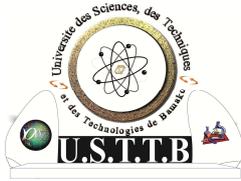


-----=0=-----



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO.



FACULTE DE MEDECINE ET D'OTONTOSTOMATOLOGIE

Année Universitaire 2013-2014

Thèse N° / ___ /

**ANALYSE RETROSPECTIVE DES CONSULTATIONS
EXTERNES, PRENATALES ET POSTNALES DE L'ANNEE
2012 ET ETUDE DE CAS COURANTS AU NIVEAU DU
CSCOM DE LA COMMUNE RURALE DE BANGUINEDA-
CAMP (CERCLE DE KATI, REGION DE KOULIKORO).**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../.....
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
De l'Université des sciences des techniques et des technologies Bamako

Par :

Mr. YOUSOUF TRAORE

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

Jury:

Président : Professeur SEKOU FATAMADY TRAORE

Membres : Docteur NIELE HAWA DIARRA

Codirecteur : Docteur BOUBACAR SANGARE

Directeur : Professeur SAMBA DIOP

DEDICACES

Je dédie ce travail

A ALLAH, le tout puissant, le clément, le miséricorde. Vous qui savez tout, qui avez voulu et permis que ces jours arrivent, sans votre bénédiction rien ne serait possible.

Merci pour le vécu et pour le futur.

Au prophète Mohamed, que la paix et la bénédiction d'ALLAH soit sur lui, sa famille, et ses compagnons. Qui nous incite à la recherche. Ma prière est d'être toujours fidèle à votre parole et d'être un modèle.

A feu papa paix à son âme et à maman

Vous aviez pris soins de moi, rassuré et réconforté ! J'ai reçu de vous l'éducation dans la joie et l'amour ! Tout ce que je suis aujourd'hui c'est à vous que je le dois !

Que ce travail soit source de joie pour vous et pour tous les parents du monde entier.

« A ya barika »

REMERCIEMENTS

A mon pays le MALI et à ses autorités d'avoir rendu l'enseignement gratuit.

A tous mes enseignants depuis le primaire jusqu'à la faculté.

A l'ensemble du corps professoral de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie pour la qualité des cours dispensés.

A mes tontons, merci beaucoup pour votre soutien

A mes tantes toutes ma reconnaissance, mon affection pour votre accompagnement.

A mes cousins et cousines je penserais toujours à vous.

A la famille TRAORE, COULIBALY, DIOP, vos soutiens m'ont permis de rester optimiste durant ces années d'études merci pour tous ce que vous avez fait pour moi

A mes aînés docteurs, mes camarades de promotion, mes amis. En souvenir des moments passés ensemble.

A tout le personnel du CSCOM de Baguineda-camp ce travail est surtout le votre.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail, recevez ici notre plus grande joie nous ne vous dirons jamais assez merci.

Hommage aux membres du jury

- **Professeur Sékou Fantamady TRAORE**
- ✓ **Maitre de conférences en entomologie**
- ✓ **Co-directeur de la MRTC**
- Cher maître, vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider ce jury.
- Nous avons été séduits par la qualité de votre savoir scientifique.
- Trouvez ici toute notre admiration ainsi que notre profond respect.

A notre maître et membre du jury

- **Docteur Niélé Hawa DIARRA**
- ✓ **Médecin chercheur au DER de santé publique à la FMOS**
- Cher maître, C'est un grand honneur et une source de joie pour nous de vous avoir parmi les membres du jury malgré vos multiples occupations.
- Votre présence dans ce jury nous reconforte énormément.
- Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer nos remerciements les plus sincères.

A notre maitre et co-directeur

Dr Boubacar Sangaré

Médecin chef du CSCOM de Baguinéda-camp

Cher maitre,

Vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre du travail.

Votre simplicité, votre humilité, votre rigueur dans le travail et votre dévouement font de vous un exemple pour nous les jeunes.

Recevez notre profonde gratitude et reconnaissance pour nous avoir aidés à améliorer la qualité de ce travail.

A notre maître et Directeur de thèse

- **Professeur Samba Diop**
- ✓ **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- ✓ **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de Santé publique de la FMOS**
- ✓ **Membre du comité d'éthique de la FMOS et du Comité national d'éthique pour les sciences de la santé et de la vie**
- ✓ Cher Maître, c'est un honneur pour nous de profiter de votre rigueur scientifique, de la valeur de vos connaissances.
- ✓ Votre compétence et votre engagement pour un travail bien fait, forcent l'admiration et le respect.
- ✓ Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos remerciements les plus distingués.

Sigles et Abréviations

AG: Assemblée Générale.

ASACO: Association Santé Communautaire

BW : Bordet et Wasserman

CA: Conseil d'Administration

CPN: Consultation Périnatale

CPON : Consultation Postnatale

CSCOM: Centre de Santé Communautaire

CSREF: Centre de Santé de Référence

DCI: Dénomination Commune Internationale

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EDS: Enquête Démographique et de Santé

FAF : Fer + Acide Folique

HTA : Hypertension Artérielle

Km : Kilomètre

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisme non gouvernemental

OPIB : Office du périmètre irrigué de Baguinéda

PEV: Programme Elargi Vaccination

PMA: Paquet Minimum d'Activités

RACE: Recensement Administratif à Caractère Electoral

SA : Semaine d'Aménorrhée

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

TDR : Test de Dépistage Rapide

TV: Toucher Vaginal

VAT: Vaccin Anti Tétanique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1 - 3
II.	GENERALITES.....	4- 18
	A. CONSULTATION PRENATALE	
	B. CONSULTATION POSTNATALE	
	C. CONSULTATION MEDICALE	
III.	METHODOLOGIE.....	19 - 29
	A. Cadre d'étude	
	B. Lieu d'étude	
	C. Type et période d'étude	
	D. Population d'étude	
	E. Outils et technique	
	F. Analyse des données	
IV.	RESULTATS	30 - 41
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	42 - 43
VI.	CONCLUSION	44
VII.	PROPOSITIONS	45
VIII.	REFERENCES	46
IX.	ANNEXES	52

