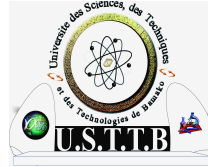


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali

Un Peuple—Un But—Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année académique : 20112012

N° /

Thèse

POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE

DU PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE AU CSCOM DE MAGNAMBOUGOU

**Présentée et soutenue publiquement le .../..../2012 devant la faculté
de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par Mme Sangare Fatma Tahra Baby

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

JURY

Président : Pr Sekou Fantamady TRAORE

Membres : Dr Seydou DIARRA

Dr. Mamadou BALLO

Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A Allah le Tout miséricordieux et le Très miséricordieux.

Toi qui écoutes celui qui te loue, je ne cesserai point de te louer aussi bien longtemps que Tu me garderas dans cette vie d'ici bas.

Au Prophète Mohammad (SAW) qui a été pour nous un modèle parfait et le restera pour toujours Que le salut et la paix d'Allah soit sur lui ainsi que tous ceux qui le suivront jusqu'au jour dernier.

A toutes les victimes du Paludisme ce travail vous est dédié.

A toutes celles qui en voulant donner une vie ont perdu la leur.

A ma Patrie

Puisse ce travail modeste contribuer à ton édification.

A mon Père Youba BABY

Cher père ce jour est la concrétisation de ce que tu avais amorcé depuis quelques années.

Tu as toujours été à nos côtés aux moments de bonheurs qu'aux moments difficiles.

Ton sens de l'honneur, de la patrie, du courage et ton amour pour le travail bien fait m'ont permis de forger un chemin dans la vie.

Ton objectif qui est de faire de ta famille une famille courageuse et unie sera atteint In chaallah.

Je suis fière de toi en cet instant si solennel et émouvant pour la patience que tu as endurée.

Les mots ne pourront exprimer à fond ma reconnaissance en ton égard.

Qu'Allah te garde longtemps près de nous. Amin

A ma mère Fatoumata Zahra BABY

Chère mère Tu as été pour nous une éducatrice exemplaire, une meilleure maman. Sache que ce travail est également le fruit de tes bénédictions permanentes et de tes prières. Tu as supporté tous nos caprices. Seul Allah saura te récompenser à la hauteur de tes actes. Qu'il nous accorde une longue et heureuse vie.

Qu'Allah te donne longue vie. Amin

A ma moitié Abdoul SANGARE

Cher époux, depuis que tu as fait parti de ma vie tu t'es toujours préoccupé de mon avenir aussi bien scolaire que religieux. Tu m'as soutenue, guidée et encouragée dans toutes mes entreprises. Tu es ma référence, je suis fière de toi. K'Allah nous garde unis pour toujours.

A mes Frères et Sœurs :

Aly, Sidi, Kalanassi, Ousmane, Abeyni, Konaré, Aiché, Kadiatou, kounta et la petite Tetou

Merci pour votre fraternité et votre sympathie à mon égard.

Ce travail vous est entièrement redevable.

A ma famille jumelle : Bilali DICKO et Safiatou HAIDARA

La perfection est un attribut de DIEU qui nous a destiné à cohabiter dans cette vie. Ne laissons jamais le diable prendre le dessus sur nous, Merci d'avoir supporté mes multiples défauts.

A ma meilleure amie Mme TANDINA Rokia DIARRAH

Tu es plus qu'une amie pour moi. Depuis le primaire tu a toujours été la première à sécher mes larmes. Qu'Allah te récompense et nous unies dans son firdaous. Amin

A ma grande sœur Mme TRAORE Maimouna T DIARRAH

C'est une chance de t'avoir a mes cotés. Tes conseils et soutien ne m'ont jamais fait défaut. Merci pour tout

A mes filles chéries : Ina, Fatima, Dija, Mina, Agna, Aicha et Fanta

Qu'Allah vous bénisse et vous donne longue vie pleine de santé de succès et surtout de piété.

A mes frères et sœurs en Islam : Mr et Mme TOGOLA, Mr et Mme SOGOBA, Kadi DIARRA

A mon mari DCI Fousseyni SANGARE

Soit rassuré de ma reconnaissance

A toute la famille SANGARE

Merci de m'avoir acceptée parmi vous.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit

-De tout le personnel du CSCOM de Magnambougou particulièrement :

A Dr MAGASSOUBA Oumar, médecin adjoint du CSCOM de magnambougou

Merci pour votre

A Mr DAGNOGO Sebastien, major

Vous avez toujours été là pour mes questions et m'avez beaucoup aidé dans documentation. Merci pour votre disponibilité

A SOW Djeneba, sage femme

Merci de m'avoir facilité la tâche lors de mon passage dans votre CSCOM. Je te souhaite bonne et longue carrière professionnelle

A Kadi et fota sages femmes

Merci pour tout

A Mme MAIGA Kadiatou K TRAORE sage femme a ASACOMA II

Que Dieu t'assiste dans tes entreprises

A toutes les stagiaires de la maternité

Bonne chance à vous

OMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury : Pr. Sékou Fatamady TRAORE

-PhD en Entomologie médicale

-Professeur titulaire en Entomologie médicale à la FMPOS

-Directeur du Département d'Entomologie du MRTC/FMPOS

-Enseignant de biologie cellulaire à la FMPOS

- Co-coordonateur du MRTC

Cher Maître, nous nous réjouissons de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de ma profonde reconnaissance.

A notre maitre et membre du jury : DR Seydou DIARRA

-Candidat PhD en anthropologie médicale et de la santé à l'université de paris 8, France

- Assistant en anthropologie médicale à la FMPOS

-Chercheur sur la politique et le système de santé au Mali

Cher Maître nous avons beaucoup admiré vos qualités humaine, scientifique et pédagogique.

Votre dynamisme et votre dévouement font de vous un Maître exemplaire.

Cher Maître, recevez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement constant.

A notre maitre et membre du jury : DR Mamadou BALLO

-Médecin directeur du centre de sante de Magambougou

Cher maitre vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez trouver ici cher maitre l'expression de notre profonde reconnaissance

A notre maitre et directeur de thèse : PR Samba DIOP

--Enseignant chercheur en anthropologie médicale.

-Spécialiste en écologie humaine, anthropologie, bioéthique et éthique de santé publique.

-Responsable du cours « Ethique et Sciences » au DEA d'anthropologie, ISFRA, Université de Bamako.

-Responsable de la section « Sciences humaines ; sociales et bioéthique » de SEREFO, VIH et TB / FMPOS-NAID.

-Responsable du réseau « Chantier jeune » à la FMPOS/ ISFRA- Université de Bamako/ laboratoire de démographie-Université Genève (suisse).

–Membre du comité d'éthique de la FMPOS.

Vous avez toujours éveillé en nous la joie de savoir et de travailler.

Votre simplicité à transmettre aux autres et votre disponibilité, font de vous un Maître que nous garderons en mémoire.

Soyez rassuré cher maitre de notre profonde gratitude et notre attachement fidèle

SOMMAIRE

CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE.....	16
2. Agent pathogène:	18
3. Physiopathologie :	18
4. Prévention et traitement du paludisme au cours de la grossesse :	21
5. Hypothèses :	24
6. Objectifs :	24
CHAPITRE III : DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	26
1. Type d'étude :	26
2. Lieu d'étude :	26
3. Population d'étude :	26
4. Collecte et analyse des données :	27
5. Considérations éthiques et déontologiques :	27
CHAPITRE IV : RESULTATS.....	28
1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées :	28
2. Antécédents obstétricaux:	32
3. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals :	33
CHAPITRE V : COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	40
1. Caractéristiques sociodémographiques :	40
2. Antécédents obstétricaux :	41
3. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals et le paludisme :....	41
CHAPITRE VI : CONCLUSION	43
CHAPITRE VII : RECOMMANDATIONS.....	44
REFERENCES.....	45
ANNEXES :	49
Annexe 1 : Fiche d'enquête femmes enceintes	49
Annexe 2 : Fiche signalétique.....	53
Annexe 3 : Résumé.....	54
Annexe 5 : Attestation de formation.....	55
Annexe 4 : Serment d'Hippocrate.....	56

CYGLES ET ABREVIATIONS

ALU	Artemeter lumefantrine
ARMQ	Artesunate méfloquine
ASACOMA	Association santé communautaire de Magnambougou
ASAQ	Artesunate amodiaquine
CPN	Consultation prénatale
CSCOM	Centre de santé communautaire
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DCI	Dénomination commune internationale
IgG	Immunoglobuline G
INSAT	Institut national de la statistique
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée
NC	Nombre de consultation
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
<i>P. vivax</i>	<i>Plasmodium vivax</i>
<i>p.falciparm</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>
<i>p.malariae</i>	<i>Plasmodium malariae</i>
<i>p.ovale</i>	<i>Plasmodium ovale</i>
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
QC	Chloroquine
CS Réf	Centre de santé de référence
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise

SLIS	Systeme local d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine-pyrimethamine
TDR	Test de diagnostic rapide
TPI	Traitement preventif intermittent
VIH	Virus de l'immunodeficiency humaine

