le respect physique et psychique du malade était bon. .

Le respect de l'intimité et de la confidentialité étaient très bons.

Le bilan prénatal comportait la recherche d'albumine et sucre dans les urines, la sérologie BW, la sérologie toxoplasmose, le groupage / rhésus, test d'Emmel, le test rapide VIH, échographie et autres analyses (ECBU, frottis vaginal, la GE).

Nous notons qu'il n'y avait pas de collaboration étroite entre les sages-femmes et les médecins pour la prise en charge des gestantes ayant certains facteurs de risques tels que: HTA, antécédent de mort-nés et utérus cicatriciels ect...

Au terme de cette étude nous avons remarqué que sur le plan structural, le CScom central est de niveau II et le CSréf de niveau III. Les lacunes ont été observées sur le plan des procédures.

A la suite de ces constats, nous formulons certaines recommandations aux autorités, surtout aux prestataires et aux bénéficiaires afin que le CScom central et le CSréf de Ouélessébougou puissent offrir des services de qualité en santé de la reproduction.

2. Recommandations :

1- Aux personnels de santé:

- Appliquer avec rigueur les normes et procédures en CPN ;
- Améliorer les séances de la communication pour le changement de comportement (CCC) en insistant sur la préparation à l'accouchement, le planning familial, la préparation à l'allaitement et l'assiduité aux CPN dès les premiers mois de la grossesse ;
- Travailler en équipe dans un bon esprit de collaboration (Médecin , Sage-femme et Infirmières obstétricienne) ;
- Apprécier le bassin en fin de grossesse afin de faire le pronostic de l'accouchement ;
- Améliorer l'hygiène au cours de la CPN, en respectant le lavage hygiénique des mains avant et après chaque examen et en étalant une serviette à chaque examen ;
- Prendre systématiquement toutes les constantes au cours de la CPN particulièrement la TA.

2- Aux autorités sanitaires et politiques:

- Assurer une formation continue du personnel dans le domaine de la santé de la reproduction de même que la supervision régulière ;
- Sensibiliser les parents sur les inconvénients des mariages précoces ;
- Rendre disponible et gratuit certains examens complémentaires notamment : le dosage des albumines et du sucre dans les

urines, groupage rhésus , NFS ;

- Doter le laboratoire du CSréf en matériels et réactifs pour la réalisation des différents bilans prénatals à moindre coût ;
- Recruter un nombre suffisant de personnel qualifié ;
- Doter la maternité du CScom central d'un équipement complet pour la CPN et le CSréf d'un appareil d'échographie, d'une salle de réanimation au bloc opératoire et d'une unité pour le dépistage du cancer du col.

3- Aux populations:

- Suivre les conseils prodigués par les prestataires ;
- Suivre régulièrement les CPN ;
- Adopter des comportements propices à la santé.

VIII. Références:

1- Cleone R.: Soins prénatals de santé maternelle. Etude d'efficacité. Programme de santé maternelle et maternité sans risque. Division de la santé de la famille OMS (W.H.O./M.S.M./92-4).

2-KOITA M :

Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques et communautaires des C V et VI du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2001 No 41

3-Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondial: Réduire la mortalité maternelle/ OMS et col.Genève, OMS, 1999; 45 P.

4-Saving Newborn Lives : Consulté en ligne à WWW.save the children.org/rapport 2000, le 20 Aout 2006

5-TRAORE K.M :

La qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi. Thèse de médecine Bamako 2001 NO 49. 82P

6-N.M.KOFFI, A Coulibaly S. Gloyd et Col. :

Médecine d'Afrique noire: Le carnet de santé dans la surveillance de la grossesse en Côte d'Ivoire : Tome XXXX VII NO 4 avril 2000 ; P :184

7- O.M.S :

Estimation révisée pour 1990 de la mortalité maternelle la 1^{ère} édition. Nouvelle méthodologie O.M.S/UNICEF avril 1996 Genève P.16

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

9- UNICEF/OMS/FNUAP: Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005.

Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition.
Novembre 2000

10- Maguiraga M.: Etude de la mortalité maternelle au Mali: Causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Th. Med. FMPOS. 2000; n°110.

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

12- Source d'information DNSI-CPS/MSSPA: Information générale sur les données des communes du district de Bamako. Année 2003.

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

14- Fomba S.: Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du District de Bamako d'Avril à Juillet 2002. Th. Med. FMPOS. 2003; 103 p; n° 64.