Liste des tableaux

Tableaux	Titres	Pages
I	liste des médecins, infirmiers d'état et sages femmes	24
II	Programme hebdomadaire des activités du CSCOM	27
III	Tarification des actes médicaux au CSCOM de Baguinéda	28
IV	Tableau de bord de premier échelon de l'aire de santé du CSCOM de Baguinéda en 2012.	30
V	Répartition des patients selon la résidence	31
VI	Répartition des patients selon le sexe	31
VII	Répartition des patients selon l'ethnie	32
VIII	Répartition des patients selon la profession	32
IX	Répartition des patients selon la classe d'âge	33
X	Répartition des patients selon la consultation	33
XI	Répartition des patients selon la réalisation du test de dépistage rapide du paludisme	33
XII	Répartition des patients en fonction du diagnostic	34
XIII	Répartition des antibiotiques prescrits par famille chez les patients vus en consultations externes	34
XIV	Répartition des antalgiques prescrits chez les patients vus en consultation externe	35
XV	Répartition des antiparasitaires prescrits chez les patients vus en consultation externe	35
XVI	Répartition des gestantes selon leur résidence	35
XVII	Répartition des gestantes selon leur statut matrimonial	36
XVIII	Répartition des gestantes selon leur classe d'âge	36
XIX	Répartition des gestantes selon la parité	36
XX	Répartition des gestantes selon leur antécédent d'avortement	37
XXI	Répartition des gestantes selon le nombre d'enfant vivant	37
XXII	Répartition des gestantes en fonction de l'âge de la grossesse lors de la première CPN	37
XXIII	Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN réalisé	37
XXIV	Répartition des gestantes selon la fréquence de réalisation des variables liées à l'examen physique	38
XXV	Répartition des gestantes en fonction des facteurs de risque décelés lors de la CPN	38
XXVI	Répartition des gestantes selon la fréquence de réalisation de la prescription des médicaments préventifs et curatifs	38
XXVII	Répartition des mères en fonction de leur résidence	39
XXVIII	Répartition des mères selon nombre de consultation	39

XXIX	Répartition des mères selon leur profession	39
XXX	Répartition des mères selon la tranche d'âge	40
XXXI	Répartition des mères selon la gestation	40
XXXII	Répartition des mères selon la parité	40
XXXIII	Répartition des mères selon la fréquence de la réalisation des variables liées à l'examen physique	41
XXXIV	Répartition des mères selon le diagnostic	41
XXXV	Répartition des mères selon la fréquence de la réalisation de la prescription des médicaments préventifs et curatifs	41

I. INTRODUCTION

«La santé communautaire est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie, et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires »selon Jean ROCHON. [29]

Le CSCOM de la commune rurale de Baguinéda-camp, à l'instar de tous les CSCOM du Mali s'inscrit dans le cadre général de la déclaration d'Alma –Ata de 1978 invitant les gouvernements à élaborer des politiques nationales prenant en compte les soins de santé primaire dans leur système national de santé.

Suivant cette déclaration l'importance des soins de santé communautaire reflète les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays. [1]

Selon les données de la banque mondiale on déplore chaque année dans les pays en développement le décès de 500.000 femmes suite aux complications d'une grossesse ou d'un accouchement. [27]

Selon l'O.M.S chaque année 350.000 femmes meurent de causes liées à la grossesse et environ 8millions d'enfants meurent avant l'âge de cinq ans dont 40% pendant le mois qui suit la naissance. [22]

Au Mali selon l'enquête démographique et de santé (EDSM IV) réalisé en 2006, le taux de mortalité maternelle était de 464/100.000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile était de 96/1.000.

Nous constatons qu'avec un minimum de soins préventifs, de dépistage et de traitement d'éventuelles complications pendant la période obstétricale on peut sauver la vie des millions de femmes et de nouveau-né. En effet les consultations prénatales rendues systématiques dans les pays occidentaux, la mortalité maternelle et périnatale ont été réduites de façon significative. [20]

Au Mali, après la mise en œuvre des soins de santé primaire qui ont montré leurs limites par rapport aux attentes pressantes des populations, la politique sectorielle de santé et de population a vu le jour le 15 décembre 1990. Elle met un accent particulier sur l'implication des communautés bénéficiaires non seulement dans la réalisation des infrastructures sanitaires mais aussi et surtout dans la gestion et la prise en charge des soins de santé.

Cette politique de santé et de population depuis sa déclaration par le gouvernement a permis de nos jours la réalisation de 826 centres de santé communautaires à proximité des populations facilement accessible. Il fonctionne selon un mode de gestion autonome à travers

un comité de gestion. Il bénéficié de l'appui technique des centres de santé de référence des districts sanitaires.

Il a pour mission d'assurer un paquet minimum d'activités de soins de santé préalablement définis. Ce paquet comprend trois grands domaines de soins: les soins curatifs, préventifs et promotionnels.

Ce paquet minimum répond aux besoins prioritaires de santé des communautés rurales et urbaines de notre pays. La création du centre de santé communautaire de Baguinéda camp en 1996 répond aux aspirations de sa population au regard de cette politique. Plusieurs activités de soins sont menées dans ce centre notamment les consultations prénatales, postnatales, et externes. Le principal centre d'intérêt de ce travail réside dans la présentation des différentes activités de l'année 2012.

OBJECTIF GENERAL

- Faire une étude rétrospective des consultations prénatales, postnatales et consultations externes dans le centre de santé communautaire de Baguinéda camp de janvier à décembre 2012.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Dégager les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- Dégager les procédures des consultations prénatales et postnatales.
- Dégager la prévalence des principaux diagnostics chez les patients.
- Dégager la prévalence des médicaments prescrits chez les patients.

II. GENERALITES

A. Consultation prénatale :

1 Historique de la consultation prénatale

L'histoire de la CPN moderne semble avoir débuté 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 [18] et les Américains à leur instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 [14].

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 prénatals ;
- 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.

Reynolds F.N 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 [18].

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. [16] 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. [16, 15, 31, 30, 25]

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) [17].

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 »

[21] 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) » [7].

Les années 1980, à part quelques remises en question sporadiques [8, 12, 18], furent les années d'engouement pour ce nouveau paradigme. 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 » [7], 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 décision 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 décision programmatique. 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.

2 Aspects techniques de la consultation prénatale :

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

- vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- traiter ou orienter la femme, le cas échéant, vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un facteur de risque décelé ;
- établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence.

3 Consultation prénatale recentrée

3.1. 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'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.

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

3.2. Conditions et éléments de la CPN recentrée :

- **Conditions :** Ce sont,
 - un prestataire qualifié;
 - une éducation sanitaire;
 - un local adéquat.
- **Éléments :** Ce sont :
 - la détection et le traitement précoces des complications de la grossesse ;
 - la prévention des maladies et des complications ;
 - la préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications ;
 - la promotion de la santé [5].