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE.....	16
2. Agent pathogène:.....	18
3. Physiopathologie :.....	18
4. Prévention et traitement du paludisme au cours de la grossesse :	21
5. Hypothèses :	24
6. Objectifs :	24
CHAPITRE III : DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	26
1. Type d'étude :.....	26
2. Lieu d'étude :.....	26
3. Population d'étude :.....	26
4. Collecte et analyse des données :.....	27
5. Considérations éthiques et déontologiques :	27
CHAPITRE IV : RESULTATS.....	28
1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées :.....	28
2. Antécédents obstétricaux:.....	32
3. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals :.....	33
CHAPITRE V : COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	40
1. Caractéristiques sociodémographiques :.....	40
2. Antécédents obstétricaux :	41
3. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals et le paludisme :....	41
CHAPITRE VI : CONCLUSION	43
CHAPITRE VII : RECOMMANDATIONS.....	44
REFERENCES.....	45
ANNEXES :	49
Annexe 1 : Fiche d'enquête femmes enceintes	49
Annexe 2 : Fiche signalétique.....	53
Annexe 3 : Résumé.....	54
Annexe 5 : Attestation de formation.....	55
Annexe 4 : Serment d'Hippocrate.....	56

SYGLES ET ABREVIATIONS

ALU	Artémether Luméfantrine
AP	Antipaludique
ARMQ	Artésunate méfloquine
ASACOMA	Association santé communautaire de Magnambougou
ASAQ	Artésunate amodiaquine
CPN	Consultation prénatale
CSCOM	Centre de santé communautaire
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DCI	Dénomination commune internationale
IgG	Immunoglobuline G
INSAT	Institut national de la statistique
MIILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée
NC	Nombre de consultation
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
<i>P. vivax</i>	<i>Plasmodium vivax</i>
<i>P. falciparum</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>
<i>P. malarae</i>	<i>Plasmodium malarae</i>
<i>P. ovale</i>	<i>Plasmodium ovale</i>
PIB	Produit intérieur brut
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
QC	Chloroquine
CS Réf	Centre de santé de référence
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SLIS	Système local d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
TDR	Test de diagnostique rapide
TPI	Traitement préventif intermittent
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

CHAPITRE I : INTRODUCTION

Le paludisme est une cause importante de décès chez l'enfant comme chez l'adulte, en particulier dans les pays tropicaux. C'est la deuxième cause de mortalité mondiale par maladie infectieuse après le SIDA (21). Il est endémique dans 109 pays du monde dont 45 en Afrique et pose un véritable problème de santé publique aux décideurs et aux responsables de la santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre de cas estimé en 2009 dans le monde était de 225 millions avec 781 000 décès dont 80% en Afrique subsaharienne (21).

Depuis la déclaration dite d'Abuja (25 avril 2000) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), réaffirmant l'engagement de la communauté internationale, le nombre de cas de paludisme passe de 233 millions en 2000 à 225 millions en 2009 (8). L'accès aux interventions de la lutte antipaludique, notamment les moustiquaires, s'est fortement amélioré en Afrique entre 2004 et 2006. Ainsi, les progrès de la lutte endémique se sont vivement accélérés.

Le paludisme reste la maladie infectieuse qui provoque le plus de décès en Afrique où il tue un enfant toutes les 30 secondes (22).

La majorité de ces décès survient en Afrique au sud du Sahara où cette endémie fait de sérieux obstacle au développement économique et social [plus de 12 milliards de perte du produit intérieur brut] (2).

Une famille vivant dans une zone d'endémie peut dépenser 25% de son revenu annuel pour la prévention ou le traitement du paludisme (2).

Le paludisme retarde le taux de croissance économique des pays africains de 13% par an entraînant ainsi une chute de 37% du PIB en deçà du niveau probable en cas d'absence de cette maladie (5).

La prise en charge des cas de paludisme grave et compliqué chez les enfants de moins de 5 ans et la femme enceinte sera gratuite mais fortement subventionnée pour les autres groupes.

La politique de la gratuité en matière de la prévention et du traitement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans les formations sanitaires a contribué à réduire la maladie. Ainsi, le nombre de décès lié au paludisme a diminué dans toutes les régions de l’OMS. Les baisses les plus fortes ont été enregistrées dans les régions européennes et américaines (21). Le nombre notifié de cas a reculé de plus de 50% entre 2000 et 2009 dans 32 des 56 pays d’endémie palustre. En 2009, pour la première fois aucun cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* n’a été signalé dans la région de l’Europe.

Au milieu de l’année 2010, 42% des foyers africains et 35% des enfants de moins de 5 ans possèdent au moins une MII (21).

Entre 2002 et 2005, le taux d’enfants dormant sous MII a passé de 7% à 60%. Le taux d’enfants de moins de 5 ans recevant le traitement du paludisme a passé de 20% à 60%. Le taux de femmes enceintes recevant la SP a passé de 0% à 60% (25).

Au Mali, le paludisme demeure un problème de santé publique par son impact sur la mortalité et la morbidité et ses répercussions socio-économiques sur la population en général et les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en particulier. Il est responsable de 43 % en 2010 des motifs de consultation dans les services de santé. C’est la 1^{ère} cause de mortalité (13%) et de morbidité (15%) de la population générale ; la 1^{ère} cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans et la 1^{ère} cause d’anémie chez la femme enceinte (42%) (2).

La lutte contre cette endémie parasitaire nécessite une approche intégrée, comprenant la prévention en premier lieu (la lutte anti vectorielle) et la prise en charge des cas au moyen d’antipaludiques efficaces.

Dans la plupart des pays d'endémie palustre à *P. falciparum*, il existe une Politique nationale de lutte contre le paludisme et depuis 2006, ils sont nombreux à progressivement actualiser leur politique de traitement, passant de la chloroquine (CQ) qui est en situation d'échec, aux associations thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) actuellement recommandées. Ces dernières constituent désormais le meilleur traitement contre le paludisme simple à *P. falciparum* (26).

Le Mali s'est doté d'une politique depuis 1993 suite à sa participation à la conférence ministérielle d'Amsterdam et a adhéré à l'Initiative Roll Back Malaria! Faire reculer le paludisme en 1999. Cette politique a été révisée en 2005 (24).

Depuis la déclaration dite d'Abuja (25 avril 2000) et des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), réaffirmant l'engagement de la communauté internationale, le nombre de cas de paludisme passe de 233 millions en 2000 à 225 millions en 2009 (13). L'accès aux interventions de la lutte antipaludique, notamment les moustiquaires, s'est fortement amélioré en Afrique entre 2004 et 2006.

Ainsi, les progrès de la lutte endémique se sont vivement accélérés. Les axes stratégiques sont basés sur les mesures préventives et la prise en charge des cas du paludisme.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

1. Description de la recherche :

La prévention du paludisme chez les femmes enceintes est très importante puisque la maladie peut occasionner des complications maternelles et fœtales sérieuses. Les complications maternelles entraînent une anémie marquée, un risque élevé de paludisme sévère et la mortalité, alors que le fœtus/nouveau-né paraît être à risque de prématurité, d'anémie et de petit poids de naissance (6).

Les effets du paludisme sont très variables selon le niveau d'immunité du sujet. En effet, les stimulations antigéniques répétées dues aux piqûres continues de moustiques entraînent un certain degré d'immunité dû aux anticorps IgG, ayant une spécificité pour des antigènes variant de surface (4).

Le paludisme humain est causé par cinq espèces plasmodiales : *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* et *P. knowlesi* (8). La majorité des infections plasmodiales sont causées soit par *P. falciparum* ou par *P. vivax* chez l'Homme tandis que la majorité des décès dus au paludisme est liée à *P. falciparum* (8).

Au Mali, 80 à 95% de la formule parasitaire sont attribués au plasmodium falciparum. La présence du plasmodium vivax a été confirmée en transmission autochtone au nord du Mali dans la population leuco dermique en 1988 (3).

La transmission du paludisme se fait par l'anophèle femelle, environ une soixantaine d'espèces ont un rôle en tant que vecteur du paludisme chez l'homme. La prévalence de l'infection palustre à plasmodium falciparum est plus élevée chez la femme enceinte comparée à celle non enceinte appariée selon l'âge (7).

La première grossesse réactive plus le paludisme que les grossesses ultérieures et le paludisme est plus fréquent et plus grave chez la primipare et son nouveau né (12). En effet l'utérus et le placenta forment une nouvelle localisation pour le parasite.

Samaké O affirme qu'une étude réalisée en Gambie montre la prédominance du paludisme chez les primipares en zone rurale avec un maximum au deuxième trimestre (27).

Traoré A confirme également qu'une autre étude au Burkina Faso témoigne que l'infection était plus importante chez les primipares que chez les multipares (30).

L'anémie est définie par l'OMS comme un taux d'hémoglobine inférieur à 12g/dl chez la femme et 11 g/dl chez la femme enceinte (23).

On estime qu'en Afrique environ 60% des femmes enceintes sont anémiques (20).

Au Mali, une étude a permis d'objectiver que 45% des femmes enceintes en saison sèche et 74% en saison humide étaient anémiques (14).

La femme enceinte présente au cours de la grossesse une anémie physiologique par hémodilution. Cette anémie physiologique peut être aggravée par différents facteurs. En pays tropicaux, l'anémie de la femme enceinte est souvent multifactorielle, les principales causes reconnues étant le paludisme, le déficit en fer, le déficit en folates, les hémoglobinopathies et également le SIDA (14).

