

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

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But – Une Foi



U.S.T.T-B



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2017 – 2018

Thèse N° _____/Med

TITRE

**EVOLUTION DU NOMBRE DE CPN ET
D'ACCOUCHEMENT AU CSCOM DE YIRIMADIO EN
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO
DE 2015 à 2016**

THESE

Présentée et soutenue publiquement, le / / 2018
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

Mme. SANGARE Aminata B DEMBELE

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'état)

JURY

Président : Professeur Mouctar DIALLO

Membre : Docteur Ibrahim CISSE

Co-Directeur de thèse : Docteur Kassoum KAYENTAO

Directeur de thèse : Professeur Boubacar MAIGA

Dédicaces

-Au nom de Dieu, le Très Clément, le Tout Miséricordieux

Louange à toi seigneur de l'univers et de toutes les créatures.

Je ne cesserai jamais assez de te remercier pour m'avoir donné la santé et la force nécessaire pour réaliser ce travail.

Puisse ta grâce m'accompagner durant tout le reste de ma carrière et veiller sur mes pas. Amen !

Je dédie ce travail :

-A mon Père Bégué DEMBELE

Papa les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens en ce beau jour, ta rigueur, ton courage, tes soutiens financiers et matériels qui m'ont permis de réussir n'ont fait défaut à aucun moment.

Que Dieu te donne longue vie pleine de santé.

-A ma Mère Fatoumata BARRY

J'ai toujours trouvé auprès de toi amour, tendresse et compréhension. Tes conseils, tes encouragements, tes prières m'ont permis de garder espoir jusqu'à ce jour.

Que le Tout Puissant t'accorde une longue et heureuse vie Amen !

-A mon Cher Tonton Pr Amadou TOURE,

Votre éducation, vos encouragements, vos conseils et vos soutiens ont été fructueux tout au long de mes études.

Ce travail est le vôtre, retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous prête une longue vie Amen !

A mon mari Dr Sékou SANGARE

Ton amour me donnait la force et l'espoir dans les moments difficiles, merci de m'aimer autant. Que le bon Dieu nous donne une vie de bonheur. Je t'aime.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à :

*Tout le personnel de la FMOS, particulièrement au corps Professoral.

Au département de la FMOS: Pour la qualité de la formation reçue.

A tout le personnel d'ONG Muso merci pour votre collaboration

***Au Président et à tous les membres de l'ASACOYIR.**

***A tout le personnel du CSCOM de l'ASACOYIR particulièrement aux sages-femmes de l'unité CPN :** Mme BOUARE Djouma DIAWARA, Mme DIARRA Kaniba TRAORE, Mme DIARRA Kadiatou CAMARA, Mme COULIBALY Kadiatou COULIBALY, Mme SAMAKE Mariam, Mme CAMARA Marie Thérèse CAMARA

-A mes Tantes : Djénéba BARRY, Bintou BARRY :

Vos encouragements, vos soutiens, vos bénédictions ne m'ont pas fait défaut pour atteindre cet objectif.

Je serais heureuse que vous trouviez ici le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde gratitude.

***A mes oncles :** Daouda, Abdoulaye, Madou, Salam, Issa

*A mes frères: Issouf DIARRA, Hamidou Dembéle

***A mes Sœurs:** Fatoumata, Inna, Hawa Vous m'avez soutenu pendant ces longues années d'études. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite et vos conseils m'ont servi de guide. Je vous adore.

***A mes Amis :** CISSE Mariam Goita, Aminata Sayon Coulibaly, Nana Wangara

- A mes Co chambrière de l'internant chambre 108 et 203

A toute la 7^{ème} promotion du numerus clausus

Aux Dr Nouhoum DIALLO et Dr Boueryma BELEM merci pour votre soutien

Au Docteur K Kayentao : Qui m'a confié cette thèse et n'a cessé de me guider avec bienveillance, rigueur et compétence.

A ma belle-famille :

Je vous remercie pour votre sympathie et votre fraternité que Dieu vous garde en bonne santé.

Hommage du jury

A notre maître et Président du jury

Pr Mouctar DIALLO

Professeur titulaire en Parasitologie-Mycologie à la FAPH ;

PhD en Parasitologie Entomologie médical ;

Chef de DER des sciences fondamentales à la FAPH ;

Responsable de l'unité de diagnostic parasitaire au MRTC/FMPOS

Président de l'association des biologistes techniciens de laboratoire du Mali

Cher maître :

Vous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples et importante occupations. Vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un formateur apprécié de tous.

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

A notre maître et Membre du jury

Docteur Ibrahim Cissé

Docteur en Médecine,

DTC du CSCom de Yirimadjo

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse,

Vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer toute notre reconnaissance.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Kassoum KAYENTAO

PhD en épidémiologie

Master en Biostatistique

Enseignant-chercheur

Cher maître,

C' est un grand privilège pour nous d' être parmi vos étudiants. Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence. Vous avez cultivé en nous l' esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Veillez agréer l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse

Professeur Boubacar MAIGA

Maître de conférences en immunologie à la FMOS

Enseignant-chercheur

Cher maître :

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail. Votre rigueur scientifique, votre recherche constante de l'excellence font de vous un maître respecté et admiré de tous. Plus qu'un enseignant, vous êtes un éducateur.

Veillez recevoir ici cher maître nos sentiments les plus respectueux et pleins de reconnaissances.

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des gestantes selon l'âge, le poids, et la taille

Tableau II : Répartition des gestantes selon les fiches retrouvées et le rapport annuel de 2015 et 2016

Tableau III : Répartition des gestantes selon la gestité à la première CPN

Tableau IV : Répartition des gestantes selon la hauteur utérine(HU) à la première CPN

Tableau V : Répartition des gestantes selon les fiches retrouvées et le rapport annuel

Tableau VI : Répartition des gestantes selon le type d'accouchement

Tableau VII : Répartition des nouveau-nés selon la taille

Tableau VIII : Relation entre la gestité et la réalisation de la première CPN au 1^{er} trimestre

Tableau IX : Relation entre la classe d'âge et réalisation du premier trimestre

Liste des figures

Figure I : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisée en année

Figure II : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN1 réalisée par trimestre

Figure III : Répartition des gestantes selon le nombre de dose se SP reçu

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASACOYIR : Association de Santé Communautaire de Yirimadio

ARV : Médicaments Antirétroviraux

BCF : Bruit du Cœur Fœtal

BW : Bordet – Wassermann

C.C.C : Communication pour le Changement de Comportement

CVI : Commune VI

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN: Consultation Périnatale

CPON: Consultation Post Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPNR: Consultation Périnatale Recentrée

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DDR : Date des Dernières Règles

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population

Gs-Rh: Groupage-Rhésus

Hb: Hémoglobine

IEC : Information et Education pour le changement

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

IFORD: Institut de Formation et de Recherche

Démographiques

MII: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides

MMN : Mortalité Maternelle et Néonatale

NFS : Numération et Formule Sanguine

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PEV : Programme Elargi de Vaccination

SA : Semaine d'Aménorrhée

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

TA : Tension Artérielle

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

	Page
I.Introduction.....	1
II. Objectifs.....	4
III. Généralités.....	5
IV. Méthodologie.....	44
V. Résultats.....	55
VI. Commentaires et Discussion.....	65
VII.Conclusion.....	70
VIII. Recommandations.....	71
IX. Références.....	72
X.Annexes.....	76

I-Introduction :

Le but fondamental des CPN est d'assurer à la femme enceinte un suivi médical régulier dans la prévention et le traitement des maladies et pathologies, mais aussi de fournir des informations et des conseils pratiques sur la grossesse et l'accouchement pour un meilleur pronostic. C'est aussi un moment où la femme doit être soutenu et supportée par tous (médecin, sage-femme, mari, parents...).

Les soins prénataux, c'est à dire les soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse, concourent à une issue favorable de l'accouchement. [4]

Selon l'OMS les estimations de l'année 2015 révèlent que 303000 femmes sont décédées de causes liées à la grossesse. Deux million sept cent mille (2, 7 millions) nouveau nés sont décédés au cours des 28 premiers jours de vie et il y'a eu 2,6 millions de mort à la naissance. Alors que des soins de qualité pendant la grossesse et l'accouchement permettent de prévenir un grand nombre de ces décès, 64% seulement des femmes dans le monde bénéficient de soins prénataux au moins quatre fois pendant la grossesse.

Le taux de mortalité maternelle en Afrique est le plus élevé dans le monde. Il est estimé à 1000 décès sur 100 000 naissances vivantes. [16]

Pour relever ce défi il faut combattre la pauvreté, l'analphabétisme, inciter les femmes à faire régulièrement les CPN, et surtout assurer la disponibilité et l'accessibilité aux femmes à des soins de qualité pratiqués par des agents qualifiés,

servis dans un plateau technique bien équipé et à un moindre cout.

Selon l'OMS, au Mali le pourcentage de femmes ayant fait au moins une CPN pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux est de 13% en milieu rural et de 83% à Bamako. [2]

Suivant le nouveau modèle de l'OMS pour les soins prénataux, le nombre de CPN passe de quatre à huit. Des données récentes indiquent l'augmentation de la fréquence des CPN dans le système de santé pour les femmes à une probabilité plus faible de survenu de morti-naissances, car ces consultations offrent plus d'occasions de détecter et de prendre en charge d'éventuels problèmes. Le fait de prévoir huit consultations au lieu de quatre permet de ramener le taux de mortalité prénatale à 8 pour 1000 naissances [5]

Le Mali continu avec la CPN recentrée qui exige au moins 4 visites au cours desquelles la femme doit prendre à intervalle d'un mois 1 dose de SP à partir de 16 SA et 2 doses de VAT, du fer+ acide folique.

A Bamako, capitale du Mali, 10,8% des naissances ont lieu à domicile contre 78,8% dans les établissements sanitaires. En outre, le lieu d'accouchement varie de façon importante selon les caractéristiques sociodémographiques de même le niveau d'instruction et le suivi prénatal jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement. [3]

La mauvaise qualité ou l'absence de CPN sont sources de la morbidité et de la mortalité maternelle élevées.

Dans la réduction de cette mortalité, l'ONG Muso vient en appui et offre un paquet de soins préventifs et curatif aux agents de santé communautaire dans l'aire de santé de Yirimadio.

Ce paquet contient en plus des maladies prioritaires des enfants, une composante orienté vers la planification familiale et la détection active et précoce de la grossesse par les ASC qui referaient toute grossesse pour la CPN au niveau du CSCOM.

Cette activité appelé Pro-SEC, à commencer en 2016 et continue à présent. Dans notre étude nous voulons évaluer si cette stratégie Pro-SEC à améliorer la fréquentation des femmes enceinte en CPN et d'accouchement au CSCOM de Yirimadio.

II-Question de recherche

Quel est le niveau d'accès à la CPN après introduction des Pro-SEC dans la communauté de Yirimadio ?

III-Hypothèse de recherche

L'introduction du model Pro-SEC pourrait augmenter le nombre de CPN et d'accouchement au CSCOM de Yirimadio.

IV-OBJECTIFS :

1- Objectif Général :

Étudier l'évolution du nombre de CPN et l'accouchement au centre de santé communautaire de Yirimadio de 2015 à 2016.

Objectif Spécifiques :

-Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des femmes vues en CPN et à l'accouchement en 2015 et 2016.

-Déterminer le nombre de CPN et d'accouchements réalisés en 2015 et 2016.

-Déterminer la prévalence de l'utilisation de la SP pendant la grossesse en 2015 et 2016.

-Déterminer l'issue de la grossesse chez les accouchées de Yirimadio en 2015 et 2016.

V. GENERALITES

A. Historique de la consultation prénatale :

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette économique sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Boudin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptibles de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voilà comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène

infantile de la ville de New York résumait les choses : (au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants). C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencée. A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'organisation des nations unis nouvellement créés leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciales aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par-là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant. On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enraciné dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société ».

Au cours du XXème siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens.

Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se

préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [18].

Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde. Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré que 500.000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse [17].

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté à la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995.

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [10].

L'histoire de la CPN moderne semble débiter en occident au début du siècle dernier. Les Britanniques ont attribué la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à

Wilson en 1910 [11] et les Américains à leur instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 [6].

C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale a été mis au point par le Ministère de la santé du Royaume Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique était ajoutée ou remplacée, une autre jugée dépassée. Ses principes étaient les suivants :

- Prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;
- Détecter et traiter la toxémie ;
- Prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;
- Diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;
- Assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénataux ;
- Reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.

Le programme de consultations prénatales prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin.

Au début des années 1930, la CPN a été remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminuait pas.