La consultation prénatale recentrée programme quatre visites au cours de la grossesse chez une femme à faible risque :

- Première visite : avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.

- Deuxième visite : entre la 15^{ème} et la 27^{ème} semaine d'aménorrhée ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.
- Troisième visite : entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée.
- Quatrième visite : à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée.

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

D'autres visites peuvent être effectuées selon l'état de la femme.

4. Première consultation prénatale :

Elle comporte les temps essentiels suivants :

a. Interrogatoire :

- **Identification de la femme :** Nom, prénom, âge, ethnie, profession, niveau scolaire, état matrimonial et résidence.
- **Antécédents de la femme enceinte**
 - **Médicaux :** Tels que l'HTA, le diabète, les affections cardiaques, la drépanocytose, et l'asthénie.
 - **Obstétricaux :** Tels que la gestité, la parité, le nombre de fausses couches spontanées ou provoquées, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants décédés et l'âge de décès de ces enfants, le nombre de mort-nés, le nombre de césarienne, de forceps ou de ventouse.
 - **Habitudes alimentaires :** on peut citer : le tabac, l'alcool, le régime alimentaire (variétés d'aliments), etc.
- **Histoire de la grossesse :** Elle comprend :
 - le début de la grossesse (la date des dernières règles);
 - les signes sympathiques de la grossesse : ils apparaissent vers la fin du 1^{er} mois de la grossesse et disparaissent dans le courant du 4^{ème} mois. Il s'agit:
 - des troubles digestifs à type de nausées, de vomissements, de météorisme, d'hyper-sialorrhée, de la modification de l'appétit, de la constipation (pyrosis) ;
 - des troubles neurologiques qui sont : l'irritabilité, la somnolence, la fatigue, etc.
 - des troubles hormonaux qui sont : la tension mammaire, le prurit vulvaire [3].

b. Examen physique : Il comprend,

- **Un examen général** qui précisera : l'état général de la femme enceinte, le poids, la taille, la mesure de la tension artérielle, la température, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, l'auscultation cardio-respiratoire.

- **Un examen obstétrical complet** qui se fait sur la femme en position gynécologique, les jambes légèrement fléchies.

Ce dernier comporte:

- **Examen des seins** : il recherche les modifications mammaires, la tension mammaire, la pigmentation de l'aréole qui s'accroît, l'augmentation du volume des tubercules de Montgomery et la saillie de l'aréole plus ou moins œdémateuse, vue de profil bombée comme un verre de montre, la sécrétion de colostrum généralement plus tardive [3].
- **Examen de l'abdomen** : au palper on recherche l'utérus qui est augmenté de taille.
- **Au spéculum** : on observe l'aspect macroscopique du col et des parois vaginales.
- **TV combiné au palper abdominal** est le mode d'exploration essentiel. Il permet de recueillir les signes les plus sûrs de la grossesse. La vessie étant vide, l'abdomen bien dégagé et détendu, il explore le col, sa position, sa consistance, sa longueur, son ouverture, le corps de l'utérus qui est augmenté de volume en des degrés variables selon l'âge de la grossesse.

Il recherche aussi le signe de Noble (les doigts suivant le cul de sac latéral au lieu de s'enfoncer librement, viennent buter contre le pourtour évasé de l'utérus : signe de Noble positif).

c. Examens complémentaires

Selon les politiques, normes et procédures en vigueur au Mali pour la surveillance prénatale [5] nous avons:

Les examens obligatoires à la déclaration d'une grossesse :

- le groupage sanguin et le rhésus;
- la sérologie syphilis selon la technique du BW (Bordet Wassermann);
- le test d'Emmel;
- la recherche d'albumine et du sucre dans les urines;
- le taux d'hémoglobine ou la NFS.

Il faut l'échographie pelvienne de datation en cas surtout de doute sur le terme de la grossesse, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite à tenir ultérieurement. Elle sera demandée aussi pour préciser le siège intra-utérin de la grossesse et son évolutivité.

Les examens facultatifs : Ils seront demandés en fonction des antécédents de la gestante, ou en fonction des signes ou pathologies rencontrés au cours des examens périodiques. Ce sont : la sérologie toxoplasmose et la sérologie rubéole qui seront demandées en cas surtout d'antécédent de fausse couche spontanée; l'azotémie, la créatininémie, l'uricémie, la glycémie et l'échographie doppler, seront demandées en cas surtout d'HTA ; la sérologie VIH sera

demandée après consentement de la gestante ; l'ECBU sera demandé en cas de signe d'infection urinaire (pollakiurie, dysurie, brûlure mictionnelle ...) et le prélèvement vaginal sera demandé en cas de signe d'infection génitale (vulvo-vaginite).

d. Soins préventifs: MII, SP, VAT, FAF, conseils hygiéno-diététiques.

e. Préparation à l'accouchement.

f. Soins curatifs si nécessaire.

g. Donner le rendez-vous de la prochaine visite.

4. Autres consultations:

a. L'interrogatoire : recherche les signes et les pathologies intercurrents ainsi que les autres plaintes de la gestante.

b. L'examen physique :

Il comprend toujours un examen général comportant les éléments cités précédemment, et un examen obstétrical qui recherchera en fonction du terme de la grossesse les éléments suivants:

- une galactorrhée à l'examen des seins ;
- le grand axe de l'utérus ;
- la mesure de la hauteur de l'utérus ;
- la présence de bruits du cœur du fœtus ;
- le mouvement actif du fœtus ;
- la présentation du fœtus;
- l'inspection visuelle du col au spéculum ;
- le toucher vaginal.

L'échographie obstétricale sera demandée au deuxième trimestre de la grossesse (22 SA) pour l'étude morphologique du fœtus.

Au troisième trimestre, elle doit être demandée surtout entre 30 et 34 SA, pour déterminer la biométrie fœtale (ce qui permet de s'assurer de son état eutrophique par rapport au terme), l'insertion placentaire, la présentation du fœtus et la quantité du liquide amniotique [3].

5. L'examen du neuvième mois :

Il doit établir le pronostic de l'accouchement, et prévoir les conditions de l'accouchement. Il comprend:

- un examen général et obstétrical qui va rechercher les éléments cités précédemment.
- l'examen obstétrical doit apprécier l'état du bassin.