L'anémie de la femme enceinte a des conséquences importantes en termes de morbidité et de mortalité de la mère et de l'enfant. Elle provoque chez la mère une fatigue, des palpitations, des vertiges, une dyspnée et peut être responsable, lorsqu'elle est sévère, d'une décompensation cardiaque.

Lorsqu'elle n'est pas la cause primaire de décès, l'anémie contribue à la mortalité de l'hémorragie du post-partum (16).

L'anémie de la femme enceinte constitue par ailleurs un facteur de risque de mortalité périnatale et influence la morbidité et la mortalité de l'enfant par une diminution de son poids de naissance (16).

Le paludisme de la mère retentit bien évidemment sur le fœtus. Une fois le risque d'avortement ou d'accouchement prématuré écarté, le fœtus naît avec un poids plus faible que le fœtus né de mère saine (10).

Le paludisme congénital est en relation avec la densité de l'infection palustre de la mère (10). Cependant, il reste très limité, en partie par l'effet protecteur conféré par les anticorps maternels.

2. Agent pathogène:

Le Plasmodium est un protozoaire qui se développe pendant une partie de sa vie dans les hématies, d'où son nom d'hématozoaire. Quatre espèces plasmodiales sont inféodées à l'homme. Il s'agit du :

- P. falciparum responsable de la quasi-totalité des décès dus au paludisme, Il représente 85-90% de la formule parasitaire au Mali.
- P. malaria représentant 10-14%
- P. Ovale avec moins de 1%.
- P. vivax, dont la présence a été confirmée en transmission L4autochtone au nord du Mali dans nos populations leucodermes en 1988.

3. Physiopathologie :

3.1. Transmission du paludisme:

La transmission du paludisme se fait par l'anophèle femelle, environ une soixantaine d'espèces ont un rôle en tant que vecteur du paludisme chez l'homme. Au Mali l'anophèle gambiae et l'anophèle funestus constituent les principaux vecteurs du paludisme.

3.2. Cycle chez l'homme :

Le cycle s'enclenche lorsqu'un anophèle femelle dont les glandes salivaires contiennent une forme du parasite appelée sporozoïte pique l'homme

et les injecte à sa victime. Ces sporozoïtes circulent dans le sang, se disséminent au niveau du foie, se multiplient et évoluent vers une forme sexuellement prédéterminée : les gamétocytes mâles et femelles.

Ces gamétocytes, présents dans la circulation sanguine de la personne infectée, sont infectieux pour le moustique qui viendra la piquer lors d'un prochain repas sanguin.

3.3. Cycle chez le moustique :

En prenant son repas sanguin sur le sujet infecté, le moustique absorbe les différents stades du parasite. Dès lors, au sein de l'organisme du moustique, un nouveau cycle de transformation s'effectue jusqu'à la constitution d'oocystes (œufs). Parvenus à maturité, ces œufs libèrent des sporozoïtes qui migrent dans les glandes salivaires de l'anophèle femelle. Ces sporozoïtes seront transmis à l'homme lors du prochain repas de l'insecte.

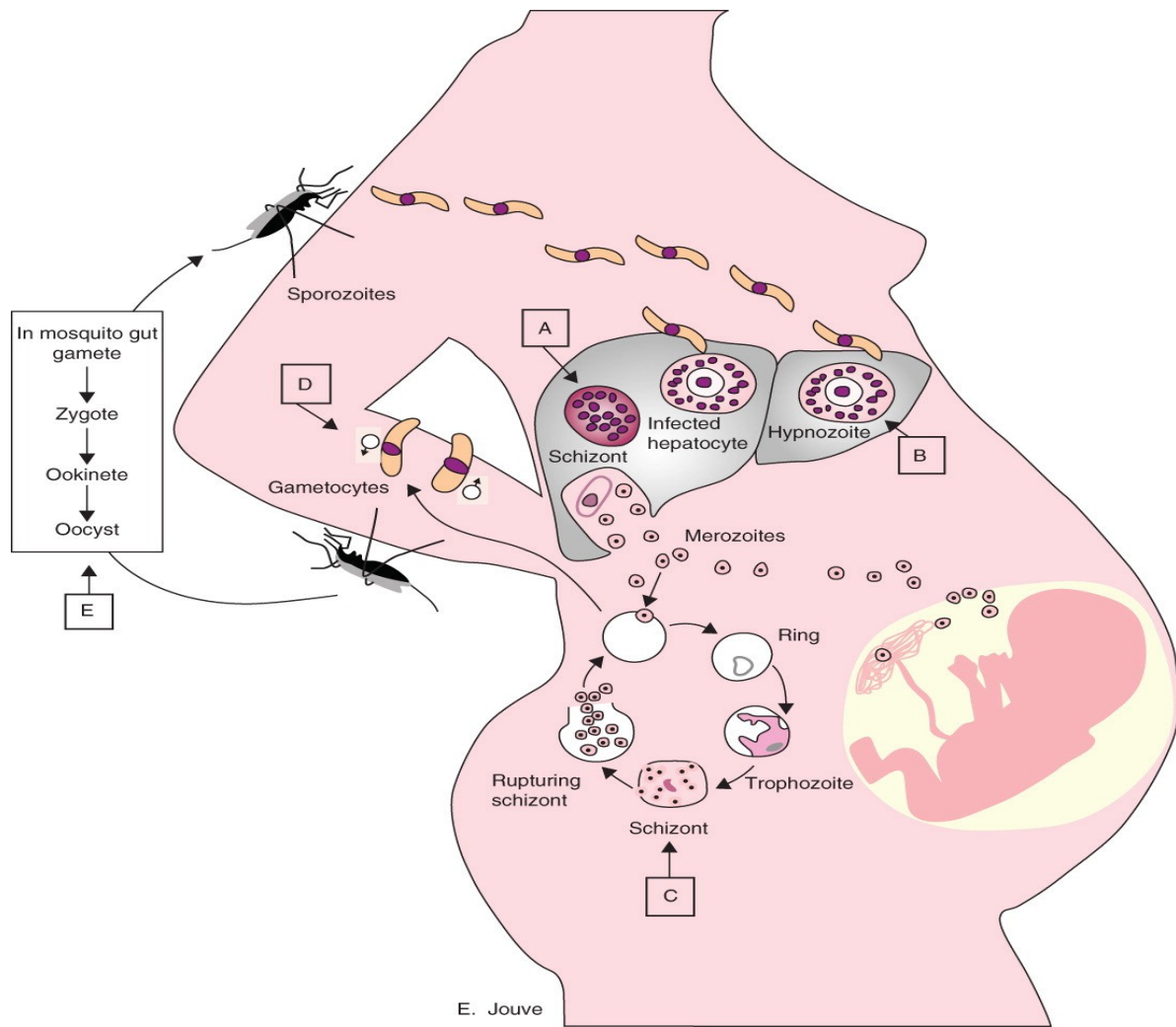


Figure : Cycle de vie du Plasmodium

4. Prévention et traitement du paludisme au cours de la grossesse :

4.1. Prévention du paludisme au cours de la grossesse :

La prévention est une composante majeure de la lutte contre le paludisme. Elle a été axée sur le TPI à la SP et la lutte anti vectorielle intégrée (20).

Etant donné les conséquences sérieuses du paludisme sur la santé de la mère et de l'enfant, l'OMS a édicté des recommandations pour la prévention du paludisme durant la grossesse qui reposent sur une chimio prophylaxie sûre pour la femme enceinte, efficace, facilement disponible et l'usage de moustiquaires imprégnées d'insecticides ainsi que la lutte anti larvaire. Différentes études ont démontré l'utilité d'une prévention médicamenteuse du paludisme chez la femme enceinte.

Une revue de la littérature sur les différentes études randomisées ou quasi-randomisées a démontré que la chimio prophylaxie chez toutes les femmes enceintes permet de diminuer les épisodes cliniques du paludisme, de diminuer la parasitémie et l'infection à la naissance (8).

Au Mali, le PNLN à travers les travaux réalisés sur le territoire national préconise en première intention la sulfadoxine - pyriméthamine chez la femme enceinte, administrée à des doses de 1500 mg de sulfadoxine et 75 mg de pyriméthamine: soit 3 comprimés en prise unique (1 comprimé correspondant à 20 kg). Elle est donnée à la femme enceinte au 4^e mois et au 8^e mois de la grossesse. La SP est contre indiquée pendant les 3 premiers mois et le 9^e mois de la grossesse à cause de ses effets tératogènes. La femme enceinte séropositive doit recevoir 3 doses (24).

Des travaux plus récents effectués chez la femme enceinte ont démontré que le traitement préventif intermittent par la sulfadoxine - pyriméthamine a entraîné une réduction sensible de l'anémie maternelle, de l'infection placentaire, du faible poids de naissance et des épisodes cliniques du paludisme (9).

4.2. Traitement du paludisme pendant la grossesse :

4.2.1. Diagnostique du paludisme :

Tout cas de paludisme doit être confirmé par la microscopie ou le TDR avant le traitement, dans les cas exceptionnels doit être fait sur la base des signes cliniques. Parmi les TDR le para check® est retenu grâce à sa spécificité et sa sensibilité au *Plasmodium falciparum* (24).