15- Traoré M. K.: Qualité de la surveillance prénatale du centre de santé de la commune de Banconi. Th. Med. FMPOS. 2001; n° 49.

16- Papiernik E., Cabrol D., Pons J. C.: Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique- Paris; Flammarion, médecines sciences, 1995. Pages 7535-7537.

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

18- Fenerstein M.T.: Furning the Tide Safe Mother Lood. A districtation manual. London Mc Millan 1993.

19-Hogberg; and Wall.S.: Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull OMS 1986 P647-984.

20-Obstétrique essentielle :

Coordinateurs Hervé Fernandez, Michel Cosson, Emile papiernik ;
page : 1-15.

21-Obstétrique, coordination: J.M. Thoulon Fpuech, G.Boog Ellipses AUPELF/ Uref 1995.

22-R. Merger J. Levy J. Melcchior:

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition.

Universités francophones

23-Direction nationale de la santé publique/ mission française de coopération et d'action culturelle au Mali :

Ecole secondaire de la santé projet de maternité sans risque formation continue des sages-femmes 1994/1997.

24-Direction de la santé de la reproduction / division santé familiale : normes et procédures pour la surveillance prénatale.

Vol.2, mars 1990. p.20.

25-Universités francophones :

Obstétrique, coordination : J-M.

Thoulon ? FPuech, G.Boog

Ellipses AUPELF/UREF ? 1995

26-Révision accélérée en obstétrique : 5eme édition B.Seguy, J-H.

Baudet maloine page : 81 ; 89.

27- Hart. R.H, Belsey.M.A, Tarino.E: Intégration des soins de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaire. Considération pratique.

28- Bernard et Geneviève (P): Dictionnaire médical pour les régions tropicales sous la direction de Jean Courte Joie, Harmattan, Paris, 1984

29-Abdoul Karim Samake

Evaluation de la qualité de la surveillance prénatale dans le CSREF de Bougouni. Thèse de médecine ; 2007-2008.

30-Obstétrique pour le praticien :

J.Lansac/C. Berger/ G. Magnin, page : 18-30.

31-Kamissoko(M) :

Qualité de la Surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalabankoro zone périurbaine de Bamako.
Thèse de médecine 2004 N0 59.

32-C.I.M classification statique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Deuxième révision Genève O.M.S. Volume1 : 1993 Volume2 : 1995.

33- Donabedian Adévis: Exploration in assessment and monitoring, vol 1.

The definition of quality and approaches to its assessment. Health administration. Michigan. Press, An Arbor. 1980.

34-Mohamed D :

Evaluation de la qualité de la surveillance prénatale à l'hôpital régional de Nianakoro fomba de Ségou.

Thèse de médecine ; 2007-2008.

35-Yacouba Kassambara :

Evaluation de la qualité de la surveillance prénatale à l'hôpital régional de Kayes.

Thèse de médecine ; 2007-2008.

36- Konate. S :

Qualité de la surveillance prénatale dans le CSREF de la commune II du district de Bamako ; 2001 121 P n0 49.

37- 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 en juillet 2002.

38- Sangaré.F : .Evaluation de la qualité des CPN au centre de santé de référence de la commune VI du district de BKO. 2007-2008

39- Seydou.S : .Evaluation de la qualité des CPN dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de BKO. 2007-2008

40- M.S.F : Obstétrique en situation d'isolement ; 1^{er}éd Hatier. Paris, 1992 ; P : 222.

41- O.M.S : Maternité sans risque : Information sur les activités de santé dans le monde Mars- juillet 1992-N° 8-12P

42- Enquête démographique et de santé Mali 2006 (EDS-M IV)

43- POP. Sahel. CERPOD INSAH CILSS: Fécondité de l'adolescente. Drame d'une maternité précoce. Population à l'an 2000. Bamako. 2^{ème} éd. Août 1990. N°3.

44- Blum C.: L'évaluation médicale à l'hôpital.

In Creen Hébert.1^{er} séminaire d'évaluation en gynéco obstétrique à l'APHP résumé des interventions et des débats. Paris délégation à l'évaluation. DPIMAP 1993: 67.

46- Direction de la santé de la commune urbaine de Niamey: Qualité des soins « Projet de santé urbaine » district sanitaire Niamey. Commune I, II, III, Novembre 2000.

47- Angoulvent P.: La grossesse. Collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990.

IX. Annexes

Et

Résumé :

OBSERVATION DES CPN

Structure.....N fiche.....N dossier ou carnet de CPN

Q1 Date d'observation.....