Le bassin est apprécié de trois manières :

- La pelvimétrie interne ou toucher mensurateur.
- La radiopelvimétrie.

- La pelvimétrie externe à l'aide d'un pelvimètre.

Le bassin est soit normal, dans ce cas l'accouchement est favorable par la voie naturelle ; soit il est limite et on fera alors recours à l'épreuve du travail ou il est généralement rétréci ou même peut avoir des déformations (asymétrie, cals osseux ou vicieux et cyphose ou lordose) dans ce cas l'accouchement se fera par césarienne élective.

6. Définitions des termes utilisés en CPN :

a. Qualité de soins :

La qualité de soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant les risques.

Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable en risque et bénéfices [13].

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

b. Evolution:

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.

c. Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises pour chaque service offert [28].

d. Les procédures :

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des soins de qualité par les prestataires [5].

e. Mortalité maternelle :

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou le soin qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite [26].

f. Taux de mortalité maternelle:

C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 grossesses, parfois exprimé pour 100 000 femmes en âge de procréer [26].

g. La grossesse:

C'est l'état qui débute par la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction d'un produit de conception [3].

- **Grossesse multiple** : C'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus deux fœtus ou plus.
- **Grossesse à risque**: C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.
- **Gestité** : nombre total de grossesses contractées par une femme
- **Primigeste** : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.
- **Paucigeste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.
- **Multigeste**: c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.
- **Grande multigeste**: il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.

h. Accouchement : terminaison de la grossesse après 9 mois révolus.

- **Parité** : nombre total d'accouchement d'une femme.
- **Nullipare**: il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare**: c'est une femme qui a accouché une fois.
- **Paucipare**: c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare**: c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.
- **Grande multipare**: il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

i. La maternité à moindre risque:

C'est mettre la femme enceinte dans des conditions qui lui permettent de choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, qu'elle soit rassurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques d'incapacité liée aux complications de la grossesse ou des risques de décès [13].

Cette définition se rapproche de celle de l'OMS donnée à la CIPD sur les femmes (Septembre 1994) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être rassurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liée à la grossesse.

j. Les facteurs de risque:

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle existe, indique que cette grossesse a une probabilité d'être compliquée [3].

Les facteurs de risque se classent en trois catégories:

- Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse
- Les facteurs de risque apparaissant au cours de la grossesse
- Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement

○ **Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse :**

Il s'agit de: l'âge de la femme (inférieur à 16 ans ou supérieur à 35 ans), la taille de la femme (inférieure à 1,50 mètres), la grande multiparité, le niveau d'alphabétisation (analphabètes), le statut matrimonial (célibataire), les conditions socio-économiques défavorables, l'intervalle inter gésique inférieur à 24 mois, les antécédents obstétricaux défavorables : mort-né, mort intra utérine, les antécédents d'extraction instrumentale (ventouse, forceps), les antécédents de césarienne, déchirure périnéale complète compliquée ou d'excision rituelle, le diabète, les pathologies cardio-respiratoires ou cardio-vasculaires sévères, etc.

○ **Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de la grossesse :**

Il s'agit des métrorragies (avortement précoce ou tardif, hématome déciduale, placenta prævia, hématome retro-placentaire), de la prise brutale et importante de poids, de l'hypertension artérielle, de l'éclampsie, de la présentation de l'épaule ou du siège chez la primipare, des grossesses multiples, de l'anémie ou la malnutrition etc.

○ **Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement :**

Il s'agit de la rupture utérine ou de la souffrance fœtale aiguë, de la dystocie mécanique ou dynamique, de l'hémorragie de la délivrance ...

k. L'aire de santé ou Secteur sanitaire:

Elle représente une zone géographique desservie par une structure sanitaire [11].

l. Carte sanitaire:

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des structures de soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [11].

m. Le paquet minimum d'activité (PMA):

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres du traitement des maladies courantes, de consultations prénatales et post-natales, de l'accouchement et de la vaccination [11].

n. Evacuation:

C'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours de la grossesse ou du travail. [10].

o. Référence: C'est l'orientation vers un centre plus spécialisé en l'absence de toute urgence, d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale [10].

B. LA CONSULTATION POSTNATALE

1. DÉFINITION

La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches (6 à 8 semaines après l'accouchement). L'OMS parle de morbidité et mortalité postnatale jusqu'au 42ème jour après l'accouchement. C'est une période de bouleversements physiques, psychiques et familiaux (période clef pour la mise en place de la relation mère-enfant, de la découverte du nouveau-né, de mutations familiales). Le post-partum est donc une période à risque de difficultés, parfois de complications médicales et aussi de complications liées aux bouleversements de tous les repères, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Pour ces raisons, cette période mérite un suivi et une attention particulière.

2. OBJECTIFS DE LA CONSULTATION

- Affirmer le retour à un état de santé physiologique de la mère sur le plan médical et psychologique.
- Évaluer brièvement l'état de santé de l'enfant.
- Évaluer l'établissement du lien mère-enfant.
- Réaliser un bilan de l'évolution clinique et para clinique d'une ou plusieurs pathologies gravidiques ou préexistantes à la grossesse (compétence du médecin généraliste ou spécialiste).
- Réaliser un bilan gynécologique.
- Évaluer la nécessité d'une rééducation périnéale et si besoin la prescrire.
- Adapter la contraception aux besoins et souhaits de la patiente et/ou du couple et si besoin la prescrire.

La consultation postnatale permet de discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale.

La femme doit être encouragée à parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.

Les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente (utiliser l'échelle Edinburgh Postnatal Depression Scale), doivent être recherchés. Dans ce cas, la

qualité de l'environnement affectif doit être appréciée, ainsi que l'existence d'aides pour les soins quotidiens auprès de l'enfant (conjoint, grands-parents, etc.).

Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles.

La consultation doit être l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 3 ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, les vaccinations nécessaires, la rééducation du post-partum (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines. Cette consultation médicale a aussi un rôle éducatif et préventif.