4.2.2. Traitement du paludisme :

Le choix des antipaludiques pour traiter le paludisme au cours de la grossesse dépendrait du trimestre et des caractéristiques régionales de la résistance aux antipaludiques.

Malgré la rareté des données, la quinine (avec ou sans la clindamycine) et les combinaisons à base de dérivés d'artémisinine sont maintenant recommandés dans le traitement du paludisme chez la femme enceinte (24).

4.2.3. Antipaludiques recommandés pour le traitement du paludisme

au cours de la grossesse :

	Premier trimestre
Paludisme simple non compliqué	<ul style="list-style-type: none">• 1^{er} épisode : quinine, 10 mg/kg 3 fois par jour pendant 7 jours avec ou sans clindamycine 5mg/kg 3 fois par jour pendant 7 jours.• Episodes suivants : CTA efficaces localement ou artésunate 2mg/kg/jour pendant 7 jours avec clindamycine comme ci-dessus.
	Second et troisième trimestres <ul style="list-style-type: none">• 1^{er} épisode : CTA localement efficace ou artésunate plus clindamycine comme ci-dessus• Episodes suivants : artésunate plus clindamycine comme ci-dessus• Ou quinine plus clindamycine comme ci-dessus.• Prévention : traitement intermittent avec la SP dans les régions où elle reste efficace.
Paludisme sévère ou compliqué	<ul style="list-style-type: none">• Artésunate, 2,4 mg/kg IV à l'heure (H) 0, 12 et 24 et continue chaque 24 heures jusqu'à ce que la patiente puisse tolérer l'artésunate par voie orale, 2mg/kg/dose pendant 7 jours et clindamycine, 5mg/kg 3 fois par jour pendant 7 jours.• Ou quinine IV : dose de charge de 20 mg/kg pendant 4 heures, puis 10 mg/kg donnée 8 heures plus tard après le début de la dose charge, suivie par 10 mg/kg toutes les 8 heures pendant 7 jours.
Paludisme non <i>P. falciparum</i>	<ul style="list-style-type: none">• Phosphate de chloroquine (1 comprimé de 250 mg, soit 155,3 mg de chloroquine base). La dose est de 10 mg/kg base une fois par jour pendant 2 jours suivis de 5 mg/kg au 3^e jour. Pour <i>P. vivax</i> résistant, amodiaquine, quinine, méfloquine, les dérivés d'artémisinine peuvent être utilisés.• Prévention : phosphate de chloroquine, 300 mg à l'admission suivi de 150 mg par semaine.

NB : Outre l'utilisation de médicaments antipaludiques, le repos est primordial et des traitements symptomatiques et obstétricaux peuvent être nécessaires.

5. Hypothèses :

- La politique de Prise en charge du paludisme permet à toutes les femmes enceintes de bénéficier gratuitement de la prévention du paludisme.
- La politique de prise en charge du paludisme permet à toutes les femmes enceintes de bénéficier gratuitement du traitement du paludisme.
- Grâce à la politique de prise en charge du paludisme plusieurs femmes viennent en consultation prénatale (CPN).

6. Objectifs :

6.1. Objectif général :

- Etudier la prise en charge des femmes enceintes dans le centre de santé communautaire (CSCOM) de Magnambougou

6.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissance des femmes par rapport au paludisme gestationnel.
- Déterminer le niveau de connaissance des femmes par rapport à la gratuité de la prise en charge de paludisme chez la femme enceinte.
- Déterminer le nombre de femmes enceintes qui ont reçu la MII et la SP lors de leur CPN.
- Déterminer le nombre de femmes enceintes qui ont gratuitement bénéficié du traitement du paludisme lors de leur épisode paludique.
- Déterminer les facteurs de satisfaction des CPN chez les femmes enceintes.

7. Justification :

Le paludisme demeure l'endémie parasitaire majeure qui sévit dans plusieurs pays du monde et le paludisme gestationnel et ses conséquences néfastes sur la mère et son fœtus est une réalité en zone d'endémie palustre. L'anémie, l'infection placentaire et le petit poids de naissance sont les conséquences les plus étudiées de ce paludisme. En zone d'endémie le risque d'impaludation des femmes enceintes est plus fréquent chez les primigestes (53,84%) voire les deuxièmes gestes (33,33%) et une femme sur deux souffre d'anémie au cours de la grossesse. (6)

En plus des enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes représentent l'un des groupes les plus vulnérables à cette infection. Toutes les femmes enceintes dans une région endémique ont une susceptibilité accrue à l'infection palustre à cause de leur état gravidique (26).

En Afrique au moins 24 millions de femmes enceintes sont menacées par le paludisme chaque année. Une étude a montré que 15% des cas d'anémie maternelle et 35% des cas d'insuffisance pondérale à la naissance en Afrique pourraient être évité par la chimio prévention de la femme enceinte. (10)

Au Mali, le paludisme représente 43% des motifs de consultation avec 42% des cas d'anémie chez la femme enceinte. Il nous est donc paru nécessaire d'entreprendre une étude concernant la prise en charge des cas de paludisme en particulier chez la femme enceinte (25).

CHAPITRE III : DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale allant du 17 décembre 2011 au 20 janvier 2012.

2. Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le premier Centre de santé Communautaire (CSCOM) de Magnambougou.

Magnambougou est limité à l'est par Dianeguela et Sokorodji, à l'ouest par Sogoniko, au sud par Banankabougou et au nord par le fleuve Niger. Sa population est estimée en 2011 à 38220 habitants. (19)

Le CSCOM de Magnambougou est muni d'un dispensaire dirigé par deux médecins généralistes et un major, une maternité dirigée par 4 sages femmes et deux obstétriciennes, un laboratoire dirigé par un technicien de santé et un dépôt de pharmacie dirigé par un gérant.

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes enceintes qui ont consulté au CSCOM de Magnambougou durant la période de décembre 2011 à janvier 2012.

3.1. Echantillonnage :

Pour le calcul de la taille de l'échantillon, nous avons voulu prendre le nombre de femmes enceintes qui ont fréquenté les services de la CPN durant notre période d'étude et qui ont accepté d'y participer (soit un mois). Pour cela, nous avons utilisé les résultats du Recensement général de la population et de l'habitat (RPGH, 2009) qui a été mené par l'Institut national de la statistique (INSAT).

Selon les résultats de ce recensement, la répartition de la population en commune VI donne 38 220 habitants à Magnambougou (quartier de note étude). Les femmes enceintes représentent 5% de la population générale, soit 1 911 (19).

Selon le RPGH 2009, la population de femmes qui tombent enceintes par mois à Magnambougou a été estimée à 159. Nous avons arrondi ce nombre à 160 et l'utilisé comme la taille de notre échantillon.

3.2. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude les femmes enceintes venues en CPN et qui ont accepté de participer à l'étude.

3.3. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude les femmes enceintes venues pour autre motif ou qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

4. Collecte et analyse des données :

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire (fiche d'enquête). Nous avons utilisé le logiciel EPI-INFO pour l'analyse des données.

5. Considérations éthiques et déontologiques :

Avant d'entreprendre cette étude nous avons préalablement étudié et validé le cours de l'éthique.

Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale faisait partie intégrante de notre étude. Le but de notre étude leur a été expliqué. L'inclusion nécessitait un accord préalable de la gestante.

Nous avons préservé l'anonymat de l'identité des participantes ainsi que la confidentialité des données recueillies.

CHAPITRE IV : RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées :

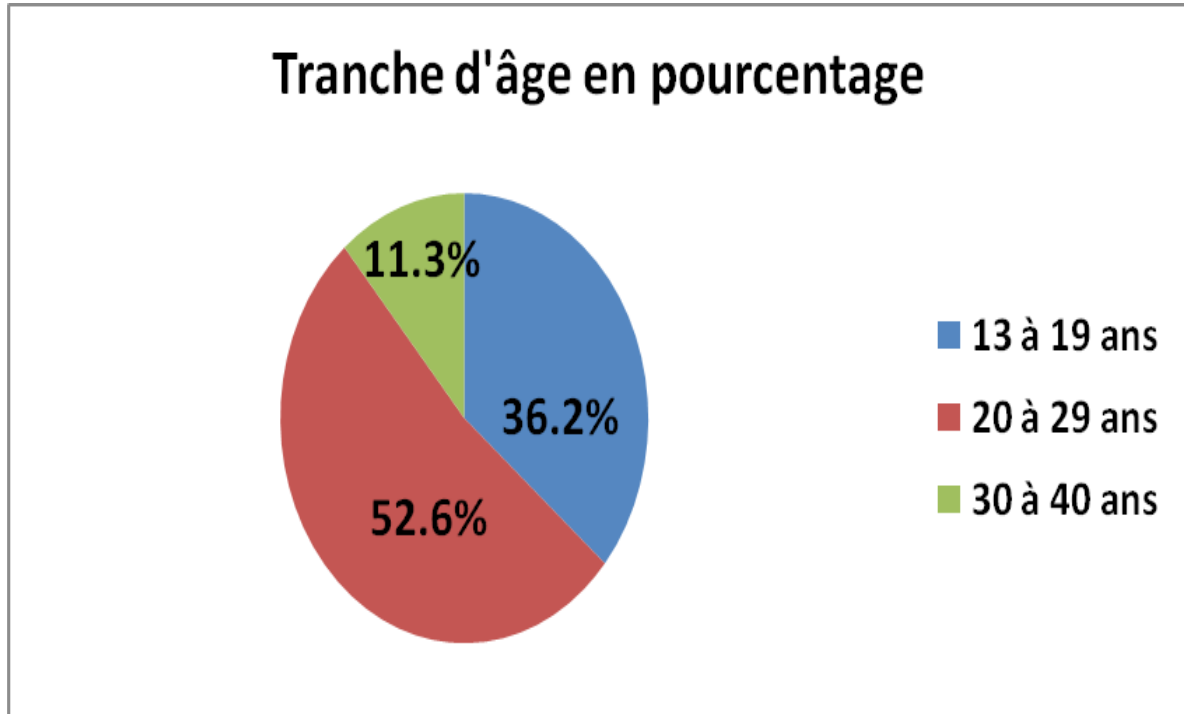


Figure 1 : Répartition des femmes enceintes selon leur tranche d'âge.