F.Neon Reynolds dans une lettre au Lancet (29 Décembre 1934) précisait que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en prénatale. La réponse des promoteurs de la consultation prénatale a été qu'on

n'avait pas donné de chance à un essai randomisé bien conduit sur la consultation prénatale.

Les arguments invoqués pour expliquer que cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient :

- la faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ;
- le nombre insuffisant de visites prénatales ;
- le standard de soins inadéquats [11].

Il est vrai qu'en 1935 en Angleterre, la proportion de femmes ayant suivi au moins une consultation prénatale était en moyenne de 50% (73% en milieu urbain et 27% en milieu rural).

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale était devenue habituelle. Les enquêtes confidentielles de décès maternels au Royaume-Uni avaient objectivé et quantifié dès 1955-57 le risque maternel lié à l'âge et à la parité [11].

L'inférence aux pays en développement était considérée raisonnable en dépit du fait qu'aucune étude épidémiologique n'avait été menée dans ce contexte.

Les livres d'obstétrique des années 1960-70, destinés à un public de médecins exerçant dans le tiers monde, ont contribué à graver dans les habitudes médicales l'utilisation de la consultation prénatale pour sélectionner les femmes à risque, que ce soit pour éviter les décès périnataux ou maternels [11].

C'est durant la même période que progressivement ont été mises au point des méthodes de mesure du risque dans lesquelles plusieurs facteurs sont agrégés pour fournir un index (risk scoring system) [9].

A la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait « Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque » [7] et en 1984, son prolongement méthodologique et conceptuel « L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale) » [11].

Les années 1980, à part quelques remises en question sporadiques [20, 10, 17], furent les années d'engouement pour ce nouveau paradigme mais la nouveauté résidait dans la mise au point de méthodes de quantification du risque. Cette approche devait, « par la mesure exacte de la probabilité avec laquelle un événement futur du domaine de la santé ou de la maladie, a de se produire » [11], permettre d'identifier les femmes à risque et de les orienter vers les services de santé appropriés.

Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décisions pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décisions programmatiques. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier coûteux en argent et en ressources humaines.

Au Mali, les femmes en âge de procréer 15-49 ans représentent 21,28% de la population [24].

Dans ce groupe, le taux de mortalité est de 582 pour 100.000 naissances vivantes [25]. Les principales causes de la mortalité maternelle sont :

- les hémorragies ;
- les infections ;
- les dystocies ;
- les avortements
- les problèmes de santé persistants tels que l'anémie, le paludisme, l'hypertension artérielle et ses complications telle que l'éclampsie.

Ces taux élevés de la mortalité maternelle pourraient s'expliquer par :

- La faible couverture sanitaire ;
- L'insuffisance notoire des ressources allouées à la santé ;
- L'insuffisance des soins prénataux ;
- Le faible niveau économique des populations ;
- le manque de personnel qualifié ou sa mauvaise répartition ;
- Les références ou évacuations tardives.

En effet au Mali seulement 16% des accouchements sont assistés par le personnel médical à l'intérieur du pays et 46% à Bamako [25]. Au cours des dix dernières années plusieurs conférences internationales se sont tenues dont le seul objectif commun était la réduction de la mortalité maternelle d'ici l'an 2000. C'est ainsi qu'ont eu lieu les rencontres :

Nairobi (Kenya) en 1987 ;

Paris (France) en 1989 ;

Niamey (Niger) en 1989 ;

Caire (Egypte) en 1994 ;

Beijing (Chine) en 1995.

La lutte contre la mortalité materno-fœtale est l'un des objectifs essentiels de l'obstétrique moderne. Les pays développés ont réussi à réduire considérablement leur mortalité maternelle. Cette réduction est un phénomène récent. L'essentiel du progrès a été observé entre 1930 et 1960 comme en témoignent les chiffres publiés :

En Suède : 7 pour 100.000 naissances vivantes entre 1976 et 1980 contre 300 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [26].

En Angleterre et au pays des Galles : 11 pour 100.000 naissances vivantes en 1976 contre 341 pour 100.000 naissances vivantes en 1930 [27].

Aux USA 12 pour 100.000 naissances vivantes en 1974 contre 300 pour 100.000 en 1930 [27].

2- DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Concept :

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites.

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

Beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent [8].

Évolution : Le terme évolution désigne tout type d'un ensemble de modifications graduelles et accumulées au fil du temps affectant un objet, un être vivant, une population, un système ou encore une pensée.

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

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

Normes : ce sont des outils, voir des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue de garantir la qualité et l'efficacité.

Grossesse : est l'état qui commence lors de la fusion du spermatozoïde avec l'ovule et prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

L'état de rétention ovulaire : c'est l'état où le produit de conception (ou ce qu'on appelle œuf en obstétrique), contenu dans l'organisme maternel s'arrête de se développer (meurt) donc il n'y a plus de gestation, mais l'expulsion ou l'extraction du produit de conception ne s'est pas encore faite [22].

La grossesse est la période de la vie qui va de la conception à l'accouchement. Mais cette référence préconise d'éviter ce terme et le remplacer par le terme : GESTATION [21].

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

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.

Travail d'accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques, qui aboutissent à l'expulsion d'un ou de plusieurs fœtus et des annexes embryonnaires hors de la voie génitale femelle à l'époque du terme de la gestation [21].

Accouchement normal à terme : naissance entre 37-42 SA d'un enfant immédiatement bien portant, avec un retentissement maternel et fœtal minimal [19].

Accouchement prématuré : est-ce lui qui survient entre la 22^{ème} SA (=20^{ème} semaine de gestation) et la 36^{ème} SA et 6 jours (=34^{ème} semaine de gestation et 6 jours) [21].

Accouchement post-terme : l'accouchement qui se produit après le terme normal de la grossesse, c'est-à-dire après la fin de la 42ème SA révolue (=après la fin de la 40ème semaine révolue de gestation) ; donc c'est un accouchement qui se produit à partir du début de la 43ème SA (=début de la 41ème semaine de gestation) [21].

Avortement tardif : interruption de la grossesse entre 24 et 28ème SA de façon volontaire ou involontaire.

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

Taux de mortalité maternelle : c'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.

Naissance vivante : c'est tout produit de conception expulsé ou extrait complètement de la mère, sans notion d'âge gestationnel, mais qui, après séparation de la mère, respire ou présente tout autre signe de la vie, tel que battements cardiaques, pulsations du cordon ombilical ou mouvement défini des muscles volontaires.

La mortinatalité : Parfois appelée morti-naissance, est la naissance d'un fœtus mort après 24 semaines de grossesse.

Lorsque le fœtus est mort ou expulsé avant 24 semaines de grossesse, il ne s'agit pas d'une morti-naissance, mais d'un avortement ou d'une fausse couche au sens épidémiologique et non pas médical.

La mortalité néonatale : Correspond au décès des enfants entre la naissance et jusqu'à de 28 jours de vie. On distingue :

- **La mortalité néonatale précoce :** pour les décès durant la 1ere semaine de naissance,
- **La mortalité néonatale tardive :** pour ceux des trois semaines suivantes.

La qualité : c'est une méthode de travail rigoureuse, un processus d'amélioration continu, permettant d'assurer aux patients le maximum de sécurités de soins avec les moyens dont on dispose ou que l'on peut disposer pour le meilleur résultat.

Définition selon l'OMS : c'est une démarche permettant de garantir à chaque patient l'assortissement d'actes diagnostic et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément : au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, résultat et de contact humain. Par « **personnel de santé qualifié ou accoucheuse qualifiée** » on entend un ou des professionnels de santé tels qu'une sage-femme, un Médecin ou une infirmière qui ont les qualifications et les compétences nécessaires pour prendre en charge un accouchement normal et la période qui suit immédiatement la naissance, qui savent reconnaître les complications et au besoin dispenser des soins d'urgences et/ou adresser le cas à un niveau supérieur de soins de santé [23].

3. La consultation prénatale :

3.1 Les objectifs de la CPN :

Faire le diagnostic de la grossesse

Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, du fœtus ;

Surveiller le développement du fœtus ;

Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;

Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic du travail ;

Faire le pronostic de l'accouchement ;

Eduquer et informer les mères.

3.2 Calendrier de CPN :

Les normes et procédure recommandent au moins 4 CPN

1ère CPN avant le 3e mois (pour diagnostiquer la grossesse et identifier les facteurs de risque) ;

2e CPN vers le 6e mois (la recherche des facteurs de risque, le dépistage des menaces d'accouchement prématuré, diabète, macrosomie, hydramnios, préparation à l'accouchement) ;

3e CPN vers le 8e mois (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse) ;

4e CPN vers le 9e mois (pour faire le pronostic de l'accouchement).

3.3 Matériels de CPN :

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante.

Les matériels nécessaires sont :

Une table de consultation gynécologique

Une source lumineuse

Un appareil à tension, un stéthoscope médical

Une toise et un pèse-personne

Un mètre ruban

Un stéthoscope obstétrical de pinard.

Des spéculums

Des gants stériles

Matériel pour réaliser un frottis vaginal, Spatules d'Ayres

Lames fixatrices

Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques

Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions antiseptiques

Un Seau contenant une solution désinfectante

Poubelles

Les activités préventives :

La vaccination antitétanique

Le dépistage du VIH

La supplémentation martiale (fer)

La prophylaxie antipaludique (SP).

3.4 Le bilan prénatal :

3.4 1 Les examens complémentaires indispensables sont :

Le groupe sanguin rhésus

Le test d'Emmel et/ou électrophorèse de l'Hémoglobine

Albuminurie, glycosurie

Le Bordet Wassermann (BW)

Numération formule sanguine (taux d'hémoglobine)

L'échographie obstétricale.

Il est recommandé de faire trois échographies : si possible

Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée) ;

Une deuxième échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (deuxième trimestres) ;

Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95 millimètres) ; cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

3.4 2 Les examens complémentaires non indispensables :

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques.

On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE), le frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures, le test de Coombs indirect, la radio du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc.

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la C.P.N recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

4. La consultation prénatale recentrée

4.1 Concept :

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur le nombre de visites

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

4.2 Principes de la C.P.N recentrée

- La détection et la prise en charge précoce des problèmes et complications ;
- La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine et pyriméthamine ;
- La préparation à l'accouchement.

4.3 Les étapes de la C.P.N recentrée

4.3.1 préparer la C.P.N

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

4.3.2 Accueillir la femme avec respect et amabilité :

- Saluer chaleureusement la femme ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter à la femme ;
- Demander son nom ;
- Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

NB : Les clientes seront prises par ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.

4.3.3 Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- Recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;
- Rechercher les antécédents médicaux ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux ;
- Demandé l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

4.3.4 Procéder à l'examen :

Cet examen comporte un examen général, un examen obstétrical avec examen des seins et du bassin ;

4.3.5 Demande des examens complémentaires.

- A la première consultation :
 - ✓ Demande le groupe sanguin rhésus ;
 - ✓ Demande le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage) ;
 - ✓ Albumine / sucre dans les urines ;
 - ✓ Propose de faire le test volontaire VIH après counseling.
- Les autres consultations :
 - ✓ Demande Albumine/sucre dans les urines et les examens complémentaires orientés par l'examen de la gestante peut nécessiter.

4.3.6 Prescrire les soins Préventifs :

- Vacciner la femme contre le tétanos.
- Prescrire la sulfadoxine pyriméthamine (SP).

La dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est de 3 comprimés soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la grossesse ; la 1ère prise après la 16ème semaine d'aménorrhée (après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante) ; la 2ème prise à partir de la 28ème et après la 32ème semaine d'aménorrhée.

- Prescrire le fer acide folique
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œuf, lait, poisson, viande, feuilles vertes ...) l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les existants.

4.3.7 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

Identifier un prestataire compétent.

4.3.8 Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille

- Identifier un prestataire compétent ;
- Identifier le lieu d'accouchement ;
- Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence ;
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;

- Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né) ;
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail :

- Contractions utérines régulières et douloureuses.
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux).

Quelques signes de danger chez la femme enceinte :

- Saignements vaginaux ;
- Respiration difficile ;
- Fièvre ;
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés/visions troubles ; vertige, les bourdonnements d'oreille ;
- Convulsion / Pertes de conscience ;
- Douleur de l'accouchement avant 37ème semaine d'aménorrhée ;
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus ;
- Pertes ensanglantées ;
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes).

4.3.9 Donner le prochain rendez-vous :

Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :

- Une au 1er trimestre
- Une au 2er trimestre
- Deux au 3er trimestre

Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

4.3.10 Raccompagner la gestante après l'avoir remercié

4.3.11 Consultation Périnatale de suivi :

- En plus des gestes de la CPN initiale, il faut rechercher les signes de danger :
 - ✓ Symptômes et signes de maladies ;
 - ✓ Identifier une Présentation vicieuse ;
 - ✓ Problèmes / changement depuis la dernière consultation.
- Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives ;
- Sensibiliser la gestante sur la planification familiale ;
- Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement ;
- Raccompagner la femme après l'avoir remercié.