3. L'examen médical

a) L'interrogatoire

L'interrogatoire doit être **complet** et porter sur :

- Le déroulement de la grossesse en s'assurant de l'absence de pathologie, si tel était le cas la patiente doit être orientée vers son gynécologue obstétricien
- Le déroulement de l'accouchement (le mode d'accouchement, péridurale, épisiotomie et poids de naissance de l'enfant)
- Le vécu des suites de couches et le retour à domicile avec d'éventuelles difficultés
- L'alimentation du nouveau-né (allaitement au sein ou artificiel) et l'évolution du poids
- La persistance de saignements et le retour de couches
- La reprise d'une activité sexuelle et préciser l'utilisation d'une contraception
- L'existence d'incontinence urinaire ou anale ou autres problèmes urinaires (dysurie)
- L'existence de douleurs
- Le sommeil, l'alimentation
- Toutes autres difficultés perçues par la patiente.

b) L'examen clinique général

L'examen général comprend :

- Le poids
- La prise de la tension artérielle
- Une palpation des seins à la recherche d'une complication de l'allaitement maternel ou de nodules
- Un examen de la paroi abdominale (persistance du diastasis des grands droits par exemple)
- Un examen des membres inférieurs à la recherche d'une insuffisance veineuse (varices, œdèmes persistants, troubles circulatoires)

4. L'examen gynécologique

Il comporte :

- Un examen de la vulve pour apprécier la cicatrisation d'une déchirure ou d'une épisiotomie et son retentissement sur la vie sexuelle
- Un contrôle de l'intégrité des mouvements de contraction volontaire des muscles périnéaux. On recherche ainsi un prolapsus ou une béance vulvaire à l'effort de poussée.
- Une recherche d'une incontinence urinaire ou anale d'effort
- Une recherche d'hémorroïdes
- Un examen au speculum pour explorer le vagin et le col à la recherche de pathologies ou de prolapsus et vérifier l'absence de pertes. Un frottis cervicovaginal de dépistage peut être réalisé à ce moment là.
- Un toucher vaginal pour apprécier la bonne involution du corps utérin (de taille normale et non douloureux) ainsi que l'état du col et des annexes.
- L'appréciation du testing périnéal

L'examen gynécologique doit se terminer en s'assurant du suivi gynécologique de la patiente et le recommander fortement.

La consultation doit dépister les troubles psychiques du post-partum et aborder un certain nombre de thèmes tels que la contraception, la rééducation périnéale ou encore la reprise de la sexualité. La liste est loin d'être exhaustive mais ce sont les principaux sujets qui ressortent.

5. Les prescriptions

La sage-femme est habilitée à prescrire un certain nombre de médicaments figurant sur une liste fixée par le ministère de la santé (annexe 3). Au moment de la consultation postnatale, elle devra donc s'attacher à traiter les divers troubles consécutifs à la grossesse comme les hémorroïdes, l'anémie ou encore la constipation.

La sage-femme devra également aborder le sujet de la contraception en informant la patiente des différentes techniques qui peuvent lui être proposées en fonction de son désir et en tenant compte des contre-indications.

Enfin, la sage-femme pourra également prescrire des séances de rééducation périnéale et le matériel nécessaire.

6. Dialogue et dépistage

La consultation doit dépister les troubles psychiques du post-partum et aborder un certain nombre de thèmes tels que la contraception, la rééducation périnéale ou encore la reprise de la sexualité. La liste est loin d'être exhaustive mais ce sont les principaux sujets qui ressortent.

C. CONSULTATION MEDICALE

Selon le Larousse médical, la consultation médicale peut être définie comme un examen du malade que le médecin pratique à son cabinet et qui est destiné à diagnostiquer la maladie ainsi qu'à en prescrire le médicament. [2]

1 LES PATHOLOGIES

De nos jours, de nombreuses maladies infectieuses comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) basses et les maladies diarrhéiques constituent les principaux motifs de consultation à travers le monde [23].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 10,5 millions de décès dans le monde ont été enregistrés en 2002 chez les enfants de moins de 5 ans. Près de 98% des enfants décédés habitaient les pays en développement. L'Afrique paye un lourd tribut avec le taux de mortalité infanto juvénile le plus élevé (170 décès pour 1000 naissances vivantes).

1.2 LE PALUDISME

Le paludisme est une endémie parasitaire majeure, qui constitue encore de nos jours un problème de santé publique dans le monde. Selon l'OMS, environ 247 millions de personnes contractent la maladie chaque année parmi 3,3 milliards d'habitants à risque en 2006 avec environ 1 million de décès, dont 85% sont des enfants de moins de 5 ans. En 2008, parmi les 109 pays endémiques de paludisme, 45 sont dans la région africaine de l'OMS. [32]

Au Mali, le paludisme est responsable de 37,5% des motifs de consultation dans les services de santé (SLIS, 2007). Le nombre de cas recensés dans les formations sanitaires publiques et communautaires était estimé à 1 291 826 en 2007 et les décès à 1 782. Ces chiffres à vrai dire sont en deçà de la réalité à cause de plusieurs facteurs dont la sous fréquentation et la faiblesse dans la complétude des données.

Le paludisme représente 17% des causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. [9]

Une étude faite par SISSOKO.S [48] en 2006 à Bamako a montré que le paludisme représente 20,6% des motifs de consultation des enfants.

1.3 LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 1991), [33] l'IRA se définit comme toute infection à début brutal, affectant les oreilles, le nez, la gorge, le larynx, la trachée, les bronches, les bronchioles ou les poumons. Elle varie du rhume ordinaire aux infections de l'oreille, maux de gorge, bronchites, bronchiolites et pneumonies.

Les micro-organismes habituellement associés aux IRA comprennent les **virus respiratoires**, **le virus de la rougeole**, *Bordetella pertussis*, *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*.

Les infections respiratoires aiguës (IRA) sont une des causes de décès les plus importantes chez les jeunes enfants dans les pays en développement. Selon les plus récentes estimations de l'OMS, dans le monde, les IRA sont à elles seules responsables de 18,1 % des décès chez l'enfant [34].

Le pourcentage d'enfants qui meurent de pneumonie varie de 15 à 26 % selon la région du monde et les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. La majeure partie de ces décès est due aux pneumonies (y compris les pneumonies néonatales), soit en tant que cause principale, soit résultant d'infections qui compliquent la rougeole, la coqueluche ou le SIDA. La pneumonie représente 24% des causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans. [9] On distingue deux types d'IRA : les IRA hautes et les IRA basses la limite anatomique étant la glotte.

Les IRA basses se placent au premier rang de la mortalité due aux IRA.

Au Mali les infections respiratoires aiguës représentent 24,19% du total des consultations externes et causent 37,2% des décès dans la tranche d'âge de 0 à 4 ans. [37]

SY.O a montré que les IRA représentent la deuxième cause d'hospitalisations pédiatriques avec 26,4%. [49].