Cette figure indique que la tranche d'âge la plus représentée est celle de 20 à 29 ans (52,6%). On note que l'âge minimum des personnes enquêtées est de 13 ans et l'âge maximum est de 40 ans. L'âge minimum pourrait s'expliquer par le fait que de nos jours le mariage précoce fait partie intégrante de nos coutumes.

Tableau I : Répartition des femmes selon leur ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	66	41,3
Dogon	27	16,9
Soninké	24	15
Peulh	19	11,9
Sonrai	7	4,4
minianka	5	3,1
bobo	5	3,1
maure	4	2,5
Autres	3	1,8
Total	160	100

Autres : Dafing, Wolof.

Ce tableau montre que les bambaras représentent l'ethnie majoritaire avec 41,3 %.

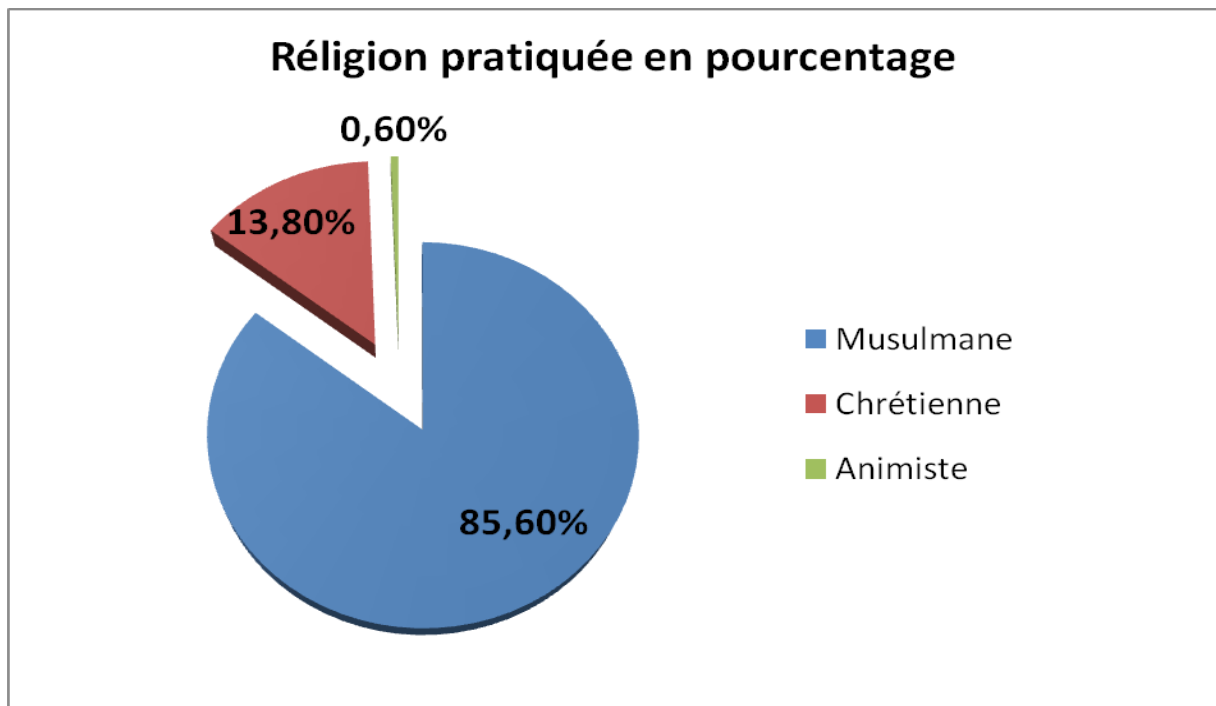


Figure 2: Répartition des femmes enquêtées selon leur religion

Selon cette figure, les musulmans sont majoritaires avec 85,6% suivis des chrétiens (13,8%). Cela s'expliquerait par le fait que le Mali est un pays laïc à majorité musulmane.

Tableau II: Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction

Niveau	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	53	33,1
Primaire	51	31,9
Secondaire	13	8,1
Supérieur	2	1,3

Coranique	33	20,6
Alphabétisé	8	5
Total	160	100

Le Mali est un pays en voie de développement avec un niveau d'instruction faible notamment chez les femmes. Ce résultat note que 33,1% des femmes enquêtées n'ont pas été scolarisées, 31,9% ont atteint le niveau primaire et 20,6% sont passées dans une école coranique.

Tableau III : Répartition des femmes selon leur statut matrimonial

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	21	13,2
Mariée	139	86,8
Total	160	100

Ce tableau indique que les femmes mariées sont majoritaires avec 86,8%. Cela se comprend car dans la plupart de nos sociétés africaines, le mariage constitue le cadre privilégié de la procréation.

Tableau IV : Répartition des femmes selon leur profession.

Profession de la femme	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	88	55
Vendeuse	41	25,6
Fonctionnaire	3	1,9
Teinturière	11	6,9
Aide ménagère	5	3,1
Elève/étudiant	12	7,5
Total	160	100

Ce tableau montre que les ménagères sont majoritaires avec 55%, suivies par les vendeuses (25,6%).les fonctionnaires sont minoritaires avec 1,9%.

Tableau V: répartition des femmes mariées selon la profession de leur mari

Profession du mari	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	38	27,33
Fonctionnaire	27	19,42
Chauffeur	24	17,26
Marabout	12	8,63
Menuisier/mécanicien	23	16,56
Enseignant	12	8,63
Autres	3	2,15
Total	139	100

Autres : Expatriés, jardiniers, pêcheurs.

Ce tableau renseigne sur la profession des maris des femmes enquêtées. Les commerçants sont majoritaires avec 27,33% suivi de fonctionnaires avec 19,42% et chauffeurs (17,26%).

2. Antécédents obstétricaux:

Tableau VI: Répartition des femmes en fonction de leur nombre de grossesse.

Nombre de grossesse	Fréquence	Pourcentage
Une grossesse	52	32,5
2 à 4 grossesses	81	59,6
Plus de 4 grossesses	27	7,9
Total	160	100

Ce tableau indique que 59,6% des femmes sont au moins à leur deuxième grossesse.

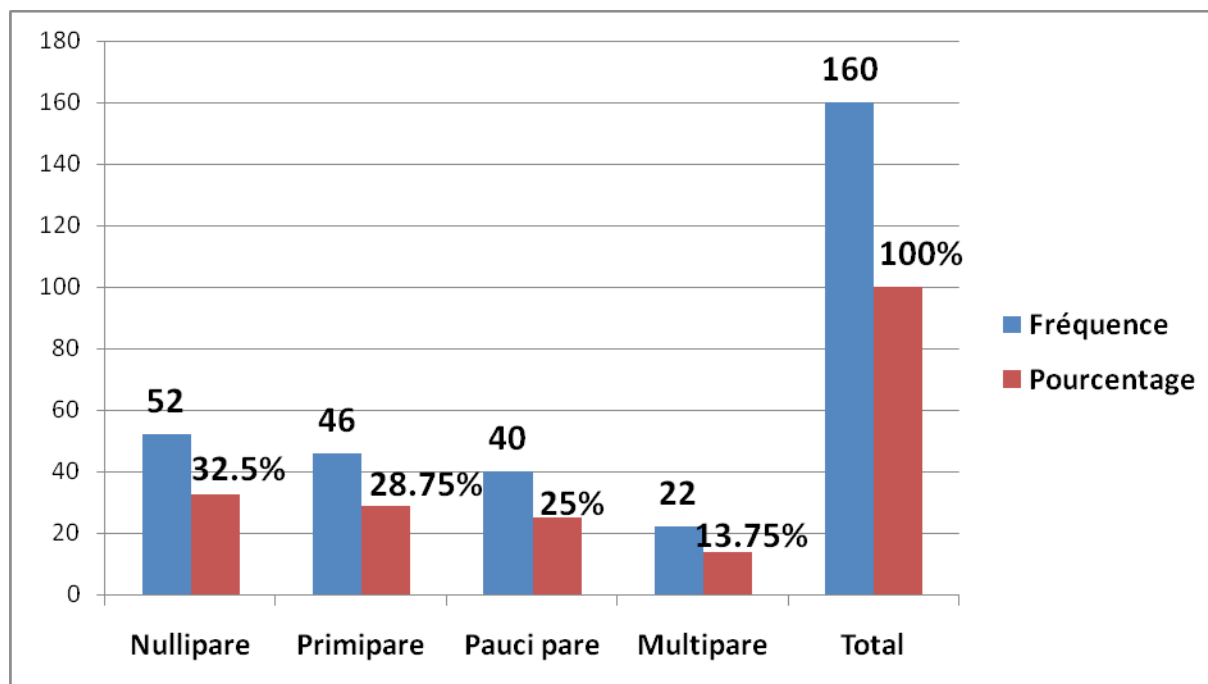


Figure 3: Répartition des femmes en fonction de leur parité

Cette figure indique que 67,5% des femmes ont accouché au moins une fois. On note que 32,5% sont nullipares. Cependant cela ne semble pas avoir un impact sur leur connaissance par rapport à l'importance de la CPN

3. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals :

Tableau VII: Répartition des femmes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN effectuée	Fréquence	Pourcentage
1	80	50,0
2	36	22,5
3	25	15,6
4 et +	19	11,9
Total	160	100

Ce tableau indique que 50% des patientes étaient à leur première CPN pendant que 11,9% étaient à leur quatrième.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la connaissance de l'importance de la CPN.