4.4 Prise en charge des pathologies et des complications.

Cette prise en charge dépend de la pathologie ou la complication présentée.

5- ASPECTS CLINIQUES DE LA CPN

5.1- L'EXAMEN CLINIQUE OBSTETRICAL EN DEBUT DE GROSSESE

Il est nécessaire avant 14 SA ; ayant comme objectifs :

- Confirmer l'état de grossesse et préciser la date de son début, donc le terme probable ;
- Evaluer les facteurs de risque et connaître la gestante : environnement social, familial et professionnel.

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

- Déclarer légalement la grossesse selon un formulaire remis à la gestante avec la prescription d'examens biologiques obligatoires ;
- Etablir un plan de surveillance avec notamment les rendez-vous des prochaines consultations et des examens Echographiques ;
- Formuler des conseils.

5.1.1- Diagnostic de la grossesse

Le diagnostic de la grossesse même très précoce est généralement facile.

La survenue d'une grossesse a sur l'organisme maternel trois sortes de conséquences :

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

5.1.1.1- Interrogatoire

L'aménorrhée

Est le signe le plus constant, surtout chez une femme en période d'activité génitale généralement bien réglée. La gestante a souvent fait elle-même le diagnostic de grossesse, à condition que les règles aient été auparavant normales dans leur époque, leur durée, et leur aspect.

Les signes sympathiques de la grossesse :

Inconstants et variables, non spécifiques à type de : nausées, vomissements, hyper-sialorrhée, tension mammaire, pollakiurie, des troubles du caractère (émotivité, irritabilité), troubles du sommeil, vertiges, malaises, une sensation de gonflement général.

5.1.1.2- Examen clinique

5.1.1.2.1- Inspection

Les modifications mammaires :

- les seins augmentés de volume, tendus, sensibles ; les aréoles s'œdématisent et se pigmentent ;
- les veines sous-cutanées dilatées forment le réseau de Haller ;
- les tubercules de Montgomery augmentent de volume et saillent.

Autres :

- pigmentation générale (plus tardive) : taches sur le front, le visage, la ligne brune abdominale ;
- le gonflement général atteint les doigts, sur lesquels bagues ou alliance glissent plus difficilement ;
- des varices peuvent apparaître aux membres inférieurs, surtout chez la multipare ;
- la vulve parfois se pigmente, se gonfle.

5.1.1.2.2- Palpation abdominale

L'augmentation de volume de l'utérus n'est perçue que vers la 9eme-10eme SA, si la paroi est mince et souple.

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

5.1.1.2.3- Examen au spéculum

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

Figure 1 : Le toucher combiné au palper



Figure 1 : Toucher combiné au palper abdominal (Merger : précis d'obstétrique – 3ème Edition).

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

Le col :

Le toucher vaginal objective le ramollissement cervical qui est un élément mineur de diagnostic, à cause de son inconstance, de sa difficulté d'appréciation et de ses causes d'erreur.

Le ramollissement débute au pourtour de l'orifice, puis gagne le col tout entier.

Ferme comme le nez avant la grossesse, il deviendra mou comme la lèvre (Tarnier).

Le corps :

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

Le volume : il est augmenté, c'est le 2^e signe cardinal, mais il ne peut guère être affirmé au plus tôt avant un mois de grossesse (**6SA**). La main abdominale perçoit le fond utérin au-dessus de la symphyse pubienne.

A trois mois, le fond utérin est à égale distance de la symphyse et de l'ombilic ; il atteint l'ombilic à quatre mois et demi.

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

La consistance : l'utérus gravide est classiquement ramolli. Le ramollissement commence au niveau de l'isthme vers la fin de la 8^e SA ; les doigts vaginaux placés en avant de lui arrivent facilement au contact des doigts abdominaux, à tel point que le corps paraît au-dessus de cette charnière, comme détaché du col, et pourrait même être pris pour une masse indépendante (signe

de Hégar : voir figure 2). Ce signe n'est facilement observé que chez les femmes minces et doit être recherché sans brutalité.

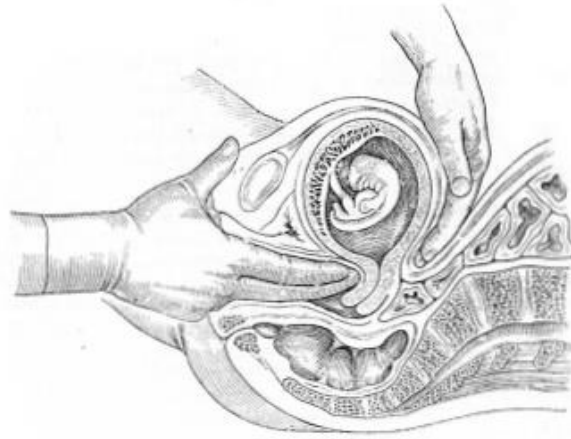


Figure 2 : Signe de Hégar (Merger : précis d'obstétrique 3ième Edition).

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

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

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

5.1.2- Détermination du terme :

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

5.1.3- Evaluation du terrain et des facteurs de risques :

Cette évaluation capitale permettra d'apprécier les risques, la pathologie et donc de prendre les mesures nécessaires. Elle doit donc être faite au cours du premier trimestre.

Ainsi, le premier examen prénatal est une étape essentielle pour le dépistage et pour l'organisation de la surveillance en fonction des risques.

Recherche d'antécédents obstétricaux :

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

- Avortement spontané d'âge gestationnel inférieur à 12 SA expose aux récurrences ;
- Avortement spontané d'âge gestationnel supérieur à 16 SA expose aux récurrences, et à l'accouchement prématuré ;
- Avortements à répétition exposent aux récurrences (**30%**), au retard de croissance intra utérin, et à l'accouchement prématuré ;
- L'accouchement prématuré expose aux récurrences (risque doublé ou triplé) ;
- L'allo - immunisation Rhésus expose aux récurrences, et à la mort fœtale in utero ;
- Le diabète gestationnel expose au risque de récurrences de macrosomie;
- Anomalies chromosomiques exposent aux récurrences, et à la trisomie 21 ;

- Le retard de croissance intra utérin expose au risque de récurrences. Pour chaque grossesse, il faudra faire préciser :
 - ✓ Le nombre de grossesses antérieures ;
 - ✓ Le déroulement des grossesses antérieures ;
 - ✓ Le terme de l'accouchement prématuré et grossesse prolongée ;
 - ✓ Terme et mode d'accouchement des précédentes grossesses, avec leurs éventuelles complications (HTA, diabète...) ;
 - ✓ La durée de l'accouchement si cet accouchement s'est produit par voie basse ;
 - ✓ l'indication si l'accouchement a eu lieu par césarienne ;
 - ✓ L'état et le poids de l'enfant à la naissance ;
 - ✓ Les suites néonatales précoces ou tardives ;
 - ✓ Le mode d'allaitement.

Recherche d'antécédents gynécologiques :

- Caractères du cycle menstruel avant la grossesse actuelle ;
- Date du dernier frottis vaginal et son résultat ;
- Notion de stérilité, de contraception ;
- Antécédents infectieux pelviens ;
- Pathologie tubaire connue ;
- Endométriose ;
- Malformation utérine.

L'étude du cycle permet de dire si le calcul classique de l'âge gestationnel peut être précis ou s'il faut faire des examens particuliers pour le déterminer. Les grossesses survenant après une stérilité seront surveillées tout particulièrement au cours du

premier trimestre. Le renforcement de la surveillance prénatale à cette période diminue le taux d'avortements [9].

Recherche d'anomalies à caractères héréditaires :

- HTA ;
- Malformations ;
- Diabète ;
- Anomalies génétiques ou chromosomiques connues.

Recherche d'antécédents pathologiques :

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

Autres facteurs de risque de grossesse pathologique :

Le prestataire précisera :

- L'âge ;
- La situation familiale (statut matrimonial);
- La profession exercée par la mère et les conditions de travail (nature, intensité et horaires de travail ;
- Distance parcourue et moyen de transport utilisé pour s'y rendre) ;
- Les habitudes alimentaires (tabac, alcool, drogues, ration alimentaire) ;
- les conditions socio-économiques; et les facteurs psychologiques.

Tous ces renseignements lui permettent de se faire une idée très précise des conditions dans lesquelles se déroulera la grossesse.

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

5.1.4- Examen physique

5.1.4.1- Examen général

- **La pelvimétrie externe** : méthode d'exploration clinique du bassin de la femme par la mesure, à l'aide d'un pelvi mètre de la distance comprise entre différents points de la périphérie du bassin.
- **La mesure du poids** : dont la courbe devra être suivie régulièrement jusqu'au terme. La prise de poids doit être régulière ; elle est de l'ordre de 1kg par mois, allant de 5 à 12kg selon le poids de départ.
- **Etude du squelette** par l'examen de la femme debout, puis de la femme marchant, à la recherche d'une éventuelle boiterie.
- **La prise de la tension artérielle** : elle sera minutieuse, par méthode auscultatoire, en position couchée puis assise, aux deux bras. Elle doit toujours rester inférieure à 140- 90mm Hg.
- **Auscultation cardio-pulmonaire systématique** : étude de la fréquence cardiaque, détection des anomalies (souffles...).
- **Examen de l'abdomen** à la recherche d'une cicatrice
- **Examen systématique des membres inférieurs** à la recherche notamment des varices ; vérification de l'état des veines afin de prévenir tout risque de phlébite.

5.1.4.2- Examen obstétrical

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

- **La palpation de l'hypogastre** est souvent non informative jusqu'à 12 SA. Après, elle permet de percevoir l'utérus sous la forme d'un globe sus pubien ferme, régulier et indolore.
- **La recherche des battements cardiaques fœtaux** : elle se fait à l'aide d'un appareil à effet Doppler. Elle est positive à partir de 10-11 SA.
- **L'examen au spéculum** : il visualise l'aspect du col normalement
- violacé, avec une glaire coagulée. L'orifice externe est punctiforme chez la primipare et allongé transversalement chez la multipare.
- **Le toucher vaginal** permet :

- ✓ Percevoir le col utérin, normalement sous la forme d'un col de

3cm de longueur, de consistance ferme chez la primipare, et parfois déhiscent chez la multipare et dont l'orifice interne doit toujours être fermé ;

- ✓ Apprécier la taille de l'utérus ;
- ✓ Palper les culs de sacs latéraux à la recherche d'une pathologie annexielle (fibrome, kyste de l'ovaire...).

5.1.5- Examens complémentaires

5.1.5.1- Examens obligatoires :

On doit prescrire :

- **Groupage sanguin avec phénotype (ABO Rhésus complet et Kell) ;**

Pour toute patiente rhésus négatif, la recherche d'agglutinines irrégulières doit être systématique à chaque visite prénatale obligatoire.

Si la femme est rhésus positif (D), recherche d'anti-corps irréguliers au 3^e mois, et entre 32 et 34 SA.

- **la sérologie de la rubéole**, doit être prescrite en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise. Elle est inutile chez les femmes vaccinées.
- **La sérologie de la toxoplasmose** si elle était négative avant, à répéter dans ce cas toutes les 4 à 6 semaines jusqu'à l'accouchement.
- **La sérologie de la syphilis** (TPHA, VDRL).
- **L'examen des urines**, recherchant une **protéinurie** et une **glycosurie**

5.1.5.2- Examens conseillés et utiles :

- **le frottis cervico-vaginal** : il sera effectué chez toute femme ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier afin de dépister un éventuel cancer du col.
- **la numération formule sanguine (NFS)**: elle permet de dépister précocement une anémie qui sera corrigée par la prescription de fer et d'acide folique.
- **la sérologie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** : à proposer systématiquement chez toutes les femmes
- **l'échographie** : elle permet de préciser le siège et le caractère évolutif de la grossesse, le nombre d'embryons, l'âge gestationnel et de déterminer précocement certaines malformations fœtales. Elle doit être prescrite dans tous les cas où la date des dernières règles n'est pas connue de façon très précise, si celles-ci étaient modifiées ou s'il existe une irrégularité menstruelle.

5.1.6- Organiser la suite de la surveillance

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

5.1.7- Conseils

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

Nutrition :

Une alimentation équilibrée, riche en calcium, légumes frais et fruits est conseillée.

L'eau est la seule boisson vraiment utile ; un apport quotidien d'un litre et demi d'eau sous forme d'eau du robinet, d'eau de source, ou de préférence d'eau minérale faiblement minéralisée est indispensable.

En cas de non immunisation contre la toxoplasmose, il est conseillé :

- d'éviter tout contact avec les chats et leurs excréments,
- de bien laver les fruits et légumes,
- de bien cuire la viande.