Q2 Durée de la visite.....en MN

Caractéristique de la gestante :

Q3 Age : ans

Q4 Profession ;...1=ménagère ; 2=vendeuse ; 3=fonctionnaire
4=autre

Q5 Niveau d'étude :.....

1=analphabète ;2=primaire ;3=secondaire ;4=supérieur ;5=autre

Q6 Etat matrimonial :..... ;.1=célibataire ;2=mariée ;3=veuve ;4=divorcée ;
5=autre

Q7 Ethnie :..... ; 1=bambara ;2=peulh ;3=sarakole ;4= sonrhaï ;5=autre

Q8 Numéro de la grossesse ou de la CPN.....

Q9 Résidence.....

Q10 A-t-elle été identifiée pendant la grossesse comme appartenant à un
groupe à risque ?

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

1=age Sup. 16 ans, 2= primipare(30 ans ou plus), 3= grande multipare(sup. ou =
6 accouchements

), 4=dernier accouchement dystocique (césarienne, forceps, ventouse), 5= ATCD
de mort-né , 6= taille inf a 1,50m,7= HTA,8= poids inf a 45kg ,9=
autres.....

Q11 Nombre de CPN réalisées.....

Qualification de la personne qui a pris en charge la

gestante :..... 1=médecin ; 2=interne ; 3=sage-femme ;

4=infirmière obstétricienne ; 5= matrone ;6= autre à préciser :.....

Accueil :

Q14 Langue de communication : 1= français ;2= bambara ; 3=
autres :.....

Q15 Consultante comprenait-elle la langue : 1= oui ;2= non

Q16 Si non a-t-on fait appel a un interprète ? 1=oui ;2=non

Q17 Salutation conforme aux convenances sociales :1=oui ;2=non

Q18 Consultante a-t-elle été invitée a s'asseoir :1=oui ;2=non Q19 Demande du
carnet de la grossesse précédente : 1=oui, présent ;2=non , absent

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

Q20 Situation socio-économique de la famille : 1=bas niveau ;2=moyen niveau ;3=
favorable

Q21 Profession du mari : 1= cultivateur ;2=commerçant ;3=fonctionnaire ;4=
manœuvre ;5= autres :

Thèse de Médecine Mahamadou Fodé Diarra.....

Q22 Distance parcourue pour venir au centre :.....en km

Antécédents obstétricaux :

- Q23 Gestite : 1=oui ;2=non ;R=
Q24 Parité : 1=oui ;2=non ;R=
Q25 Fausses couches : 1=oui ;2=non ;R=
Q26 Vivants : 1=oui ;2=non R=
Q27 Mort-nés : 1=oui ;2= non ;R=
Q28 Décédés : 1=oui ;2= non ;R=
Q29 Causes des décès :1=infection néonatale ;2=paludisme ;3= autres.....
Q30 Age des décès :.....
Q31 Césarienne : 1=oui ;2=non ;R=
Q32 Forceps oui ventouse : 1=oui ;2=non ;R=
Q33 Pré éclampsie : 1=oui ;2= non ;R=
Q34 Eclampsie :1=oui ;2= non ;R=
Q35 Autres.....

Antécédents médicaux :

- Q36 Infection urinaire : 1=oui ;2= non R=
Q37 HTA : 1=oui ;2=non ;R=
Q38 Diabète :1=oui ;2= non ; R=
Q39 Affection cardiaque : 1=oui ;2=non ; R=
Q40 Tuberculose : 1= oui ; 2= non ;R=
Q41 MST : 1=oui ;2=non ;R=
Q42 Drépanocytaire : 1=oui ;2= non ;R=
Q43 Autres : 1=oui ;2=non ; R=
Q44 Si autres précisions :.....

Détermination de la date de

l'accouchement :

- Q45 Détermination de la probable de l'accouchement : 1= connue ;2= inconnue
Q46 Détermination de la date des dernières règles : 1= connue ; 2=inconnue
Q47 Détermination des l'age de la grossesse : 1= connue ;2= inconnue

Déroulement de la grossesse :

- Q48 Fièvre : 1=oui ; 2= non ;R=
Q49 Vomissement : 1=oui ;2= non ; R=
Q50 Fatigue : 1= oui ;2=non ; R=
Q51 Vertige : 1=oui ; 2=non ;R=
Q52 Survenue de palpitation : 1=oui ;2=non ;R=
Q53 Survenue de dyspnée : 1=oui ;2=non ;R=
Q54 Perception des mouvements du bébé (MAF) : 1=oui ; 2= non ;R=
Q55 Survenue d'oedèmes : 1=oui ; 2= non ;R=
Q56 Pertes liquidiennes : 1=oui ;2= non ;R=
Q57 Ecoulement vaginal : 1=oui ;2=non ;R=
Q58 Métrorragie 1=oui ; 2= non ;R=
Q59 troubles urinaires : 1=oui ;2= non ; R=