Connaissance de l'importance de la CPN	Fréquence	Pourcentage
Oui	98	61,3
Non	62	38,8
Total	160	100

Il ressort de ce tableau que 38,8% des femmes ignorent l'importance des CPN. Ceci relève de la responsabilité du personnel soignant qui doit dès la première visite expliquer tout sur la CPN.

4. Connaissances et attitudes de femmes vis-à-vis du paludisme :

Tableau IX. Répartition des femmes selon la connaissance du paludisme

Connaissance du palu	Fréquence	Pourcentage
Oui	155	96,9
Non	5	3,1
Total	160	100

On note dans ce tableau que 96,9% des femmes connaissent le paludisme.

Tableau X: Répartition des réponses des femmes sur les vecteurs du paludisme

Vecteurs	Fréquence	Pourcentage
Moustique seul	97	60,6
Mouches	15	9,3
Aliments huileux	13	8,1
Moustique+autres œufs	12	7,5
sucreries	8	5
fruits	7	4,3
Sorcier	7	4,3
	1	0,6

Total	160	100
--------------	------------	------------

Ce tableau indique que 39,4% des femmes ne savent pas que le moustique est le seul vecteur du paludisme.

Tableau XI: Répartition des femmes selon la connaissance des signes du paludisme.

Signes du paludisme	Fréquence	Pourcentage
Connaissent	97	60,6
Ne connaissent pas	63	39,4
Total	160	100

Ce tableau indique que 39,4% ne connaissent pas les signes du paludisme.

Tableau XII: Répartition des femmes selon la connaissance des moyens de prévention du paludisme

Prévention du paludisme	Fréquence	Pourcentage
Connaissent	107	66,9
Ne connaissent pas	53	44,1
Total	160	100

Ce tableau indique que 66,9% des femmes connaissent les moyens de prévention du paludisme.

Tableau XIII: Répartition des femmes selon la connaissance des conséquences du paludisme sur la grossesse.

Conséquences sur la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Connaissent	72	45
Ne connaissent pas	88	55
Total	160	100

Ce tableau indique que 55% des femmes ne connaissent pas les conséquences du paludisme sur la grossesse. Cette ignorance semble avoir un grand impact sur la non protection de ces femmes contre le paludisme

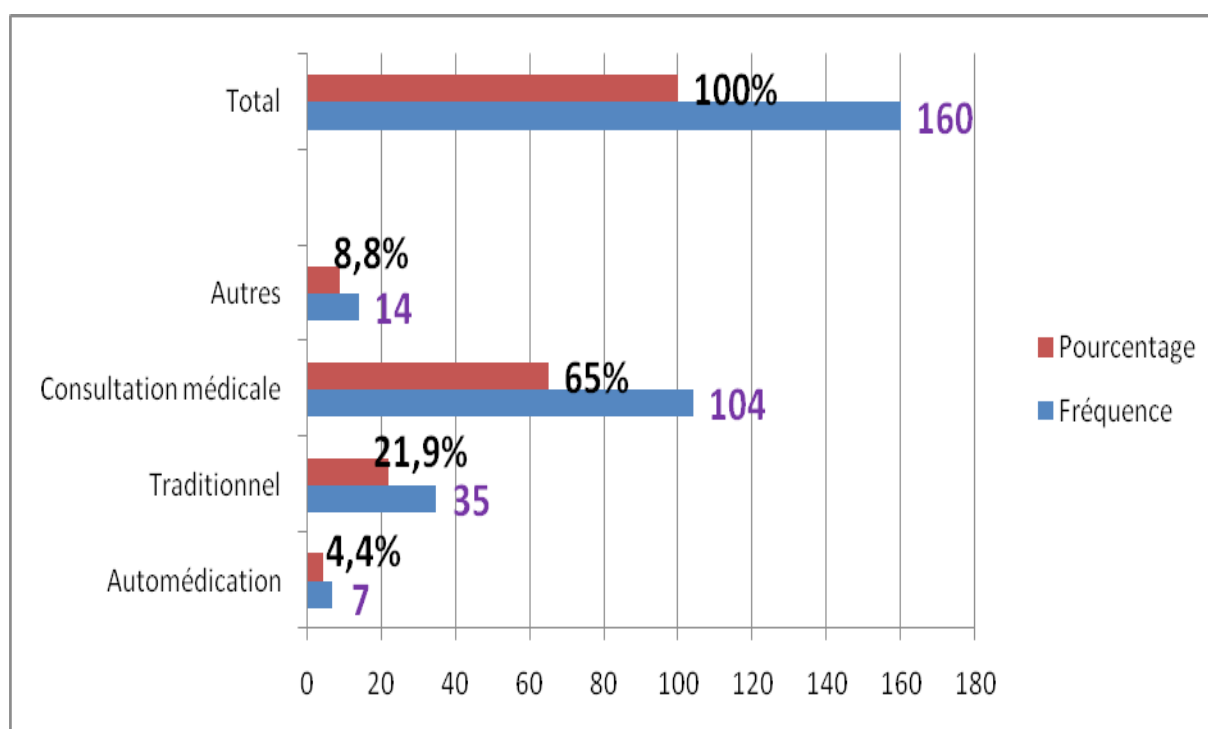


Figure 4 : Répartition des femmes selon leur attitude vis à vis du paludisme

Selon la figure, 65% des femmes enceintes font une consultation médicale en cas de sensation du paludisme.

Tableau XIV : Répartition des femmes enceintes selon la connaissance de l'existence de la gratuité de la prévention et du traitement du paludisme chez la femme enceinte.

Existence de la gratuite	Fréquence	Pourcentage
Connaissent	29	18,12
Ne connaissent pas	131	81,87
Total	160	100

Ce tableau indique que 81,87% des femmes enceintes ignorent que la prévention et le traitement du paludisme sont gratuits chez la femme enceinte.

Tableau XV : Répartition des femmes enceintes ayant bénéficié de la gratuité des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)

Gratuite de MII	Fréquence	Pourcentage
Oui	139	86,9
Non	21	13,1
Total	160	100

Ce tableau montre que 13,1% des femmes n'ont pas bénéficié de la gratuité de la MII lors de leur CPN. Cela peut être lié à une rupture du stock de MII au niveau du centre de santé.

Tableau XVI: Répartition des femmes enceintes ayant gratuitement reçu la Sulfadoxine pyriméthamine (SP)

SP	Fréquence	Pourcentage
Reçu gratuitement	111	69,4
Acheté	49	30,6
Total	160	100

Ce tableau montre que 30,6% des femmes ont acheté la SP lors de leur CPN. Ceci pourrait s'expliquer également par une rupture du stock de la SP au niveau du centre de santé.

Tableau XVII: Répartition des femmes ayant bénéficié des antipaludiques gratuits pour le traitement

Antipaludéens	Fréquence	Pourcentage
Gratuité	25	15,6%
Achat	135	84,4%
Total	160	100

Ce tableau montre que 84,4% des femmes enceintes ont acheté les antipaludiques pour le traitement de leur épisode de paludisme diagnostiqué lors de leur CPN. La non disponibilité du kit du paludisme serait l'unique raison.

Tableau XVIII: Répartition selon les antipaludiques utilisés pour le traitement des femmes enceintes

Antipaludique	Fréquence	Pourcentage
----------------------	------------------	--------------------

Quinine injectable	37	84,1
Non spécifié	7	15,9
Total	44	100

Ce tableau montre que 84,1% des femmes enceintes ont été traitées par la quinine injectable lors de leur épisode paludique. C'est la recommandation de l'OMS qui classe la quinine injectable en première intention dans le traitement du paludisme chez la femme enceinte.

5. Satisfaction des femmes par rapport au service reçu :

Tableau XIX: Répartition des femmes enceintes selon leur satisfaction par rapport au service reçu lors des CPN.