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

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

Activité physique, sport :

Il est souhaitable de garder une activité physique et une activité sportive si elle n'est pas trop violente.

Sont recommandés : la marche, la natation, la gymnastique, le vélo dans les six premiers mois.

Sont déconseillés : le jogging, le tennis, l'équitation, l'escrime, l'athlétisme, le basket-ball et autres sports collectifs (football, hand-ball etc.), les sports de combat et tout sport de compétition après 12 SA. Les rapports sexuels sans excès ne comportent aucun danger.

Le travail :

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

Le repos est vivement conseillé notamment par des siestes l'après-midi.

Voyages :

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

Les déplacements supérieurs à 300km, ou à 3 heures de voiture ne doivent pas être autorisés. Il faut préférer le train pour les voyages longs (train auto couchettes par exemple).

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

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

Les médicaments :

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

L'automédication doit être formellement interdite.

Système dentaire et digestif :

La grossesse accélère l'évolution des caries dentaires ; il faut contrôler l'état dentaire au début de la grossesse. Le brossage des dents est fait deux fois par jour par brosse douce, car les gencives sont plus fragiles.

Tout traitement dentaire doit être fait. Il faut se méfier des anesthésies locales ; ne pas employer d'adrénaline en raison du risque de poussée hypertensive.

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

Hygiène corporelle :

On ne doit pas utiliser de savons acides désinfectants (favorisant l'apparition des mycoses), pour l'hygiène intime : préférer un savon alcalin, sans additif, colorant ou parfum [10]. « Le savon de Marseille » est bien toléré.

Les soins :

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

5.2- LA SURVEILLANCE PENDANT LA GROSSESSE :

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

Objectifs :

- Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse par les examens cliniques, biologiques et échographiques ;
- Confirmer que « tout se passe bien », que le couple vit bien la grossesse ;
- Prendre les mesures adéquates le plus tôt possible en cas d'anomalies.

5.2.1- L'interrogatoire :

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

- Les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient, ont disparu, sauf parfois le ptialisme, le pyrosis ;
- Vers 22 SA (4 mois et demi) lors de la première grossesse, plus tôt pour les suivantes, la femme perçoit les BDCF.

Mesure de la pression artérielle : L'association HTA et grossesse est toujours potentiellement grave : les troubles tensionnels de la grossesse sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale [8].

La hauteur utérine et le périmètre ombilical :

Ils seront mesurés avec précision avec un mètre ruban.

La hauteur utérine est mesurée du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin en suivant l'axe de l'utérus.

Elle augmente de 4cm par mois, sauf les 8e et 9e mois où elle augmente de 2cm par mois.

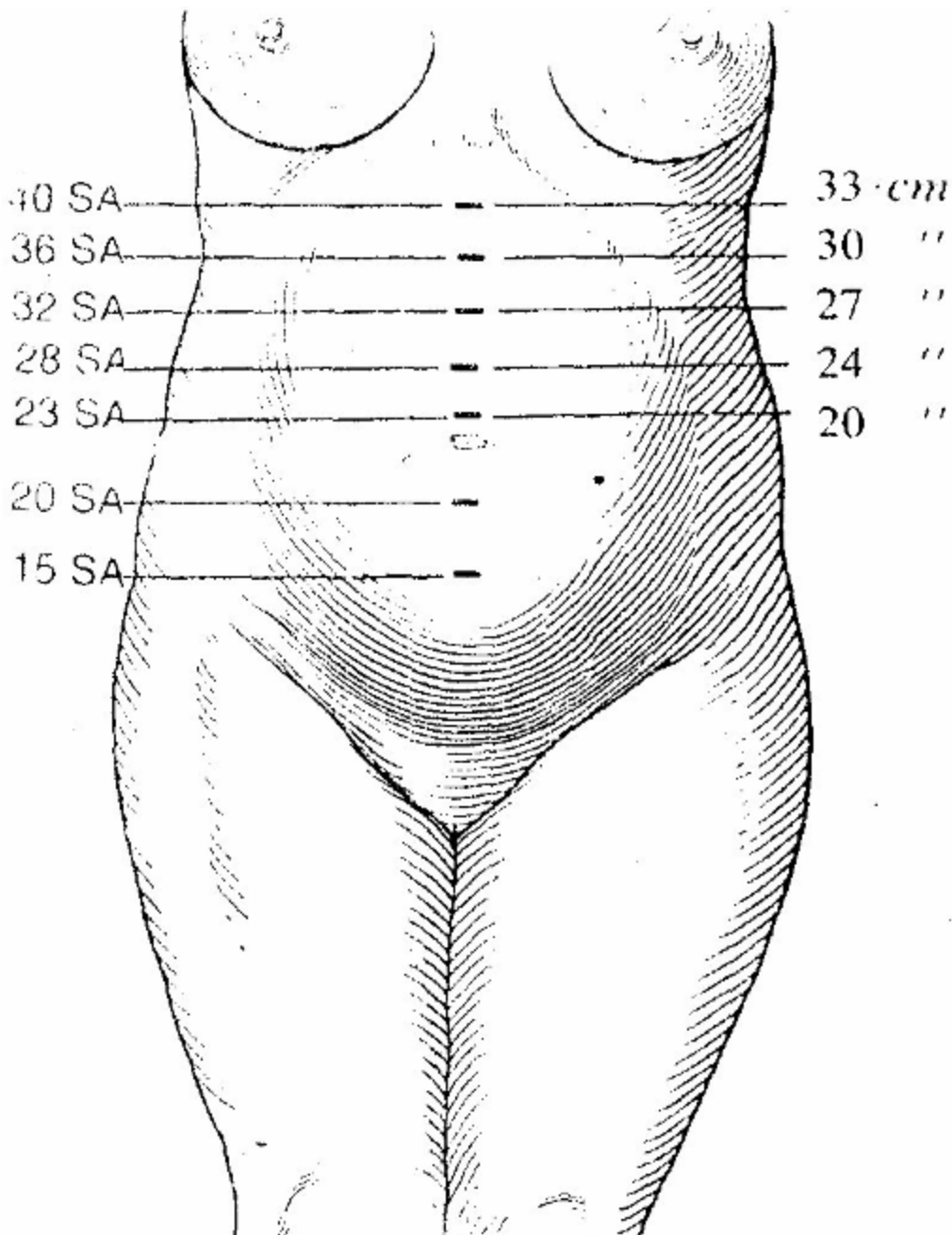


Figure 3: Variation de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel (Merger : Précis d'obstétrique 3ième Edition)

La palpation abdominale : Elle repère la présentation, sommet ou siège.

Elle permet aussi de repérer le moignon de l'épaule et le lieu de l'auscultation. Elle s'assure du relâchement de l'utérus.

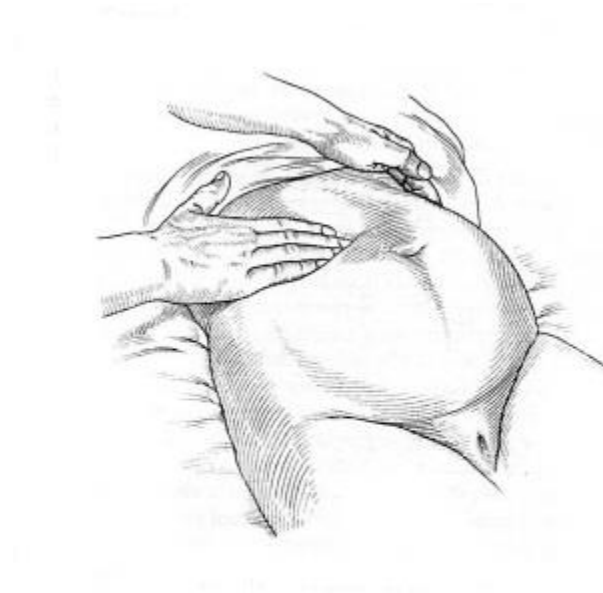


Figure 4 : palpation du fond utérin
(Merger : Précis d'obstétrique 3ième Edition).

Auscultation des bruits du cœur foetal :

Elle se fait à l'aide d'un stéthoscope obstétrical. Les bruits du cœur foetal seront chronométrés ; leur fréquence normale se situe entre 120 et 160 battements par minute.

Le toucher vaginal :

C'est un temps essentiel ; c'est en effet au deuxième trimestre que peuvent déjà survenir des menaces d'interruption de grossesse par béance du col.

Le toucher vaginal étudie le col utérin avec minutie et précision.

On notera :

- la topographie du col, sa longueur, le degré d'ouverture de ses deux orifices, et sa consistance ;
- La hauteur de la présentation, sollicitant ou non le col ;
- L'existence d'un segment inférieur tôt formé, mince

5.2.2- Examens complémentaires

Le dépistage de l'hépatite B est obligatoire au 6e mois. Elle permet de dépister, par la recherche de l'antigène de surface de l'hépatite B (HBs), les patientes non immunisées et de prescrire chez les groupes à risques, en particulier parmi le personnel des professions de santé, la vaccination HEVAC non contre indiquée pendant la grossesse [10].

Examen des urines à la recherche d'une glycosurie et d'une protéinurie.

La recherche d'anticorps immuns si la femme est de rhésus négatif.

Une numération globulaire avec dosage d'hémoglobine pour détecter une anémie infra clinique.

Une échographie de principe sera demandée entre la 20e et la 22e SA, dans le but essentiel de reconnaître des anomalies morphologiques qui pourraient conduire à interrompre la grossesse ou à prévoir des conditions particulières de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

L'étude morphologique porte à la fois sur le fœtus, mais aussi sur ses annexes (liquide amniotique, placenta, cordon ombilical). Outre la morphologie, l'examen biométrique du fœtus précisera la bonne croissance par rapport au terme établi [10].

5.3- L'EXAMEN CLINIQUE OBSTETRICAL EN FIN DE GROSSESSE

Cette consultation doit être réalisée par l'équipe obstétricale qui effectuera l'accouchement. Elle a pour but :

- Déterminer le mode d'accouchement et le pronostic obstétrical : poids maternel, présentation du fœtus, examen clinique du bassin, recherche d'une disproportion foeto-pelvienne, d'un obstacle prævia ;
- Poser l'indication éventuelle d'un accouchement programmé avant terme, d'une césarienne, ou d'accepter la voie basse ;
- Prévoir une consultation anesthésique, si on envisage une césarienne, une anesthésie péridurale.

IV-METHODOLOGIE

LIEU DE L'ETUDE :

1)- Localisation : Notre étude s'est déroulée dans le CSCCom de Yirimadio en Commune VI du District de Bamako, où en ce moment 150 agents de santé communautaire (ASC) de MUSO offrent des soins de santé proactive. ONG MUSO est une collaboration Malienne-Américaine. Le quartier de Yirimadio est limité :

- A l'Est par le village de Niamana ;
- Au nord par Missabougou
- Au Sud par le village de Sirakoro Méguetana ;
- A l'Ouest par Banankabougou Faladié

2)- Population : Avec une population de 17418 habitants en 2008 (DNSI). La population est composée de Bambara, Peulh, Sonrhäï, Dogon, Sarakolé, Senoufo, Mianka, Bobo. La langue la plus parlée est le Bambara. Les principales activités menées par la population sont entre autres :

Le transport, le ménage, le commerce, L'agriculture, l'élevage, et l'artisanat etc.

Yirimadio connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre –mai) et une saison pluvieuse (juin-novembre) qui correspond à la haute transmission du paludisme.

3)- Création : Le CSCom de Yirimadio a ouvert ses portes en 1997.

Relief : Yirimadio est situé dans une cuvette entourée par une chaîne de colline : au Nord Koulouba ; au Sud Douba koulou ; à l'Ouest Fama koulouni et à l'Est Niama koulou.

4)-Hydrographie : le village est traversé par un ravin qui draine les eaux hivernales au fleuve Niger.

5)-Climat : le climat est de type soudanais caractérisé par une saison de pluie (Juin- Septembre) et une saison sèche (Octobre-Mai).

6)-Caractéristiques démographiques :

La population est de 7009 habitants (recensement 1998) et de 17 418 habitants en 2008 (soit une augmentation 10 409 habitants), et est composée de plusieurs ethnies (Bambara, Peulhs, Sonrhäï, Dogon, Sarakolé, Senoufo, Mianka, Bobo) qui sont réparties entre 1268 ménages (DNSI 1998).

7)-Activité : les activités menées par cette population sont : L'agriculture, l'élevage, le commerce, et l'artisanat.

8)-Religion : les religions pratiquées sont : l'Islam (avec 15 Mosquées) le Christianisme (2 Eglises Protestants et Catholiques), et l'Animisme.