La plupart de ces IRA sont d'origine virale et ne justifient aucune antibiothérapie. Mais le plus souvent, elles s'accompagnent d'une surinfection bactérienne.

1.4 LA DIARRHÉE

La diarrhée se définit comme l'émission, trois fois ou plus, de selles liquides, molles, ou anormales par jour. [24]

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation, la généralisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel. [EDSM IV 2006].

Plus d'un enfant de moins de cinq ans sur dix (13 %) a souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. [48]

La diarrhée représente 18% des causes de mortalité chez les moins de cinq ans. [9].

Selon leur caractère on distingue :

- La diarrhée aqueuse ou profuse de consistance très liquide,
- La diarrhée glaireuse contenant du mucus,
- La diarrhée sanguinolente contenant du sang,
- La diarrhée glairo-sanguinolente ou dysenterie, qui se caractérise par l'émission du sang et du mucus, est l'un des types de diarrhée les plus tenaces. [48]

Dans 80% des cas elle est d'origines virale (rota virus, adénovirus). [47]

Les bactéries responsables des diarrhées sont les *E. coli*, les *salmonelles*, les *shigelles* et les *campylobacters*.

Les maladies diarrhéiques constituent en général un motif fréquent de consultation dans les services de santé avec une incidence nettement élevée dans les pays en développement où les conditions d'hygiène et d'approvisionnement en eau potable ne sont pas adéquates.

III. METHODOLOGIE

Cadre d'étude :

Présentation de la commune

Historique

La loi n°96-059 du 04 novembre 1996 portant création des communes, a scindé l'ex arrondissement de baguineda en quatre (4) communes : baguineda-camp, mountougoula, n'gouraba et tiélé. La commune rurale de baguineda-camp a son chef-lieu de commune dans le village de baguineda-camp. Elle est située à peu près à 57 km de sa tutelle (Kati)

Situation géographique

La commune rurale de baguineda-camp avec une superficie de 987,04 km² est limitée au nord par les communes de tienfala et de koulikoro, au sud par les communes de mountougoula et de n'gouraba, à l'est par la commune rurale de binko, à l'ouest par la commune de kalabancoro et la commune VI du district de Bamako

Le relief : Son relief est accidenté. Des chaînes de collines disséminées un peu partout constituent les prolongements du mont mandingue.

Le climat : Il est de type soudano sahélien avec une saison pluvieuse allant de juin à octobre. La pluviométrie annuelle se situe entre 900 à 1000 mm.

Les sols : Les sols sont à majorité sablo-argileux sa végétation est moins dense. Il y a la savane arborée. Les espèces végétales rencontrées sont : le karité, le tamarin, le baobab, caïcedrat et le balanzan.

La faune : elle est appauvrie à cause de l'exploitation des chasseurs et la dégradation anarchique de la flore.

Elle comprend : les antilopes, les phacochères, les rongeurs, (lapins, porc-épic), les reptiles et les oiseaux (pintades, perdrix etc....)

Hydrographie : La commune se situe le long du fleuve Niger avec une ressource halieutique assez importante.

Population : Selon le recensement administratif à caractère électoral (RACE) de 2001, la population de la commune de baguineda-camp est estimée à vingt-six mille neuf cent quatre-vingt-quinze (26995) habitants répartis entre 13863 hommes et 13127 femmes. La population active représente 70 % de la population totale. La religion dominante est l'islam ; d'autres s'y ajoutent : christianisme, protestantisme et animisme.

Le taux d'accroissement est de 2,6 %. Le taux de mortalité est de 0,04 % et le taux de natalité est 62 %. Les différents groupes ethniques sont composés de bambara (ethnie dominante), peuls, bobo, sénoufo et minianka. Quelques bozo venus de la région de Mopti s'y ajoutent.

Accessibilité

La commune est presque enclavée. Elle est difficilement accessible par les véhicules surtout pendant l'hivernage à cause des bennes qui transportent du sable et gravier rendant les routes impraticables. Certaines routes doivent être bitumées.

Ressources naturelles

La commune dispose de ressources naturelles importantes. Il y a des espèces d'arbres comme : terminalia, detorium, néré, djala, karitier, zaban, n'tomi. La commune dispose d'une forêt classée appelée FAYA sur une superficie de 80000 hectares. Un espace riche en faune sauvage dont les antilopes, les hyènes, les phacochères, les lièvres et les singes. Les produits de cueillettes sont en abondance et bien commercialisés le long des routes. La commune dispose de huit (8) bois sacrés dans les villages suivants : Tamina, kobalacoro, Kasséla, dicko, kokoun, mofa, farakan et mounzoun. Elle dispose de deux (2) grandes mares qui sont le kodjou et le zankeblekako.

La commune dispose de soixante (60) hectares de superficie reboisées et dix (10) bosquets villageois.

Infrastructures et équipements

Santé : il y a deux services de santé. Les cages de santé au nombre de cinq (5) se situent dans les villages suivants : dougourakoro, Kokoun, mounzoun et tanima. Les cages d'accouchement sont dans ces mêmes villages. Baguineda-camp abrite deux dispensaires dont un public et l'autre privé (keneyaso). Le chef-lieu de commune abrite également un centre de santé communautaire (CSCOM) géré par une ASACO. Les dépôts de pharmacie sont au nombre de sept (7) : baguineda-camp (4) kobalacoro (1) Kobalacoura (1) et tanima (1). La médecine traditionnelle est un peu développée dans la commune. Elle est généralement familiale au niveau de quatre (4) villages avec deux (2) spécialités dougourakoro, dicko et baguineda-village sont spécialisés dans le traitement de la fracture. Mofa est spécialisé dans le traitement de l'asthme. Olivier CAMARA, généraliste possède la carte professionnelle n° 0031 de la division médecine traditionnelle (DMT) et immatriculé au n° 0688 de l'INRSP, réside à baguineda-camp et pouvant traiter quarante (40) maladies kobalacoro, situé au bord de la route reliant Bamako-Ségou dispose d'une clinique vétérinaire avec cinq (5) personnes et pharmacie vétérinaire.

Education : La commune, compte tenu de son taux d'enfants scolarisables et scolarisés a besoin de beaucoup d'autres infrastructures et équipements scolaires. Il y a vingt et un (21) premiers cycles, un CED à mofa cinq (5) seconds cycles quatre (4) écoles communautaires et cinq (5) classes medersa. L'effectif des enfants toute catégorie confondue fait sept mille quatre cent vingt-deux (7422) dont 3240 filles et 4182 garçons. Ces élèves sont encadrés par 140 enseignants.