Qualité du service	Fréquence	Pourcentage
Satisfaisante	106	66,3
Peu satisfaisante	44	27,5
Non satisfaisante	10	6,3
Total	160	100

Ce tableau indique que la majorité des femmes enceintes sont satisfaites du service du personnel à 66,3%.

CHAPITRE V : COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Caractéristiques sociodémographiques :

Notre étude menée au CSCOM de Magnambougou a porté sur 160 gestantes dont l'âge minimum est de 13 ans avec 40 ans comme âge maximum. L'âge moyen est de 25,6 ans. La tranche d'âge majoritaire étant 20 à 29 ans soit 52,6%.

Ce résultat est comparable à celui de DABO.C.H.T qui a trouvé 14 ans comme âge minimum, 43 ans comme âge maximum et 24,5 en moyenne. (3)

L'ethnie majoritaire est le Bambara. La plupart (86,8%) des femmes enquêtées sont mariées.

DANSOKO.D.D a trouvé dans son étude que 82,9% des femmes enceintes étaient mariées contre 17,1 % de célibataires (5).

La majorité des gestantes est analphabète avec 33,1% suivi de 20,6% du niveau coranique. Le taux le plus bas est représenté par le niveau supérieur avec 1,3% ; ceci pourra s'expliquer par le fait que le Mali est un pays en voie de développement avec un niveau d'instruction faible de la population notamment chez les femmes.

Sur le plan professionnel 55% des femmes s'occupaient du ménage, 25,6% exerçaient dans le commerce et seulement 1,9% étaient des fonctionnaires.

Ce résultat est semblable à celui de DANSOKO.D.D qui a trouvé 65,8% de ménagères (5).

Par contre leurs époux exercent majoritairement dans le commerce soit 27,33%.

Nous constatons que les musulmanes sont les plus nombreuses représentant 85,6%.

NELLY.A.G a trouvé dans son étude que les maris exerçaient majoritairement dans le commerce avec 27% (11).

2. Antécédents obstétricaux :

Sur le plan obstétrical plus de la moitié des gestantes soit 59,6% étaient entre la deuxième et la quatrième grossesse, 32,5% étaient à leur première, pendant que 7,9% étaient à au moins à leur cinquième grossesse. Cependant 32,5% des gestantes étaient nullipares, 28,75% primipares, 25% pauci pares et 22% étaient des multipares.

3. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals et le paludisme :

Nous constatons que 61,2% des femmes enceintes connaissent l'importance de la CPN, pendant que 50% en avaient fait au moins une.

Ce résultat est proche de celui de NELLY qui avait trouvé pendant son étude que 75,2% des gestantes connaissaient l'importance de la CPN (20).

Sur le plan connaissance, 96,9% des gestantes ont déclaré connaître le paludisme ; 80,6% en connaissent les signes cliniques ; 60,6% savent que le moustique est le seul vecteur et 66,9 % connaissent les moyens de prévention.

Par contre Plus de la moitié soit 55% ignorent son impact sur la grossesse.

DANSOKO.D.D.avait trouvé que seulement 50% des femmes enceintes connaissaient le paludisme et son vecteur(5).

Par rapport à leur attitude face au paludisme, 65% des gestantes affirment faire une consultation médicale contre 21,9% optant pour le traitement traditionnel.

Nos résultats ont montré que 81,8% des gestantes ignorent la prise en charge gratuite de la prévention et du traitement du paludisme chez les femmes enceintes.

Cette ignorance se confirme lorsqu'on trouve que 13,1% des gestantes n'ont pas eu de MII ; 30,6% ont acheté la SP et 84,4% des femmes déclarent avoir payé les AP lors de leur épisode paludique.

Cependant nous constatons que dans le CSCOM de Magnambougou 84,1% des femmes enceintes diagnostiquées paludisme positif sont traitées par la quinine injectable contre 15,9% non spécifié.

Par rapport à la qualité du service les femmes sont satisfaites à 66,3%.

CHAPITRE VI : CONCLUSION

Dans le domaine de la santé maternelle le paludisme constitue l'une des maladies les plus redoutables au Mali, c'est pourquoi le PNLDP déploie tous les moyens afin de réduire au maximum ses conséquences. Au cours de notre étude au CSCOM de Magnambougou nous nous sommes rendu compte de la méconnaissance des femmes par rapport aux conséquences du paludisme gestationnel et de la non prise en charge totale (prévention et traitement) du paludisme chez la femme enceinte.

Nos résultats ont montré que plus de la moitié (55%) des femmes enquêtées ignorent l'impact du paludisme sur la mortalité fœto-maternelle, plus de 80% ignorent la gratuité de sa prise en charge chez les femmes enceintes.

Malgré les efforts engagés dans la lutte contre le paludisme chez les enfants et femmes enceintes, il ressort de notre étude que dans le CSCOM de Magnambougou 30,6% des gestantes n'ont pas bénéficié pas de la gratuité de la SP, 13,1% n'ont pas eu de MII et 84,4% des femmes enceintes ont acheté les antipaludiques pour le traitement de leur épisode paludique.

L'unique raison évoquée par le personnel soignant a été une rupture de stocks d'intrants pendant la période d'étude.

CHAPITRE VII : RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les principales recommandations relatives à la politique de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte sont les suivantes:

A l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers

- Accroître la couverture en MII chez la femme enceinte.
- Renforcer la Sensibilisation autour des utilisations des MII.
- Assurer une meilleure distribution de la SP au cours de la grossesse.

A l'endroit des prestataires de service

- Aider le PNLP dans la formation et l'information des femmes sur les risques du paludisme de la femme enceinte.
- Renforcer et encourager les campagnes de sensibilisation à l'endroit des femmes pour la fréquentation des centres de santé.
- Insister sur l'importance des MII et de la SP pendant la grossesse.
- Distribuer les MII dès la première CPN.
- Rechercher systématiquement le paludisme chez toutes femmes enceintes fébriles.
- Assurer la prise en charge précoce et correcte de tous les cas de paludisme sur grossesse selon la recommandation du PNLP au Mali.

A la population

- Assurer une consultation prénatale précoce dans les centres de santé.
- Participer aux séances de communication pour le changement de comportement (CCC).
- Encourager les femmes enceintes à mieux utiliser les MII.

REFERENCES

- 1. Brahim J.B.** Risque du paludisme pendant la grossesse dans le district de Bamako. Thèse de médecine, 1991, p : 26
- 2. Coulibaly Y.T.** Place du paludisme dans l'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la commune V à propos de 100 cas, thèse de médecine, Bamako : 2211, P : 96
- 3. Dabo C.T.H.** Effet comparé de deux schémas de prévention du paludisme au cours de la grossesse à Faladiè (Kati), thèse de médecine, 2005, P : 5-6.
- 4. Danis M., Moucher J.** Le paludisme, Universités francophones. Ellipse /AUPELF. Edition Marketing/Ellipse.1991
- 5. Dansoko D.D.** Impact du TPI à la SP sur la prévention du paludisme maternel au Mali (Kolokani-Kita) ; thèse de médecine ; 2005 .p :106 ;
- 6. Dembélé H.** Paludisme et grossesse, saisonnalité et relation avec l'anémie et le petit poids de naissance à Bougouni (hameau de culture) dans la région de sikasso. Thèse de médecine, Bamako, 1995, n°40, p : 134
- 7. Diagne N., Roger C., Cisse B., Trape G.F.** Incidence of clinical in pregnant women exposed to intense perennial transmission. Trans. R Soc Trop Med Hyg.1997.Mar-Apr.91 (2): 166-170
- 8. Diassana M.** Place du paludisme dans l'origine des accès fébriles observés au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako, thèse de médecine, Bamako, 2006, n°129, p: 60
- 9. Diawara M.K.** Efficacité comparée de deux schémas du traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine pyriméthamine chez la femme enceinte

- 10. Famanta A.** Prévalence du paludisme au cours du travail d'accouchement et en post-partum à l'ASACOSAB I de Sabalibougou. Bamako, 2010, p : 18,19
- 11. Gbessmehlan N.A.** Evaluation des connaissances et pratiques des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans la commune II du district de Bamako : Cas du quartier de Medina courra, thèse de médecine, Bamako, 2011, p :
- 12. Haidara M.** Paludisme et grossesse dans le service gynécologique de l'hôpital Gabriel Touré, Bamako, Université de Bamako, 2000, n°84
- 13. Ibrahim A.** Paludisme au premier trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako, 2010,
- 14. Kanté A.** Paludisme grave et compliqué dans le CSCOM de N'tomikorobougou. *Thèse de Méd., Bamako, 2005 ; N°231 ; P : 38*
- 15. Koita O.** Contribution à l'étude épidémiologique du paludisme le long du tronçon malien de la route transsaharienne .thèse de pharmacie, Bamako, 1995, n°11, p : 156
- 16. Kouma D.** Contribution à l'étude de l'association paludisme et grossesse dans le centre de santé de référence de la commune II. Thèse de médecine, Bamako, 2000, n°11, p : 8
- 17. Ministère de la santé, Direction Nationale de la santé(DNS).** Annuaire statistique, Système Local d'Information Sanitaire(SLIS), 2008, p :
- 18. Ministère de la santé.** Programme national de lutte contre le paludisme. Bamako, MALI, 2000, p : 2
- 19. Ministère de la santé.** Recensement général de la population et de l'habitat, annuaire statistique du système local d'information sanitaire de la commune 6, Bamako, 2009