9)-Education : Yirimadio abrite plusieurs établissements d'enseignement primaires, secondaire, professionnels et l'INJS (Institut Nationale de Jeunesse et de Sport) au Stade du 26 Mars.

10)-G I E : il y a deux groupements d'intérêt économique Faso Dambé et Sininyèsigui.

Infrastructures Sanitaires : il y a deux CSCOM : ASACROYIR et ASACOCY, et des structures médicales privées : Cabinet médicale DILY, BALANCONI, LE BONHEUR, HACHIM, Kènèya, Waati, CLINIQUE MAYA et des tradithérapeutes.

-PRESENTATION DU CSCOM de l'ASACROYIR

Le CSCOM de l'ASACROYIR a été créé en 1997 par ordonnance n° 383/MATS-DNAT et est inscrit au journal officiel.

Le bureau élu pour un mandat de trois(03) ans a eu trois renouvellements par assemblée générale. Le dernier renouvellement est fait en avril 2006, il se compose de 11membres qui ont bénéficié de la confiance de la population pour un 2eme mandat. Deux nouveaux membres ont été ajoutés à la commission de surveillance.

Le CSCOM de l'ASACROYIR est l'un des 11 CSCOM de la commune VI. Les limites de l'aire de santé du CSCOM sont :

Au nord l'aire de santé de Missabougou, à l'est et au sud par le cercle de Kati, à l'ouest par l'aire de santé de l'ASACOBABA de Banankabougou- Faladié.

LES PARTENAIRES :

L'ASACROYIR bénéficie du soutien des autorités, à commencer par son ministère de tutelle (Ministère de la Santé) qui assure la formation continue du personnel, approvisionne en intrants pour la vaccination, des kits gratuits contre le paludisme et pour les activités du PTME etc.....

Parallèlement à ce partenariat ASACOYIR entretient des relations avec :

L'ONG World Vision qui nous a permis la construction d'un hangar de vaccination et financer en partie l'extension du CSCOM; de nous doter en matériel informatique et en Médicaments pour les enfants nés de parents indigents.

Le projet de lutte contre le paludisme.

L'ONG Muso qui a également financé la moitié de l'extension du CSCOM, a mis en place un fond de solidarité en collaboration avec l'ASACO.

Les locaux du centre comprennent :

- Une unité de médecine comprenant :
 - quatre salles de consultation ;
 - quatre salles d'observation (homme et femme) ;
 - deux salles pour les soins infirmiers ;
 - deux pharmacies de jrs et une pharmacie de nuit;
 - un magasin ;
 - deux salles de conseil et dépistage (non fonctionnel occupée par l'infirmier major) ;
 - un hangar ;
 - une terrasse.

b) Une maternité comprenant :

- un bureau administratif pour la sage-femme maitresse;
- une salle de CPN, CPON, PF et PEV ;
- une salle d'attente ;
- une salle d'accouchement ;
- une salle de travail;

- une salle de garde ;
- deux couloirs ;
- un laboratoire.
- un hangar : utilisé pour les activités de vaccination, les séances d'IEC

(Information et Education pour Changement) de promotion Nutritionnelle et de formation continue.

c) Autres bureaux :

- un bureau pour le gestionnaire ;
 - un bureau pour le major ;
- un magasin pour le stockage des intrants ;
- un logement pour le gardien ;
- une cantine ;
- un bloc pour l'URENI ;

d) toilettes

- douze toilettes internes et externes.

Tableau I : Qualification, effectif, Sexe et Fonction du personnel

Qualification	Effectif	Genre	Fonction
Médecin	6	5Hommes/1Femme	DTC, SR
Sages-femmes	12	Femmes	Chargé de la Maternité
Infirmiers 1er cycle	5	2Homme/3Femmes	Chargé de dispensaire/maternité.
Gestionnaire	1	1Homme	Gestion
Gérant de dépôt	1	1Homme	Chargé de dépôt médicaments
Gardien	1	1Homme	Chargé de gardiennage
Matrone	1	1Femme	Chargée de la maternité
Manœuvre	1	1Homme	Chargé de nettoyage
Chauffeur	2	2Hommes	Ambulancier
Aide-soignante	2	1Homme/1Femme	Chargé de dispensaire
Infirmière obstétricienne	5	Femmes	Chargé de la maternité
Guichetier	3	1Homme/2Femmes	chargé du guichet
Infirmier d'état	1	1Homme	
Technicien de Labo	3	1Homme/2Femmes	chargé du labo

Type d'étude

L'étude a été transversale à visée évaluative portant sur les dossiers obstétricaux du CSCOM de Yirimadio.

Période d'étude : la collecte des données a concerné l'année 2015 et 2016

Population d'étude : les femmes enceintes à travers leurs fiches de suivi de grossesse et d'accouchement

Critères d'inclusion

- Être vue à tout âge de la grossesse au CSCOM de Yirimadio
- Être enceinte et se présenter à la CPN au CSCOM de Yirimadio
- Avoir accouché au CSCOM de Yirimadio
- Être résidente dans le quartier de Yirimadio

Critères de non inclusion

- Ne pas se présenter à la CPN au CSCOM de Yirimadio
- Ne pas accouché au CSCOM de Yirimadio

Échantillonnages :

L'étude a porté sur toutes les fiches de suivi de grossesse et d'accouchement des femmes vu en CPN

Le paquet offert par l'ASC dans le model Pro-Sec

Le Pro-Sec consistait pour l'ASC d'effectuer des visites à domicile à la recherche de patient malade. Lors des visites les activités suivant étaient réalisées par l'ASC

Les ASC fournissent un ensemble de soins vitaux à domicile. Ces soins et services comprennent le planning familial, le test de grossesse, l'examen du nourrisson et le traitement des enfants contre la malaria, la diarrhée la malnutrition et les infections respiratoire aigues.

Les femmes reçoivent des conseils par rapport à la santé de reproduction et des tests de grossesse à partir des visites à domicile proactives.

Les femmes dont le test de grossesse est positif commencent les soins prénataux. Les ASC les réfèrent au tour complet de soins prénataux et l'accouchement au centre de santé.

Les ASC détectent les signes chez les femmes enceintes de façon proactive et les transfèrent au centre de soin rapidement si besoin.

Les femmes dont le test est négatif et qui ne souhaite pas avoir d'enfant de suite, sont immédiatement orientées vers une variété de méthodes de planification familiale.

Les ASC peuvent envoyer les femmes au centre de santé pour une pause de stérilet ou d'implant ou leur fournir, chez elles, en toute intimité, des préservatifs, des injections de Depo-Provera des pilules contraceptives et collier.

LES VARIABLES ET LEUR MESURE

Les principales variables mesurées ont été :

- la hauteur utérine : c'est la distance entre le bord supérieur du et le fond de l'utérus. Elle était mesurée à l'aide d'un mètre ruban pour estimer l'âge de la grossesse,
- la gestité: le nombre de grossesse, les gestantes étaient réparties en primigestes (une grossesse) en sécondigeste (2 grossesses) en multigeste (plus de 2 grossesses).
- le poids : elle était prise à l'aide d'une pèse personne
- la taille : elle était mesure à l'aide d'une toise

La CPN effective

Rapport d'activités 1er échelon : La CPN effective signifie au moins trois consultations prénatales au cours desquelles la femme reçoit deux doses de SP, deux doses de VAT ou VATR du fer et de l'acide folique et MII pendant la grossesse. Ce critère de jugement sera mesuré selon le nombre de visites de CPN remplies dans la Fiche de Suivi Grossesse de la maternité du CSCOM.

La CPN précoce

La CPN précoce signifie que la première visite CPN a été réalisée pendant le premier trimestre, selon la Fiche de Suivi Grossesse. A la première CPN. Les sages-femmes font une estimation de l'âge gestationnel selon une évaluation de la taille utérine, qui comprend une mesure de la hauteur utérine et un examen physique. Habituellement, les sages-femmes n'estiment pas selon la date de dernière règle (DDR) à cause de la méconnaissance de cette date par la grande majorité des femmes qui viennent en CPN tardivement dans la grossesse.

Pour cette recherche, la définition opérationnelle du premier trimestre est la suivante :

- (1) La DDR est inférieure ou égale à 12 semaines avant la visite
- (2) La sage-femme a marqué « utérus gravide »
- (3) La sage-femme a marqué une hauteur utérine de moins de 14 cm

Cette liste est en ordre de priorité pour les cas où plusieurs mesures ont été faites. Pour les cas où la DDR a été marquée, l'estimation de l'âge gestationnel selon la DDR a la priorité sur la mesure de la taille utérine. De plus, si la sage-femme a marqué « utérus gravide » mais a aussi marqué une hauteur supérieure ou égale à 14 cm, cela est considéré comme le premier trimestre.

L'accouchement est l'action de mettre un enfant au monde marquant l'aboutissement de la grossesse, il consiste en l'expulsion d'un ou plusieurs fœtus de l'utérus de sa mère.

La santé de la reproduction c'est un état de bien-être général tout physique, tout ce qui concerne l'appareil génitaux fonctions et son environnement et non pas l'absence de maladies en définition. Cette nouvelle condition implique que les hommes et les femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, de régulation des naissances qui ne soient pas contraintes à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse et accouchement et donner aux couples la possibilité d'avoir un enfant en bonne santé.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Procédures de Confidentialité et Anonymat

Toutes les données extraites des dossiers au CSCOM seront anonymes. Seuls les numéros de dossiers correspondant à l'identification des individus seront extraits. Le numéro du dossier va permettre aux membres de l'équipe de recherche à associer les résultats de différents éléments de l'étude. L'accès aux données sera limité à l'équipe de recherche.

Autorisation Communautaire

L'ONG Muso travaille en partenariat proche avec les communautés de Yirimadio depuis 2005. L'ONG Muso et ses partenaires de l'Université de Californie San Francisco avec l'appui du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali ont obtenu l'autorisation pour les activités des soins sanitaires et de recherche opérationnelle et également avec le soutien et bénédictions de la Fédération des 2

Saisie et traitement des données :

Nous avons procédé d'abord à la saisie des données dans une base de format Excel. Nous avons ensuite fait un contrôle des données saisies pour corriger les éventuelles insuffisances de la saisie. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Stata.

L'analyse nous a permis de faire la moyenne et son écart-type pour les variables quantitatives et la fréquence pour celles qualitatives. Ensuite nous avons procédé à des croisements entre les CPN et d'autres variables pour chercher un lien statistique.

Le seuil de significativité des associations était fixé à $p < 0,05$.

VI : RESULTATS

Les résultats descriptifs et analytiques sont présentés selon les objectifs spécifiques de l'étude.

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 4312 dossiers de parturientes dont 2305 CPN en 2015 et 2007 CPN en 2016. Cependant bon nombre de dossiers ne sont pas retrouvés ou manquent d'informations nécessaires à notre étude.

I-Résultats descriptifs

1-Characteristiques socio démographiques des femmes vues en CPN par année (2015,2016)

Tableau II: Répartition des gestantes selon l'âge, le poids et la taille

Caractéristiques	2015	2016
Sociodémographiques	n(%) ou m (sd)	n(%) ou m (sd)
Age en année		
➤ Moyenne(DS)	24(6)	24(5)
➤ Classe		
<18	242(10)	169(8)
>=18	2063(90)	1838(92)
Poids en Kg		
➤ Moyenne(DS)	62(11)	62(11)
➤ Classe		
<50	194(11)	141(8)
>=50	2111(89)	1865(92)
Taille en cm		
➤ Moyenne(DS)	161(0,10)	161(0,06)
➤ Classe		
<150	12(1)	8(0,40)
>=150	2293(99)	1999(99,6)

La moyenne d'âge était de 24 ans en 2015 et 2016.

La proportion des femmes ayant un âge inférieur à 18 ans était de 10% en 2015 et 8% et 2016.

La moyenne d'âge était similaire en 2015 et 2016 avec 24 ans.

La proportion des femmes ayant un poids inférieur à 50 kg était de 11% en 2015 et 8% 2016.

La moyenne du poids était similaire en 2015 et 2016 avec 62g(11).

La grande majorité des femmes avaient une taille supérieure à 150 cm avec une proportion de 99% en 2015 et 99,6% en 2016.

La moyenne de la taille était de 161cm aussi bien en 2015 qu'en 2016.

2-Characteristique clinique

Tableau III: Répartition des gestantes selon les fiches retrouvées et le rapport annuel de 2015 et 2016

Source	2015	2016
R T A	9530	8460
Fiches retrouvées	2305	2007
Différence	7225(76%)	6453(76%)

Aussi bien en 2015 qu'en 2016 76% des fiches n'ont pas été retrouvées.

Tableau IV: Répartition des gestantes selon la gestité à la première CPN.