Hydraulique : Le taux de couverture en eau potable est 48%.

La commune possède (640) puits traditionnels, (7) puits à grand diamètre, (53) forages équipés avec pompes manuelles une adduction d'eau potable se trouve dans (4) villages de la commune, baguineda-camp, baguineda village, kognimba et Soundougouba. Il y a (18) bornes fontaines, (2) châteaux d'eau et (2) pompes solaires. La commune a 30 km de distance navigable sur le fleuve Niger en toute saison. Certaines rivières coulent dans la commune. Elles sont : faradjaba, faya et koba.

Autres infrastructures et équipements : La commune a (32) mosquées, (4) églises, (5) logements des enseignants, (10) maisons des jeunes, (33) cimetières, (1) stade, (30) magasins de stockage, (5) marchés hebdomadaires, (3) boucheries, (2) bijouteries (30) balances et (1) auto-gare.

Activités socio-économiques et culturelles :

Agriculture :

Les populations de la commune rurale de baguineda-camp vivent essentiellement des produits de l'agriculture. Le maraichage et l'arboriculture sont aussi pratiqués avec des productions hautement appréciables. La partie nord bordant le fleuve Niger, se consacre à la culture du riz sur des terres aménagées sous le contrôle de l'office du périmètre irrigué de baguineda (OPIB). Les producteurs de la zone OPIB sont sous équipés en moyens de productions. Le matériel agricole s'acquiert par le prêt bancaire, ou par l'achat au comptant auprès des commerçants de la place ou à Bamako. La quasi-totalité des organisations paysannes n'est pas éligible aux crédits bancaires. Dans la commune, il n'existe pas des commerçants importateurs ou exportateurs de matériels agricoles. Les intrants sont fournis par des associations villageoises (AV) et quelques commerçants. Les prix sont variables d'un marché à un autre et font l'objet de spéculation. Les femmes sont présentes dans tout le processus de production agricole et jouent un rôle prépondérant en riziculture et en horticulture. L'accès à la terre reste un handicap majeur pour la femme rurale à cause de son statut social et la diminution progressive des parcelles de cultures ; elles pratiquent surtout le maraichage. La zone OPIB, composée de 22 villages à 979 charrues, 329 multicultureurs, 84 charrettes, 9

tracteurs, 78 semoirs, 25 herse et 55 appareils de traitement. Les matériels post récolte sont : 37 batteuses, 51 décortiqueuses de riz, 34 moulins et 42 semoirs solaires plus 3 chevaux. La zone OPIB a des animaux de trait : 1327 bœufs de labour, 819 ânes et 3 chevaux (Equin). Les superficies réalisés sont : 2253 ha et 93 % du taux de réalisation ; mil : 116 ha et 124 % ; arachide : 73 ha et 97 % ; maïs : 560 ha et 64% ; sorgho : 792 ha et 97 % ; coton : 36 ha et 54 % du taux de réalisation.

Elevage : La commune est une zone d'élevage par excellence. La population pratique un élevage extensif de bovin, caprins et ovins.

Pêche : Elle occupe une place importante dans l'économie de la commune grâce a quelque bozos venus de Mopti a la recherche de zones poissonneuses. Les pêcheurs professionnels sont au nombre de quatre vingt (80) :51 sont résidents et 29 sont migrants. Les localités de pêche sont : Sidiancoro, Bakari Dagan, Usine d'os, Diany et Sincoro. Les lieux de pêche sont le fleuve, les mares, les drains d'irrigation, le canal, l'étang piscicole. Les types de pêche sont : les filets dérivants, filets dormants, éperviers, les nasses, palangre, senne. Les espèces de poisson capturées : capitaine, carpe, samou, fanan, crocoto, silure, zaraux, sardine. Il y a deux (2) organisations de pêcheurs et une coopérative des pêcheurs et pisciculteurs de Baguinéda. La prise de poisson fait 100 kg/jour soit 36,5 t par an ; 3 kg de poisons sèches par jour soit 1,09 t par an ; 10 kg /jour de poisons fumés soit 3,65 t par an. Les femmes s'occupent de la commercialisation, la transformation du poisson et elles sont membres de la coopérative.

Commerce : Il est développé dans la commune rurale de Baguinéda – camp grâce au maraîchage et l'arboriculture qui lui fait une zone d'excellente production pour ravitailler Bamako. Dans l'exploitation abusive des ressources ligneuses pour la vente. Les femmes ont presque un rôle supérieur à celui des hommes. Elles sont très actives dans la carbonisation et produisent des tonnages destinés à la consommation urbaine. Elles disposent de plus de moyens économiques que les hommes et sont très actives dans la promotion des AGR.

La commune possède plusieurs (200) boutiques, plusieurs ateliers de couture, des restaurants et autres petites industries de transformation des fruits et légumes.

Structures / Services

Structures traditionnelles :

Elles sont constituées par des associations de culture par sexe et par âge. Elles sont constituées surtout par des associations de chasseurs, du Komo, du marabayassa et du kôrodouga. Elles sont conservatrices de nos coutumes et mœurs.

Structures modernes :

Il y a quinze (15) parties politiques plus le Mouvement Citoyen. Il y a 23 conseillers communaux, 5 conseillers de l'ancien mandat ont été reconduits. Le taux de participation aux élections communales de 2004 est de 52,60 %. Il y a des associations villageoises (AV) et des «tons» dans chaque village de la commune. Il existe une Association des Parents d'Elève (APE) et des comités de gestion scolaire (CGS) au niveau de chaque école. Les autres associations / institutions sont : chef de village, ASACO, des artisans, des transporteurs, diaba sênêton, des loptos, des pêcheurs, des exploitants de sable, de graviers, des commerçants, des pêcheurs et pisciculteurs de Baguinéda, la coopérative des maraîchers. Nous pouvons citer des ONG comme AADEC, piste de la Soif, Tanima 2000, Kilabo, GRAD, 6«S», AMADECOM, Nous pouvons citer des caisses autogérées telles que : Kafo Jiginew, Kondo Jigima, Jemeni, Caisse d'Epargne et de Crédit CANEF. IL ne faut pas oublier l'alliance des associations dénommée Benkan et le groupement des femmes. Les services publics sont : Sous-préfecture, Mairie, Gendarmerie, Centre d'Animation Pédagogique (CAP), Office du Périmètre Irrigué (OPIB), INPS, Recherche Agronomique, Réglementation et Contrôle, AACAER, CSCOM de Baguinéda, Eaux et Forêts Conservation de la Nature et la Poste et Sotelma. Les partenaires Techniques et Financiers sont surtout la BNDA et la BAD.