- 20. OMS.** Directives pour le traitement du paludisme. 2e édition, Genève 2011, p: 11; 45
- 21. OMS.** Rapport mondial 2010 », Genève, 2010, p: 1
- 22. OMS.** Rapport mondial 2008 », Genève ; 2008 ; p: 1
- 23. OMS.** Rapport mondial 2009 ; Genève ; 2009 ; p: 1
- 24. PNLP.** Directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali ; février 2011, p : 25
- 25. PNLP.** Politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali, Bamako, mai 2010, p : 35
- 26. Roll Back Malaria.** Le paludisme et la grossesse. RBM infost hed n°3 .www.rbn.who.int /cmc.19 juin 2008
- 27. Samaké O.** Efficacité de la chimio prévention de la Sulfadoxine pyriméthamine sur le paludisme chez la femme enceinte dans le cercle de Baraouli. Thèse de Médecine, 2006, n°31,50p, p :1
- 28. Sangaré M.** Paludisme et grossesse .Vie et santé, thèse de médecine, Bamako, 1992, n°10, p : 13_14
- 29. Steketee R.W., Warima J.J., Higtower A.W., Slutsker., Heymann D.L., Breman J.G.** The effet of malaria and malaria prevention in pregnancy on offspring birth weight, prématury and intraurine growth retardation in rural Malawi.The American journal of tropical medicine and hygiene.Malawi, 1996:55(1suppl):33_41
- 30. Traore A.** Association paludisme et grossesse dans le centre de référence de la commune v. Bamako, Université de Bamako, 2008, n°223

31. Wheite J.N. Plasmodium Knowlesi: The fight human malaria parasite
clininfect dis.2008 Jan 15; 46(2):172_3.

ANNEXES :

Annexe 1 : Fiche d'enquête femmes enceintes

1) No de fiche / ___ / 2) Date de l'enquête: / _____ / 3) commune: / ___ /

4) quartier: / _____ /

Caractéristiques sociodémographiques

5) Age / ___ /ans

6) Ethnie / _____ / 1= bambara, 2= peulh, 3=sonrhaï, 4=Soninké, 5=dogon, 99=autres

7) Profession / _____ / 1= ménagère, 2=vendeuse, 3= fonctionnaire ,4=teinturière, 5=aide ménagère, 6=élève, 99=autres

8) Niveau d'instruction / _____ / 1=non scolarisé, 2= fondamental, 3= secondaire,

4=supérieur, 5=coranique ,6=alphabétisation

9) religion: / _____ / 1=musulmane ; 2=chrétienne ,3=traditionnaliste

10) situation matrimoniale / _____ / 1=célibataire, 2=mariée, 3=divorcée, 4=veuve

11) profession du mari / _____ / 1=commerçant, 2=fonctionnaire, 3=chauffeur, 4=marabout ,5=menuisier, 6=enseignant, 99 =autre

Antécédents obstétricaux

12) Nombre de grossesse / _____ /

13) parité / _____ /

14) Nombre d'enfant vivant / _____ /

15) Nombre d'avortement / _____ /

16) Nombre d'enfant décédé / _____ /

17) Nombre de mort-né / _____/

Observance et adhérence aux CPN

18) avez-vous fais la CPN lors de vos grossesses précédentes ?/ _____/

1=oui 2=non

19) si oui, combien de fois lors de la grossesse précédente ? / _____/

20) si non : pourquoi ?/ _____/

1=1ère grossesse,2=cout cher,3=ignorait la grossesse

21) Connaissez vous l'importance de la CPN ? / _____/

1=oui 2=non

22) si oui : la quelle ?/ _____/

1=Protège la mère et le bébé ;2=Protège la mère ;3=Protège le bébé

23) Nombre de CPN pour la grossesse présente / _____/

24) Age de la grossesse :.....

Attitude vis-à-vis du paludisme

25) Connaissez-vous le paludisme ? / ___/ 1=oui, 2=non

26) Selon vous qu'est ce qui provoque le paludisme ?/ _____/

1=moustique 2=fruits 3=œufs ,4=1+autre chose, 5=Sorcier, 99=autres

27) Selon vous quels sont les signes du paludisme ?/ _____/

1=fièvre, 2=vomissement, 3= frisson, 4=céphalée, 5=courbature, 6=nausée, 7=vertige, 99=autres

28) Selon vous le paludisme peut-il se compliquer ? / _____/

1=oui 2=non

29) si oui : quels sont les signes de complication ? / _____/

1= convulsion, 2=comas, 3=anémie, 4=mort,99=autres

30) Connaissez-vous les conséquences du paludisme sur la grossesse ?

/____/ 1=oui 2=non

31) si oui : lesquelles.....

32) connaissez-vous les moyens de prévention du paludisme ?

/_____/ 1= oui 2=non

33) si oui lesquels

34) Que faites vous en cas de paludisme pendant la grossesse ? /_____/

1=automédication 2=traitement traditionnel 3=consultation médicale 99=autres

Utilisation des MII

35) Connaissez vous la MII ? /_____/ 1=oui 2=non

36) connaissez vous les avantages d'une MII ? 1=oui 2=non

37 Si oui : les quels ?.....

38) Dormez-vous sous moustiquaires imprégnées ?/_____/ 1=oui 2=non

39 Savez-vous que les moustiquaires imprégnées sont offertes gratuitement aux femmes enceintes ?/_____/1= oui 2=non

40) Avez-vous reçu gratuitement la MII lors de vos grossesses précédentes

/_____/ 1=oui 2=non

Utilisation de la SP

41) Avez-vous l'habitude de prendre la SP lors de vos grossesses précédentes ?

/ _____ / 1=oui 2=non

42) Savez vous que la SP est offerte gratuitement aux femmes enceintes ?/ _____/

1=oui 2=non

43) Avez-vous reçu la SP pour la grossesse présente ?/ _____/

1=oui 2=non

44) Avez-vous déjà acheté la SP lors d'une grossesse ?

1=oui 2=non

45) Savez-vous qu'on donne gratuitement le traitement du paludisme aux femmes enceintes ?/ _____/ 1=oui 2=non

46) Avez-vous déjà acheté les antipaludéens lors d'une grossesse ?

47) Avez-vous eu le paludisme au cours de grossesse ?

1=oui 2=non

48) Si oui quel a été votre traitement ?/ _____/

1=perfusion de quinine,2=non spécifié,3=traditionnel

Satisfaction des femmes par rapport au service offert

49) Etes vous globalement satisfaite du service reçu lors de vos CPN? / _____/

1 : satisfaite 2 : peu satisfaite 3 : non satisfaite

Annexe 2 : Fiche signalétique

Nom : BABY

Prénom : Fatma Tahra

Nationalité : Malienne

Titre : politique de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte dans le CSCOM de Magnambougou

Date de soutenance : Le 26 /07/2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'université des techniques et des technologies de Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique gynécologie

Annexe 3 : Résumé

La santé de la mère et de l'enfant est une préoccupation majeure de la santé publique. C'est dans ce cadre que nous avons mené cette étude afin de déterminer le niveau d'accès des femmes enceintes au traitement antipaludique dans le CSCOM de Magnambougou. Notre étude a montré que la majorité des participantes étaient non scolarisées soit 33%. Nous avons constaté que plus de 90% des gestantes connaissent le paludisme, plus de 60% en connaissent les signes cliniques et savent que le moustique est le seul vecteur ; par contre plus de la moitié (55%) ignorent son impact sur la grossesse.

Au CSCOM de Magnambougou, 81,8% des femmes enceintes ne savent pas que la prise en charge du paludisme est gratuite au Mali. Notre étude a montré que 13,1% des gestantes n'ont pas eu de MII ; 30,6% ont acheté la SP et plus de 80% ont payé les antipaludéens lors de leur épisode paludique.

Mots-clés : Paludisme, Politique nationale, Femme enceinte, CSCOM, Magnambougou.

Annexe 5 : Attestation de formation

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DE L'ALPHABÉTISATION ET DES LANGUES NATIONALES	REPUBLIQUE DU MALI UN PEUPLE-UN PEUPLE-UNE FOI
DIRECTION NATIONALE DE L'ÉDUCATION DE BASE	
	
ATTESTATION DE FORMATION N° <u>11609</u> /MEALN-DNEB	
Je soussigné, le Directeur National de l'Éducation de Base atteste que	
M. <u>Fatma Tahra Baby</u>	
Né(e) le <u>23 août 1982</u> à <u>Léré/Niafunké</u>	
à régulièrement suivi la formation d'Initiation à la Lecture, à la Transcription et à la	
Méthodologie de l'enseignement de la Langue Nationale... <u>Bamanan</u>	
Du <u>06 juin</u> au <u>1^{er} juillet 2011</u> à <u>Bamako</u>	
En foi de quoi, je lui délivre la présente attestation pour servir et valoir ce que de droit	
Bamako, le <u>04 juillet</u> 2011	
SIGNATURE DU TITULAIRE	P/LE DIRECTEUR NATIONAL DE L'ÉDUCATION DE BASE P.O. LE DIRECTEUR ADJOINT
	

Annexe 4 : Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.