Gestité	2015	2016	Total
	n (%)	n (%)	n(%)
Primigeste	625 (27)	506 (25)	1131(26)
Sécondigeste	513 (22)	459 (23)	972 (23)
Multi geste	1156 (50)	1039 (52)	2195 (51)
Total	2294 (100)	2004 (100)	4298(100)

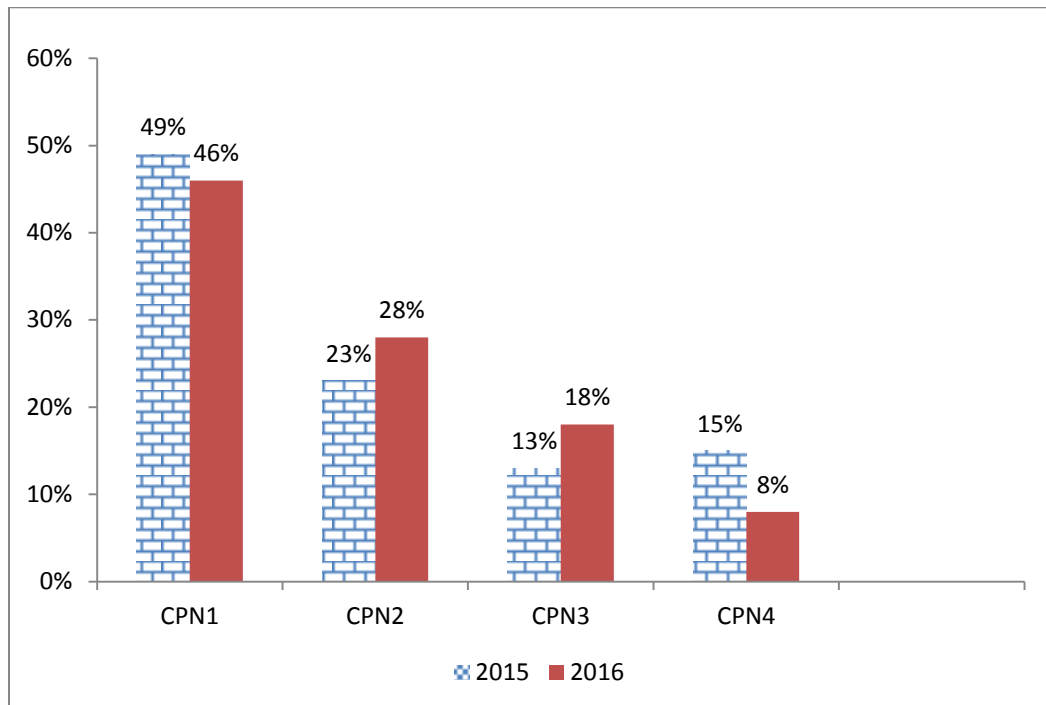
Aussi bien en 2015 qu'en 2016 la proportion des femmes primigestes étaient similaire lors de la première CPN respectivement 27% et 25%. Il en est de même pour les sécondigeste 22% et 23% les multigestes 50% et 52%.

Tableau V: Répartition des gestantes selon la hauteur utérine (HU) à la première CPN

HU	2015	2016
Moyenne	21	24
(DS)	7	7

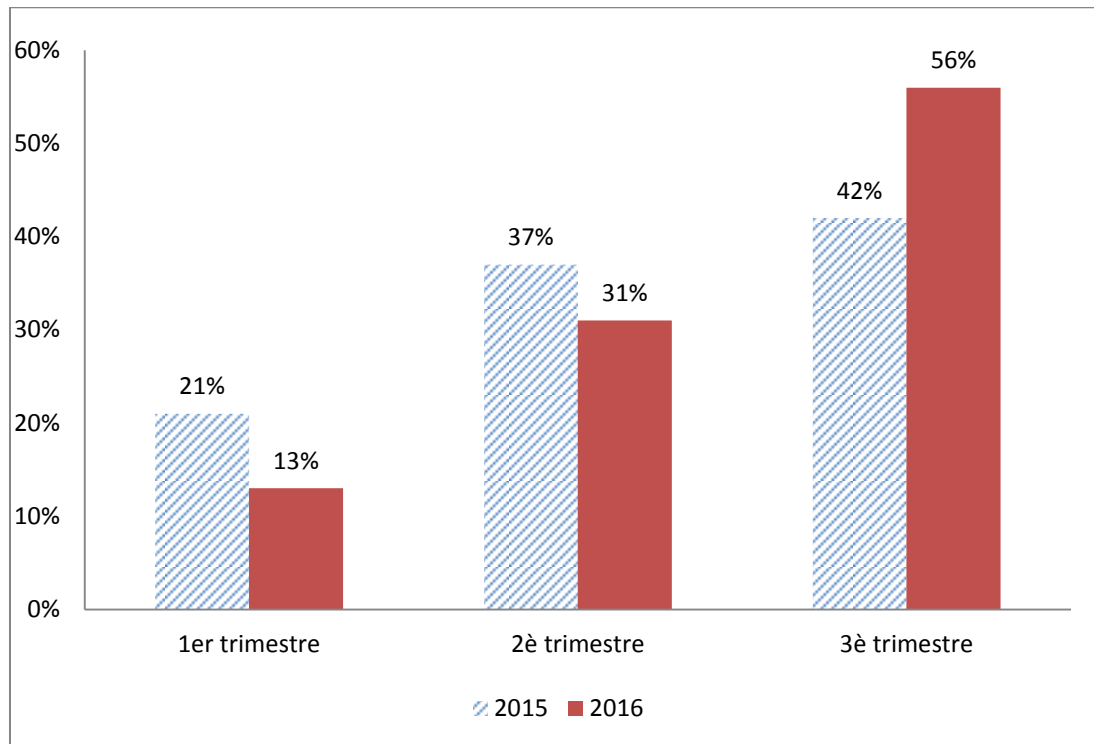
La hauteur utérine moyenne était de 21cm et de 24 cm à la première CPN respectivement en 2015 et en 2016.

Figure I: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisée en année



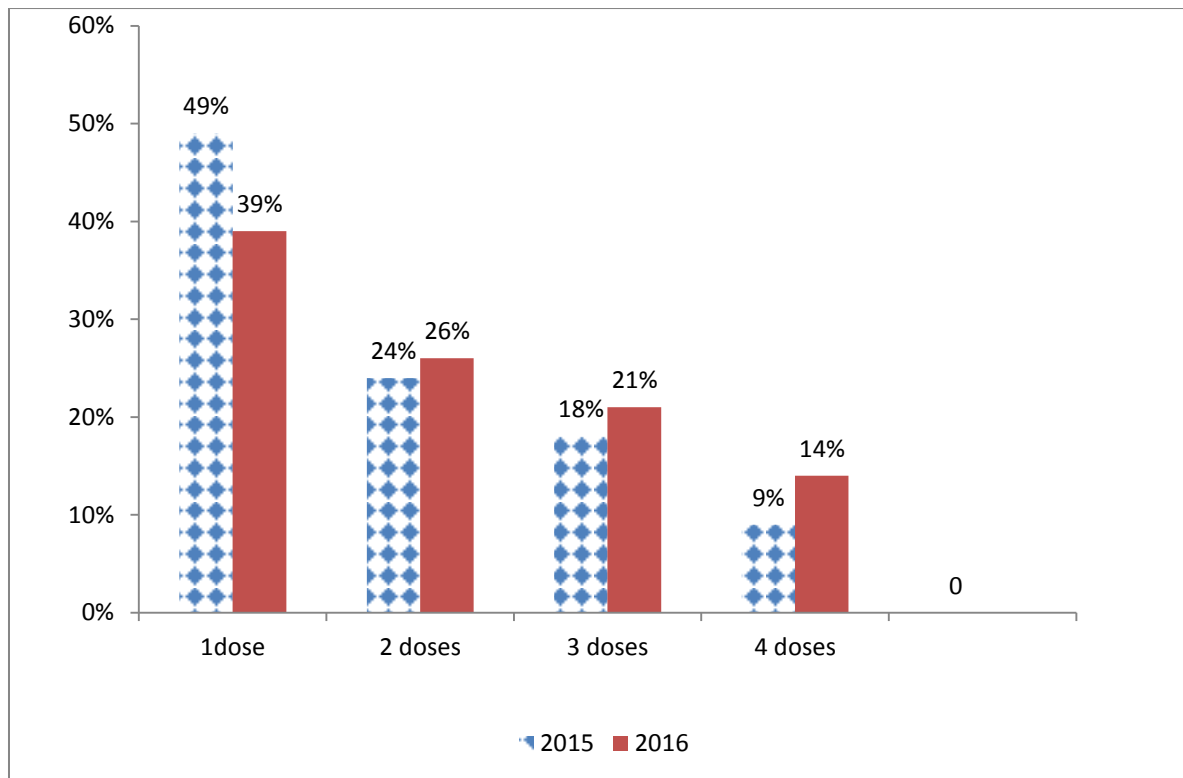
En 2015 il y a eu plus de femmes qui ont utilisé le service de CPN par rapport à 2016 selon les fiches retrouvées.

Figure II : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN1 réalisée par trimestre



La majorité des femmes vues en CPN avaient fait leur première CPN au troisième trimestre avec 42% en 2015 et 56% en 2016.

Figure III : Répartition des gestantes selon le nombre de dose de SP reçu.



les femmes ayant reçu la première dose de SP était de 49% en 2015 et 39% en 2016.

3-ACCOUCHEMENT

Tableau VI : Répartition des gestantes selon les fiches retrouvées et le rapport annuel

Source	2015	2016
	n (%)	n (%)
RTA	6291	3272
Fiche retrouvées	1964	1092
Différences	4327(69)	2180(67)

Les fiches qui n'ont pas été retrouvées étaient environ de 69% en 2015 et 67% en 2016.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon le type d'accouchement

Type d'accouchement	2015	2016
	n (%)	n (%)
Eutocique	1964(100,0)	1090(99,8)
Dystocique	0(0)	2(0,2)
Total	1964(100,0)	1092(100)

La majorité de type d'accouchement était eutocique avec 100% en 2015 et 99,8% en 2016.

Tableau VIII: Répartition des nouveau-nés selon la taille

	2015	2016
	n %ou m (sd)	n %ou m (sd)
Taille des Nné en cm	49(2)	49 (2)
➤ Moyenne(SD)		
➤ Classe		
<47	6(0,4)	14 (1)
>=47	1958(99,6)	1261 (99)

La taille moyenne des nouveaux nés était de 49 cm en 2015 et 2016. La taille inférieure à 47cm était minime avec un taux de 0,4% et 1% respectivement en 2015 et 2016.

II-Résultat analytique

Tableau IX: Relation entre la gestité et la réalisation de la 1ere CPN au 1er trimestre.

CPN1	2015	2016	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Primigeste	138 (29)	77 (30)	215(29)
Sécondigeste	116 (24)	64 (25)	180 (24)
Multigeste	227 (47)	119 (46)	346 (47)
Total	481 (100)	260(100)	741(100)

Statistiquement nous n'avons pas de relation entre la gestité et la première CPN au premier trimestre.

P=0,932

Tableau X: Relation entre la classe d'âge et réalisation de la première CPN au premier trimestre

CPN1	2015	2016	Total
	n%	n%	n%
<18 ans	51(11)	24(9)	75(11)
>=18 ans	432(89)	236(90)	668(89)
Total	483(100)	260(100)	743(100)

Il n'y a pas de relation entre classe d'âge et la réalisation de la première CPN au premier trimestre.

P=0,566

VII : COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Caractéristiques sociodémographiques

➤ L'Age :

Dans notre étude, la moyenne d'âge des gestantes était de 24 ans aussi bien en 2015 qu'en 2016. Ce résultat est similaire à celui de Bama K. [12] qui avait trouvé 24,14 comme âge moyenne.

La proportion des femmes ayant un âge supérieure ou égale à 18 ans était la plus représentée au cours de notre étude avec un taux de 90% en 2015 et de 92% en 2016.

La proportion des femmes ayant un âge inférieur à 18 ans était moins représentée avec un taux de 10% en 2015 et 8% en 2016. Ce résultat est inférieur à celui de Bama K. [12] qui a trouvé que la tranche d'âge inférieur à 18 ans été la plus représentée avec 28,2%.

2- Estimation du nombre de CPN et d'accouchement en 2015 et 2016

Au cours de notre étude, nous avons constaté que le nombre de consultation prénatale (CPN) était plus élevé en 2015 qu'en 2016 avec respectivement 4661 et 4315. Cependant beaucoup plus de femmes font leur CPN1 supérieur 45% contre environ 10% des femmes font la CPN4. Cette réduction n'est pas lié à une baisse de fréquentation mais à des fiches non retrouver.