Hygiène de vie pendant la grossesse :

- ~~Q60 Questions sur le travail professionnel ménager : 1= oui ; 2= non~~
Thèse de Médecine Mahamadou Fodé Diarra
Q61 Questions sur le travail ménager : 1=oui ; 2= non
Q62 Alimentation :1=oui ,adaptée a la grossesse ; 2= non adaptée a la grossesse

Q63 Repos(importance , modification des activités á cause de la grossesse :
1=oui ;2=non

Examens cliniques :

Q64 Avez-vous expliqué le déroulement de la consultation ?

1=oui ; 2= non

Q65 Pesée : 1=oui ; 2=non ; R=

Q66 Mesure de la taille : 1=oui ; 2=non ; R=

Q67 Recherche d'une boiterie : 1= oui ; 2= non ;R=

Q68 Aider á monter sur la table : 1= oui ; 2= non

Q69 Examens des conjonctives : 1= pale ; 2= moyenne colorées ;3= colorées

Q70 Mesure de la TA : 1= OUI ;2= ; R=

Q71 Consultation cardiaque : 1= oui ; 2= non ;R=

Q72 Consultation pulmonaire : 1= oui ; 2=non ; R=

Q73 Palpation de l'abdomen : 1= oui ; 2= non ; R=

Q74 Mesure de la hauteur utérine(HU) : 1= OUI ;2= NON ;r=

Q75 Auscultation des bruits du cœur foetal : 1= oui ;2= non ;R=

Q76 Position du foetus : 1= céphalique ; 2= siège ; 3= transversal ; 4=
autres.....

Q77 Examen au spéculum : 1=oui ;2=non ;R=

Q78 Toucher vaginal : 1=oui ; 2=non ;R=

Q79 Recherche des oedèmes : 1=oui ; 2= non ;R=

Q80 Aider á descendre : 1= oui ; 2= non ; R=

Q81 L'éclairage était-il suffisant : 1= oui ; 2= non ;R=

Q82 Examen á l'abri des regards : 1= oui ; 2= non ;R=

Examen para clinique

Q83 A-ton demander des examens para cliniques : 1=oui ; 2= non

Q84 A- t-on expliqué pourquoi ? : 1= oui ; 2= non

Q85 Si oui á t-on expliquer ou aller ? : 1=oui ; 2= non

Vaccination

Q86 A-t-on demandé le carnet de vaccination ? : 1= oui ; 2= non

Q87 A-t-on proposé une vaccination ? : 1= oui ; 2= non

Q88 La consultation a-t-elle classé la grossesse á risque ? : 1= oui ; 2= non

Prescription

Q89 Une prescription a-t-elle été faite : 1= oui ; 2= non

Q90 A-t-on expliqué pourquoi ? : 1= oui ; 2= non

Relations humaines

Q91 Gentillesse du ton : 1= bon ;2= mauvais

Q92 Attitude envers la gestante : : 1= bon comportement ; 2= mauvais
comportement

Q93 Manifestation d'intérêt pour la gestante : 1=oui ;2=non

Q94 A-t-elle fait des salutations d'usage á son départ ? : 1= oui ; 2= non

Q95 Pendant ou au décours de l'examen a-t-on expliqué á la gestante
l'évolution de la grossesse ? : 1= oui ; 2= non

~~Q96 A-t-il demandé á la consultation de venir ? : 1= oui ; 2= non~~

Thèse de Médecine Mahamadou Fodé Diarra ; 2= non

Q98 Présence de tierce personne pendant la consultation : 1= non ; 2= oui plusieurs sages –femmes ;3= oui d'autres membres du personnel ; 4= oui ,par des accompagnants ;5= oui ,d'autres personnes(à préciser) :.....

Q99 Nombre total de personnes dans la salle :.....

Q100 Ya-t-il eu des entrées et sorties non justifiées pendant le déroulement de la consultation : 1= oui ; 2= non

Conseils

Q101 A-t-on donne des conseils : 1= non ; 2= sur le repos ; 3= alimentation ; 4= planning familial ; 5= MST/SIDA ; 6= autres :.....