Cependant, on constate une déperdition du nombre de CPN entre la CPN1 et la CPN4 pour les deux périodes partant de 2273 CPN1 à 682 jusqu'en 2015 et de 1994 CPN1 à 343 à partir de 2016.

Dans la répartition des gestantes selon les fiches retrouvées et le rapport annuel de 2015 et 2016 nous avons trouvé une différence de 76%. Cette différence est due au mauvais archivage des supports.

La qualité des CPN étaient en deçà des objectifs attendus avec une moyenne de 73% des gestantes ayant réalisé 2 ou moins de 2 CPN au cours de leur grossesse. Vue ces résultats, des investigations doivent être faites pour savoir les raisons d'un suivi non régulier des gestantes pour les CPN.

Pour ce qui concerne le stade de la grossesse pendant lequel la CPN est effectuée, le plus grand nombre des CPN ont été effectués pendant le 3^{ème} trimestre. **L'EDSM V** a trouvé des résultats quelque peu différents car elle constate qu'un peu plus du tiers des femmes (35 %) ont effectué leur première visite prénatale à un stade précoce de la grossesse, c'est-à-dire à moins de 4 mois et dans 14 % des cas, la première visite n'a eu lieu qu'à partir de 6^{ème} et 7^{ème} mois de grossesse, compromettant ainsi le nombre et l'espacement régulier des visites prénatales préconisées par l'OMS.

On constate une progression importante du nombre des CPN au fil des trimestres avec un pic de 49% au 3^{ème} trimestre. Ce pic montrait l'intérêt pour les gestantes de fréquenter les centres de santé dans la période péri-accouchement afin de bénéficier d'une assistance qualifiée à l'accouchement. L'impact peut être le décès maternel, HTA, éclampsie, petit poids de naissance, mort foetal, malformation.

Dans notre étude, les multigestes (26%) étaient nombreuses suivies des primigestes (26%) et des sécondigeste (23%). Nos résultats supérieurs à ceux de Sagara J.A qui avait trouvé 14,5% de primigestes et 26,6% de multigestes. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que nous avons une taille de population d'étude beaucoup plus élevée par rapport à Sagara J.A. [13]

Les multigestes ont prédominé dans la réalisation de la 1^{ère} CPN, suivis des primigestes et des sécondigeste avec respectivement 51%, 26% et 23% sur les 2 années d'études. Cette prédominance des multigestes dénote une bonne compréhension et une adhésion des gestantes dans la réalisation des CPN au fil des années.

Le nombre d'accouchement était au nombre de 1964 et 1092 respectivement en 2015 et 2016. La proportion des femmes qui ont accouché au CSCOM dont les fiches n'ont pas été retrouvés était de 69% en 2015 et 67% en 2016.

Le nombre d'accouchement décroît de 2015 en 2016 cette réduction n'est pas liée à une baisse de fréquentation mais on n'a pas eu accès à toutes les informations.

Préventions du paludisme pendant la grossesse

La chimio prévention anti-palustre :

A cause de la chloroquino-résistance il y a actuellement une molécule (sulfadoxine pyriméthamine (SP)) pour les gestantes. Cette procédure est appelée traitement préventif intermittent (TPI). La dose recommandée en traitement préventif intermittent est 3 comprimés de SP soit 300mg en prise unique [26] une dose par mois à partir du 16^{ème} SA.

Les femmes ayant reçu la 1^{ère} dose sont plus nombreuses aussi bien en 2015 qu'en 2016 avec des proportions respectives de 49% et de 39%. Ce nombre élevé de 1^{ère} dose corrobore avec le nombre de CPN1 dans notre population d'étude. Toutes les gestantes de notre population d'étude ont reçu au moins dose de chimio-prévention à la SP.

Cette proportion est supérieure à celle de Badiaga C [14], de Konaté S [15] et de Fomba S [1] qui étaient respectivement 44%, 85% et 50,3%.

3. L'issue de la grossesse

➤ Type d'accouchement

La majorité du type d'accouchement était eutocique avec un taux de 100% en 2015 et 99 en 2016.

➤ Voies d'accouchements

Dans notre étude tous les accouchements étaient par voie basse. Ce taux élevé d'accouchement par voie basse pourrait s'expliquer par le statut du service 1^{ère} niveau de référence, recevant le plus grand nombre de grossesses sans risque par ce que les grossesses à risque étaient référés.

Fomba DD avait trouvé 42% [29]

KONATE O [28], avait rapporté 76,2% d'accouchement par voie basse.

➤ Etat des mères après l'accouchement

Dans notre étude après l'accouchement 100% des mères étaient vivantes.

4-Difficultés rencontrées :

Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce travail sont les suivantes :

- la recherche des supports qui a été fastidieuse ; ceci est lié au mauvais archivage des supports,
- l'enregistrement insuffisant des données dans certains supports ce qui a valu leur retrait du lot utilisé par cette étude.

Ces difficultés rencontrées ont abouti à une exploitation non suffisante et non satisfaisante des données pour notre travail.

VII : CONCLUSION

A l'issue de cette étude, nous pouvons conclure que :

Le nombre de la première visite a diminué entre 2015 et 2016

Les premières visites de CPN se font tardivement au CSCOM de Yirimadio (3^{ème} trimestre de la grossesse) .

Pour la prophylaxie anti palustre à la SP, la proportion des femmes ayant reçu la 1^{ere} dose était de 49% en 2015 39% en 2016. Celles qui ont eu la 4^{ème} dose restent faibles avec une proportion de 9% en 2015 et 14% en 2016.

La moyenne d'âge était de 24 ans aussi bien en 2015 qu'en 2016

Les accouchements étaient par voies basse et de type eutociques en 2015 qu'en 2016.

VIII : RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude nous avons proposé les recommandations suivantes et qui s'adressent :

1. AUX PRESTATAIRES DU CENTRE DE SANTE

- Sensibiliser les femmes à faire la CPN
- S'assuré que les fiches de suivi sont bien remplies et bien archivé

2. AUX AUTORITES ET AU COMITE DE GESTION :

- Assurer une formation continue du personnel socio sanitaire
- Limiter la CPN aux seuls personnels qualifiés

3. AUX GESTANTES :

- Commencer la CPN dès le début de la grossesse et faire un suivi régulier
- Appliquer les conseils donnés par les prestataires de santé.

IX : Références

1-FOMBA S.

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

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

2-OMS/UNICEF Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle 1^{ère} édition nouvelle méthodologie : AVRIL 1996 Genève P16.

3 - Nouhoum D : Etude des accouchements à domicile en Commune V du District de Bamako à propos de 728 cas. Thèse de Médecine FMPOS Bamako 2001 M- 48.

4-PNP volume3 : soins prénataux, soins prénataux, soins postnatals

5-L'OMS Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment.7 novembre 2016/GENEVE

6-Kessel E. Maternity care: its opportunity and limit to improve pregnancy outcome. In: Omran A.R, Martin J. and Aviado D.M. (Eds.) High risk mothers and newborns: detection, management and prevention, Ott Publishers Thun Switzerland 1987 pp. 375-393.

7- OMS. Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève 1978.

8-Procédures en santé de la reproduction, la santé de la femme ; soins prénataux recentrés, soins prénataux, soins post-natal, soins après avortement, pathologies génitales et

dysfonctionnement sexuel chez la femme. Volume 4. juin 2005. Ministère de la santé de la république du Mali. 23p.

9-Haute autorité de santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour les professionnels de santé. Ministère de la santé, Bamako Avril 2005.

10- Merger R, Levy J, Melchior J. Etude clinique de la grossesse normale. Précis d'obstétrique. 6ème éd, Paris .Masson .1995. Page: 71 à 134.

11-SANGARE A B T. Consultation prénatale recentrée : connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Sénou 2010 P 27 à 32

12- Bama K. ETUDE DES CONSULTATIONS PRENATALES AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE KOULOUBA (ANALYSE DES REGISTRES ET FICHES OPERATIONNELLES) 2014-2015

13- Sagara J.A. CONSULTATIONS PRENATALES RECENTREES : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA COMMUNAUTE DE DIO-GARE. 2010

14- Badiaga C. Evaluation de la qualité des consultations prénatales Maternité du centre de santé de référence de Kati à propos de 380 cas.2008

15-KONATE S. Qualité de la surveillance prénatale dans le Centre de santé de la commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine Bamako 2002 P 75

16-EDS-M V : INFO-STAT, Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique du Ministère, de l'Aménagement du Territoire et de la Population.

Enquête Démographique et de Santé du Mali. 5^{ème} édition 2013 ; mai 2014.

17- COULIBALY E :

Etude des causes de la mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 études de cas clinique.

Thèse de Médecine (Bamako) 1995 n°40 ; 95P.

18- Division santé de la reproduction :

Procédure en santé de la reproduction, soins prénataux recentrés, soins prénataux, soins post natal, soins après avortement, pathologies génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme Juin 2005, 219 pages.

19- Faculté de Médecine Necker-enfants malades :

Obstétrique module2 2002/2003 P : 83.

20- KANTE Y

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U Gabriel Touré.

Thèse de Médecine BKO, 2008, 84Pages.

21- Office de la langue française 1990.

22- « Précis d'obstétrique » :

Louis Dubrisay, Cyrille Jeannin. Librairie Lamare, Paris 1946

P: 3.

23- World Health Organization. The World Report 2005:

Attending to 136 million births, every year 2005, make every mother and child count. GENEVA: The World Health Organization, 2005; P: 61.

24- Cellule de planification et de statistique .plan de formation et de perfectionnement du personnel socio sanitaire Bamako (Koulikoro) 1995-2000.

25- Division santé familiale. Programme de santé familiale .Plan quinquennal 1988-1992 Mali Décembre 1987.

26- Fenersteine MT. Furning the Tide Safe Mother Lood A distraction manual London MC Millan 1993.

27- Hogberg and wll S. Secular trend in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980 Bull OMS 1986; 647-984.

28- KONATE O :

Accouchement prématuré : pronostic materno-foetal à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou à propos d'une étude prospective de 122 cas. Thèse de Méd. Bko 2007 136p N 141.

29- Bouvier Colle MH. La maternité maternelle : aperçue sur la situation mondiale. Revue du centre international de l'enfance, Paris1900 N°187/188(1):6

X : ANNEXES

EQUIPEMENT ET MATERIEL DE CPN ET D'ACCOUCHEMENT SELON LES NORMES ET PROCEDURES.

a- Matériel technique :

- Table gynécologique ;
- Pèse personne ;
- Boite personne ;
- Boite à instrument ;
- Thermomètre ;
- Jeu de spéculum (3 dimensions) ;
- Tensiomètre ;
- Stéthoscope biauriculaire ;
- Stéthoscope obstétrical ;
- Haricot inoxydable ;
- Trousse d'analyse d'urines ;
- Lampe baladeuse ou bâche ;
- Alézés balance clinique adulte ;
- Mètre ruban ;
- Toise murale ;
- Gants ou doigtiers.

b- support de surveillance de la mère :

- Registre de consultation ;
- Registre d'accouchement ;
- Registre d'évacuation ;
- Carnet de grossesse ;
- Fiche de référence ;
- Fiche de suivi de grossesse ;
- Echographie ;
- Cardiotocographe ;

Fiche d'enquête

Code	Question	Réponses Notez 98 si ce n'est pas pertinent Notez 97 si l'information est absente de la fiche
1. Information Initiale		
No	Le numéro du dossier	Notez le numéro du dossier
Age	Quelle est l'âge de la femme?	Notez l'âge de la femme en années
accant	Le nombre d'accouchements antérieurs	Notez le nombre
avoant	Le nombre d'avortements antérieurs	Notez le nombre
taillef	La taille de la femme	Notez la taille en mètres
poidsf	Le poids de la femme	Notez le poids
accprec	Est-ce que les accouchements précédents étaient normaux ?	Normal=1 Problème=2
derenf	Est-ce que le dernier enfant est né normalement ?	Normal=1 Mort-né=2
Cpn	Est-ce que la femme a accédé la CPN pendant la grossesse? Si non, sautez à Section 7	Oui=1 Non=2
nocpn	Combien de consultations prénatales a-t-elle eu pendant la grossesse?	Notez le numéro des consultations
2. La Première CPN		
hu1	C'était quoi la hauteur utérine à la première consultation?	Notez la hauteur utérine en centimètres
ageest1	L'âge estimé par la sagefemme en mois à la première consultation	Notez le numéro de mois estimé sur la fiche

perte1	Présence de perte (écoulement vaginal) ?	Oui=1 Non=2
pertet1	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
tad1	Tension artérielle > ou = à 10 ?	Oui=1 Non=2
tadt1	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
bcf1	Bruit de cœur fœtal ?	Oui=1 Non=2
omi1	Œdème des membres inférieurs ?	Oui=1 Non=2
omit1	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
alb1	Albuminurie ?	Oui=1 Non=2
albt1	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
bw1	BW syphilis ?	Oui=1 Non=2
bwt1	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
gly1	Glycémie ?	Oui=1 Non=2
glyt1	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
emm1	Test d'Emmel ?	Oui=1 Non=2
emmt1	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
rhe1	Groupe rhésus ?	Oui=1 Non=2
rhet1	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
transv1	Position fœtale transvaginale (9 mois) ? Si oui, sautez à Section 7 Accouchement	Oui=1 Non=2
sp1	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour SP à la première consultation ?	Oui=1 Non=2

faf1	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour FAF à la première consultation ?	Oui=1 Non=2
mii1	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour MII à la première consultation ?	Oui=1 Non=2
vat11	Est-ce que la femme a reçu VAT1 à la première consultation ?	Oui=1 Non=2
vat21	Est-ce que la femme a reçu VAT2 à la première consultation ?	Oui=1 Non=2
pres1	Est-ce que la femme a reçu une autre prescription à la première consultation ?	Oui=1 Non=2
pres1pr	Si oui, précisez-la	
nat1	C'était quoi la nature de la grossesse notez à la première consultation ?	Normal=1 A Risque=2
plan1	Discussion sur le plan d'accouchement	Oui=1 Non=2
procpn1	Est-ce une prochaine consultation prénatale a été fixée ?	Oui=1 Non=2
3. La Deuxième CPN		
hu2	C'était quoi la hauteur utérine à la deuxième consultation?	Notez la hauteur utérine en centimètres
ageest2	L'âge estimé par la sagefemme en mois à la deuxième consultation	Notez le numéro de mois estimé sur la fiche
perte2	Présence de perte (écoulement vaginal) ?	Oui=1 Non=2
pertet2	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Tad2	Tension artérielle > ou = à 10 ?	Oui=1 Non=2
Tadt2	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Bcf2	Bruit de cœur fœtal ?	Oui=1 Non=2

Omi2	Œdème des membres inférieurs ?	Oui=1 Non=2
Omit2	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Alb2	Albuminurie ?	Oui=1 Non=2
Albt2	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Bw2	BW syphilis ?	Oui=1 Non=2
Bwt2	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Gly2	Glycémie ?	Oui=1 Non=2
Glyt2	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Emm2	Test d'Emmel ?	Oui=1 Non=2
Emmt2	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Rhe2	Groupe rhésus ?	Oui=1 Non=2
Rhet2	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Transv2	Position fœtale transvaginale (9 mois) ? Si oui, sautez à Section 7 Accouchement	Oui=1 Non=2
sp2	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour SP à la deuxième consultation ?	Oui=1 Non=2
faf2	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour FAF à la deuxième consultation ?	Oui=1 Non=2
mii2	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour MII à la deuxième consultation ?	Oui=1 Non=2
vat12	Est-ce que la femme a reçu VAT1 à la deuxième consultation ?	Oui=1 Non=2
vat22	Est-ce que la femme a reçu VAT2 à la deuxième	Oui=1 Non=2

	consultation ?	
pres2	Est-ce que la femme a reçu une autre prescription à la deuxième consultation ?	Oui=1 Non=2
pres2pr	Si oui, précisez-la	
nat2	C'était quoi la nature de la grossesse notez à la deuxième consultation ?	Normal=1 A Risque=2
plan2	Discussion sur le plan d'accouchement	Oui=1 Non=2
procpn2	Est-ce une prochaine consultation prénatale a été fixée ?	Oui=1 Non=2
4. La Troisième CPN		
hu3	C'était quoi la hauteur utérine à la troisième consultation?	Notez la hauteur utérine en centimètres
ageest3	L'âge estimé par la sagefemme en mois à la troisième consultation	Notez le numéro de mois estimé sur la fiche
Perte3	Présence de perte (écoulement vaginal) ?	Oui=1 Non=2
Pertet3	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Tad3	Tension artérielle > ou = à 10 ?	Oui=1 Non=2
Tadt3	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Bcf3	Bruit de cœur fœtal ?	Oui=1 Non=2
Omi3	Œdème des membres inférieurs ?	Oui=1 Non=2
Omit3	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Alb3	Albuminurie ?	Oui=1 Non=2
Albt3	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Bw3	BW syphilis ?	Oui=1 Non=2

Bwt3	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Gly3	Glycémie ?	Oui=1 Non=2
Glyt3	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Emm3	Test d'Emmel ?	Oui=1 Non=2
Emmt3	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Rhe3	Groupe rhésus ?	Oui=1 Non=2
Rhet3	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Transv3	Position fœtale transvaginale (9 mois) ? Si oui, sautez à Section 7 Accouchement	Oui=1 Non=2
sp3	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour SP à la troisième consultation ?	Oui=1 Non=2
faf3	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour FAF à la troisième consultation ?	Oui=1 Non=2
mii3	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour MII à la troisième consultation ?	Oui=1 Non=2
vat13	Est-ce que la femme a reçu VAT1 à la troisième consultation ?	Oui=1 Non=2
vat23	Est-ce que la femme a reçu VAT2 à la troisième consultation ?	Oui=1 Non=2
pres3	Est-ce que la femme a reçu une autre prescription à la troisième consultation ?	Oui=1 Non=2
pres3pr	Si oui, précisez-la	
nat3	C'était quoi la nature de la grossesse notez à la troisième consultation ?	Normal=1 A Risque=2
plan3	Discussion sur le plan d'accouchement	Oui=1 Non=2

procpn3	Est-ce une prochaine consultation prénatale a été fixée ?	Oui=1 Non=2
5. La Quatrième CPN		
hu4	C'était quoi la hauteur utérine à la quatrième consultation?	Notez la hauteur utérine en centimètres
ageest4	L'âge estimé par la sagefemme en mois à la quatrième consultation	Notez le numéro de mois estimé sur la fiche
Perte4	Présence de perte (écoulement vaginal) ?	Oui=1 Non=2
Pertet4	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Tad4	Tension artérielle > ou = à 10 ?	Oui=1 Non=2
Tadt4	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Bcf4	Bruit de cœur fœtal ?	Oui=1 Non=2
Omi4	Oedème des membres inférieurs ?	Oui=1 Non=2
Omit4	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Alb4	Albuminurie ?	Oui=1 Non=2
Albt4	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Bw4	BW syphilis ?	Oui=1 Non=2
Bwt4	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Gly4	Glycémie ?	Oui=1 Non=2
Glyt4	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Emm4	Test d'Emmel ?	Oui=1 Non=2
Emmt4	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2

Rhe4	Groupe rhésus ?	Oui=1 Non=2
Rhet4	Si oui, est-ce que le traitement a été donné ?	Oui=1 Non=2
Transv4	Position fœtale Trans vaginale (9 mois) ? Si oui, sautez à Section 7 Accouchement	Oui=1 Non=2
sp4	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour SP à la quatrième consultation ?	Oui=1 Non=2
faf4	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour FAF à la quatrième consultation ?	Oui=1 Non=2
mii4	Est-ce que la femme a reçu une prescription pour MII à la quatrième consultation ?	Oui=1 Non=2
vat14	Est-ce que la femme a reçu VAT1 à la quatrième consultation ?	Oui=1 Non=2
vat24	Est-ce que la femme a reçu VAT2 à la quatrième consultation ?	Oui=1 Non=2
pres4	Est-ce que la femme a reçu une autre prescription à la quatrième consultation ?	Oui=1 Non=2
pres4pr	Si oui, précisez-la	
nat4	C'était quoi la nature de la grossesse notez à la quatrième consultation ?	Normal=1 A Risque=2
plan4	Discussion sur le plan d'accouchement	Oui=1 Non=2
procpn4	Est-ce une prochaine consultation prénatale a été fixée ?	Oui=1 Non=2
6. Autres CPN		
hu5	Est-ce qu'il y avait plus de quatre consultations?	Oui=1 Non=2
comb5	Si oui, combien d'autres consultations après la quatrième est-ce la femme a complété ?	Notez le numéro

7. L'Accouchement		
accdte	La date de l'accouchement	Notez la date DD/MM/YYYY
birthatt	Précisez la qualification de l'agent	Médecin=1 Infermière=2 Sagefemme=3 Matrone=4 Autres à préciser
evac	Évacuation à une autre formation sanitaire ? Si oui, sautez à Section 8	Oui=1 Non=2
type	Type d'accouchement	Normal=1 Forceps=2 Ventouse=3 Césarienne=4 Autres à préciser
foe	C'était quoi l'état du fœtus à l'accouchement?	Vivant=1 Réanimé=2 Mort-né=3 Décédé=4
foe2	Si la femme a eu les jumeaux, c'était quoi l'état du deuxième fœtus à l'accouchement?	Vivant=1 Réanimé=2 Mort-né=3 Décédé=4
sexe	C'était quoi le sexe du bébé?	Male=1 Femelle=2
sexe2	Si la femme a eu les jumeaux, c'était quoi le sexe du deuxième bébé?	Male=1 Femelle=2
poidsb	Le poids du bébé	Notez le numéro de poids
poidsb2	Si la femme a eu les jumeaux, c'était quoi le poids du deuxième bébé?	Notez le numéro de poids
tailleb	La taille du bébé	Notez le numéro de centimètres
tailleb2	Si la femme a eu les jumeaux, c'était quoi la taille du deuxième bébé?	Notez le numéro de centimètres
poidsp	Le poids du placenta	Notez le numéro de poids

poidsp2	Si la femme a eu les jumeaux, c'était quoi le poids du deuxième placenta?	Notez le numéro de poids
compl	Est-ce qu'il y avait les complications maternelles?	Oui=1 Non=2
complpre	Si oui, précisez la nature et la cause	
mdecede	Est-ce que la mère est décédée	Oui=1 Non=2
mdpre	Si oui, précisez le diagnostic et la cause	
vita	Est-ce que la mère a reçu la vitamine A après l'accouchement	Oui=1 Non=2
vitapr	Si non, précisez pourquoi	
cponfix	Est-ce qu'un rendez-vous postnatal à été fixé?	Oui=1 Non=2
8. Consultation Postnatale		
cpon	Est-ce que la femme a assisté à la consultation postnatale?	Oui=1 Non=2
anémie	Est-ce que la femme a eu l'anémie	Oui=1 Non=2
invol	Est-ce que la femme a eu l'involution utérine	Oui=1 Non=2
loch	Est-ce que la femme a eu les lochies fétides	Oui=1 Non=2
albumin	Est-ce que la femme a eu l'albumine	Oui=1 Non=2
vitp	Est-ce que la femme a eu la vitamine A à la consultation postnatale?	Oui=1 Non=2
autres	Est-ce que la femme a eu d'autres médicaments à la consultation postnatale?	Oui=1 Non=2
deathwk	Est-ce que le bébé est décédé avant le 7 ème jour?	Oui=1 Non=2
deathwkc	Si oui, préciser la cause	
deathmo	Est-ce que le bébé est décédé du 7ème jour à un mois?	Oui=1 Non=2
deathmoc	Si oui, préciser la cause	

infopf	Est-ce que la femme a été donnée l'information sur la PF à la consultation postnatale	Oui=1 Non=2
accepf	Est-ce que la femme a accepté la PF à la consultation postnatale	Oui=1 Non=2

Fiche signalétique

NOM : DEMBELE

PRENOM : Aminata B

TITRE DE LA THESE : Evolution du nombre de CPN et d'accouchement au centre de santé communautaire de Yirimadio en commune VI du district de Bamako/Mali de 2015 à 2016

Année universitaire : 2017-2018

Pays d'origine : Mali (Bamako), quartier Village du Point G

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako (FMPOS) ; BP : 1805 Bamako MALI

Secteur d'intérêt : Obstétrique, santé publique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude transversale portant sur 4312 cas dans le CSCOM de Yirimadio en commune VI du district de Bamako, de Janvier 2016 à décembre 2016.

Il ressort de notre étude que la tranche d'âge supérieur à 18 ans était nombreuse avec un taux de 90% en 2015 et 99% en 2016.

La hauteur utérine moyenne était de 21cm en 2015 et 24cm en 2016. La majorité des femmes ont fait leur CPN au troisième trimestre avec un taux de 42% en 2015 et 56% en 2016.

Les multigestes étaient les plus représentées avec 50% en 2015 et 52% en 2016.

La prévalence du faible poids de naissance était de 1% en 2015 et 9% en 2016.

L'analyse de nos résultats a permis d'établir un lien entre le lieu de CPN, de même que le nombre de CPN et complications maternelles pendant la grossesse et l'accouchement.

Mots clés : évolution, consultation prénatale, accouchement.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres 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 patrie 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 maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

Je le jure