Q102 A-t-on expliqué les d'alerte et que faire s'il survenait : 1= oui ; 2= non

Q103 Si oui quels sont les signes d'alerte : 1= métrorragie ; 2= douleur abdominale intense ;3= perte liquidienne ; 4= autres à préciser :.....

Hygiène de la consultation

Q104 Un tissu est –il posé sur la table d'examen ? : 1= oui ;2= non

Q105 Si9 oui est-il fourni par le centre ? : 1= oui ;p 2= non

Q106 Est-il différent des femmes précédentes : 1= oui ; 2= non

Q107 Le praticien s'est-il lavé les mains avant d'examiner la co0nsultante ? : 1= oui ; 2= non

Q108 Le praticien a-t-il utilisé des gants ou un doigtier : 1= oui ; 2= non

Q109 A la fin de la consultation le matériel est-il changé ? : 1= oui ; 2= non

Q110 Le matériel est-il correctement nettoyé ? : 1= oui ; 2= non

Q111 Le matériel est- il correctement désinfecté ? : 1= oui ; 2= non

Q112 Le praticien a-t-il commis une faute d'hygiène ? : 1= oui ;2= non

Q113 Si oui laquelle ? : 1= matériel souillé ; 2= autres :.....

Conclusion

Q114 Le praticien a-t-il tiré une conclusion ? si oui laquelle ? : 1= RAS ; 2= classement dans un groupe à risque ; 3= référence vers un autre établissement

Q115 Référence vers un autre établissement : 1= oui ;2= non

Q116 Nom de l'établissement de référence :.....

Q117 Le praticien a-t-il annoncé à la gestante la DPA : 1= oui ; 2= non

Q118 Si elle appartient à un groupe à risque , le lui a-t-il annoncé ? : 1= oui ; 2= non

Q119 Lui a-t-il ou aller accoucher ? : 1`= oui ; 2= non

Q120 Lui a-t-il dit pourquoi ? : 1= oui ; 2= non

OPINION SUR LES C .P.N :

Objectifs de la C.P.N :

OPC1 Pourquoi vous faite la C.P.N :.....

2-Pour avoir un enfant sain et une bonne santé.

3-Pour avoir une M.I.I.

4-Pour connaître le sexe de mon enfant.

5-Je ne sais pas.

Examen du carnet de la grossesse :

OPC2 Possession d'un carnet de grossesse :..... 1=oui ; 2=non

Terme de la grossesse :

OPC3 Date des dernières règles :..... 1=oui ; 2=non

OPC4 Date de terme prévu pour l'accouchement :..... 1=oui ;2=non

Modalité du transport :

OPC5 Etes-vous venu :..... 1= à pied ; 2= en véhicule collectif ; 3= taxi ; 4= véhicule personnel ;5= autres à préciser.....

Critères de choix du centre :

OPC6 Pourquoi avez-vous choisi ce centre :.....

1-parce que cet établissement est proche de mon domicile.

2-Parce que je connais quelqu'un dans cet établissement.

3-Parce que l'attente n'est pas trop longue.

4-Parce que le personnel est compétent.

5-Parce que le personnel est accueillant.

6-Parce que les tarifs sont peu élevés.

7-Parce que ici on peut acheter les médicaments à bon tarifs.

8-Parce que une connaissance me l'a conseillé.

9-Autre raisons :.....

OPC7 Etes vous déjà venue dans cette formation sanitaire :.....

1=oui ;2=non ;3=oui, plusieurs fois.

OPC8 Si oui pour quelles raisons :..... 1= C .M ;

2=C.P.N ;3=accouchement;4= autres à préciser:.....

OPC9 L'ordre de passage a-t-il été respecte :.....

1=oui ;2=non

OPC10 Comment étiez vous installée pendant l'attente :.....

1= inconfortablement ; 2= confortablement

OPC11 Y avait-il des toilettes accessibles dans le service :..... 1=oui ;2=non ;3=oui mais sale ;4=oui et propre ;5=ne sais pas

OPC12 Avez-vous trouver l'attente longue :..... 1=oui ;2=non

OPC13 La personne qui vous a reçu a-t-elle été :.....

1=agréable ;2=désagréable

OPC14 Pensez vous que la personne qui vous a reçu a prêté suffisamment attention a vous :..... 1=oui ;2=non

OPC15 Avez-vous trouve que la consultation était suffisamment confidentielle(secret médical) :..... 1=oui ;2=non

OPC16 Votre intimité a-t-elle été respectée :..... 1=oui ;2=non ;3=si non pourquoi.....

OPC17 Comment avez-vous trouve les locaux :..... 1=vieux et sales ;2=nouveaux mais sales ;3=vieux et propres ;4=nouveaux et propres

OPC18 Avez-vous été satisfaite :..... 1=oui ;2=non ;3=si non pourquoi.....

OPC19 S'agit-il de votre première C.P.N :..... 1=oui ;2=non

OPC20 Si non où avez-vous consulte la première fois :..... 1=dans le service prénatal d'un autre établissement ;2=dans ce même service

OPC21 Pourquoi avez-vous change de service prénatal :.....

1- J'ai paye trop cher dans le service précédent

2- J'ai été mal accueilli dans le service précédent

3- Je connais une sage-femme ou une autre personne qui m'aider dans ce établissement

4- J'ai déménage

5- Autres à préciser.....

OPC22 Depuis combien de mois été vous enceinte :.....MOIS

OPC23 Vous a-t-on prescrit des examens para cliniques :.....

1=oui ;2=non

OPC24 Si oui lesquels :..... 1=NFS ;2=TX

Hb ;3=groupe/Rhésus ;4=BW ;5=HIV ;6=sérologie toxo ;7=sérologie

rubeole ;8=test d'emmél ;9=échographie ;10=albumine/Sucre ;11=autres a
Thèse de Médecine Mahamadou Fodé Diarra 132

préciser

OPC25 Si oui a -t-on explique pourquoi :..... 1=oui ;2=non

OPC26 Avez-vous l'intention d'effectuer ces examens para
cliniques :.....

1=oui ;2=non ;3=oui certains ;4=oui tous

OPC27 Si non pourquoi :.....

OPC28 Vous a-t-on prescrit des médicaments :..... 1=oui ;2=non

OPC29 Si oui lesquels :..... 1=SP ;2=fer ;3=acide folique ;4=autres à
préciser.....

OPC30 Avez-vous fait le VAT :..... 1=oui ;2=non

OPC31 Comment devrez vous procurer de ces médicaments :..... 1=moi-
même ;

2=mon mari ; 3=mes parents ;4= autres à préciser

.....

OPC32 Vous a-t-on dit de revenir pour une prochaine CPN :.....

1=oui ;2=non

OPC33 Vous a-t-on donne des conseils pour l'accouchement :.....

1-Non, on ne m'a rien dit de particulier

2- On m'a dit de ne pas accoucher à domicile

3- On m'a dit de venir accoucher à la maternité et d'y venir depuis le début du
travail ; avec une alaise de caoutchouc, de pagnes.

4-On m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé

6- Césarienne prophylactique

7- On m'a dit de prévoir un berceau et une M.I.I adaptée.

FICHE SIGNALITIQUE :

NOM : Diarra

PRENOM : Mahamadou Fodé

NATIONALITE : Malienne

TITRE DE LA THESE : Evaluation de la qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé communautaire central et le centre de santé de référence de Ouélessébougou, cercle de Kati / région de Koulikoro.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009.

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de l'université de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : Obstétrique et Santé publique.

- **RESUME DE LA THESE :** Notre étude avait pour but d'évaluer le niveau actuel de la qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé communautaire central et le centre de santé de référence de Ouélessébougou, cercle de Kati / région de Koulikoro. Notamment elle visait à décrire les

CPN, à déterminer le niveau de performance des prestataires, à évaluer la perception de la population (gestantes) sur les services offerts par les deux centres.

C'est ainsi que le centre de santé communautaire central a été classé de niveau II c'est-à-dire que les références évaluées étaient peu satisfaisantes dans 62,5% soit 29/44 sur le plan structural et le centre de santé de référence a été classé de niveau III c'est-à-dire que les références évaluées étaient assez satisfaisantes dans 84,5% soit 35/ 52 sur le plan structural Mais, on constate des lacunes sur le plan des procédures dans les deux centres (niveau III).

L'analyse de la compétence des prestataires a été qualifiée de satisfaisante (bonne : niveau III). L'analyse du niveau de la dimension humaine, le respect de la confidentialité et de l'intimité révèle dans les deux centres de niveau IV, très bonne. Dans la quasi-totalité des cas les gestantes affirmaient être satisfaites des soins qu'elles ont reçus.

A l'analyse l'opinion des gestantes sur le respect physique et psychique et la qualité de l'accueil a été jugée bonne.

MOTS CLES : Evaluation, Qualité, surveillance prénatale.

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.