Infrastructures et équipements socio-économiques

Les besoins en eau potable sont loin d'être satisfaits avec un taux de couverture de 48 %. On recense 600 puits traditionnels, 53 forages équipés et un château d'eau. Pour les infrastructures socioculturelles on dénombre 30 mosquées, 4 églises, 10 maisons des jeunes, et 33 cimetières. En économie rurale, 30 magasins de stockages construits par l'OPIB, 5 marchés hebdomadaires, et 3 boucheries qui doivent tendre vers la modernisation. En matière de communication, la commune se situe sur la RN6 sur plus de 24 Km, les pistes aménagées avoisinent 60 Km et le fleuve est navigable sur plus de 30 Km dans l'espace communale. La dégradation des pistes reste une des difficultés de la commune. La commune renferme la plus grande usine de transformation des fruits et légumes dénommée SOMACO. Les ressources minières se limitent à l'exploitation des carrières de sable, de graviers surtout par les utilisateurs venus de la capitale.

L'artisanat est un sous secteur bien développé offrant plusieurs emplois aux jeunes, mais souffre de mauvaise organisation. Une meilleure structuration de celui-ci offrirait plus d'opportunités de mobilisation de ressources financières additionnelles à la commune pour son développement.

Secteur secondaire

L'insuffisance d'eau potable pose d'énormes problèmes dans la commune. Les moyens d'exhaure sont les puits (15 à 30m de profondeur), le fleuve, les forages et l'eau du canal d'irrigation. L'eau du canal est une source de pollution à cause de l'utilisation des pesticides.

Lieu d'étude :

Description du centre communautaire :

L'aire géographique de santé de la commune de Baguineda est composée de vingt quatre (24) villages dont le chef lieux est Baguinéda camp.

Aspects institutionnels :

Le centre de santé communautaire de Baguinéda camp est une structure de droit privé qui est la propriété d'une association à but non lucratif déclarée auprès du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé, créée en avril 1996.

Les différents médecins, infirmiers et sages femmes qui se sont succédés depuis la période coloniale à nos jours sont :

Tableau I : liste des médecins, infirmiers d'état et sages femmes

Médecins	Infirmiers d'état	Sages femmes
Mme COULIBALY Aminata COULIBALY	Mr Mamadou KEITA	Mme DIALLO Marie KROUMA
Mr Boubacar SANGARE	Mr Amadou NIANG	Mme DIARRA Ramata DIAKITE
	Mr Oumar Aly TRAORE	Mme KOUYATE Fatoumata DIAKITE
	Mr Amadou TRAORE	Mme COULIBALY Amina KONATE
	Mr Boukou BOUARE	Mme THERA Fatoumata TANGARA
	Mr Bakary BERTHE	
	Mr Dramane Baba COULIBALY	
	Mr Konon DIARRA	
	Mr Siaka TRAORE	

Les activités du centre se déroulent conformément à la politique définie par les autorités sanitaire du pays.

De ce fait le centre entretient des relations d'ordre fonctionnel avec les autres structures de la commune à savoir la sous préfecture de Baguinéda , la mairie de la commune, le centre de santé de référence de Kati et certains partenaires comme L'OPIB ,USAID,UE,UNICEF.

Aspects technique :

Le centre est dirigé par un médecin directeur qui assume la responsabilité de tous les actes médicaux et obstétricaux réalisés au sein du centre.

Le médecin est tenu de faire respecter tous les droits et devoirs des patients que reçoit le centre. Il est le garant de la qualité des soins qui y sont dispensés et veille à ce que les cas compliqués soient rapidement évacués vers des services compétents.

Aspects organisationnels :

De l'association :

L'adhésion :

Chaque chef de ménage résident dans l'aire de santé composant l'association peut adhérer à celle-ci. Il doit pour cela présenter un document en cours de validité attestant de son appartenance à l'aire de santé et s'acquitter d'une cotisation de 300FCFA/an et par membre de sa famille.

La qualité d'adhérent ouvre le centre non seulement aux membres mais aussi à ses ayant droits, qui regroupent ses propres parents directs (père, mère), ses épouses légitimes régulièrement inscrites dans son carnet de famille et de ses enfants mineurs légitimes.

Toute parturiente au sein de la maternité du CSCOM est systématiquement enregistrée comme adhérent ainsi que son nouveau né et leur prise en charge est gratuite jusqu'au quarantième (40) jour après l'accouchement.

Les instances structurelles de l'association :

Comprennent deux(2) organes :

Conseil d'administration(CA)

Comité de gestion (bureau exécutif)

Du centre de santé :

Le centre de santé communautaire de Baguinéda est dirigé par son médecin chef aux cotés duquel travaillent les autres agents du centre à savoir : les infirmiers, les sages-femmes, les matrones, un gérant, un manœuvre, un gardien.

Les différentes structures fonctionnelles du centre de santé sont constituées en unités, dirigées par un responsable désigné par le médecin chef, le personnel travaillant dans une unité donnée est placé sous la responsabilité directe du responsable de l'unité.

Chaque responsable d'unité rend compte du déroulement de ses activités au médecin chef tous les jours.

Infrastructures et Activités du centre :

Le centre de santé communautaire de Baguinéda est situé dans la commune rurale de Baguinéda camp entre la mairie de la commune et la sous préfecture.

Le centre comprend deux(2) bâtiments principaux :

a. Dispensaire :

Où sont effectuées par un médecin les consultations de médecine générale.

- Unité de soins infirmiers : comprenant une salle de soins, une salle de garde, une salle portant un réfrigérateur pour vaccin dirigée par l'infirmier diplômé d'état
- Une salle d'observation comprenant deux (2) lits
- Deux salles de consultation pour le médecin et le major
- Une salle de dépôt et vente des médicaments
- Une toilette
- Un hangar pour L'unité de PEV dans la cour
- Deux robinets d'eau potable dans la cour.

b. Maternité :

Dirigée par une sage- femme où sont effectuées les consultations prénatales, les accouchements, les consultations post-natales et les plannings familiaux.

Elle comprend :

- Une salle de consultation prénatale
- Une salle d'attente avec une toilette reliée à la salle d'accouchement
- Une salle d'accouchement
- Une salle d'observation (suites de couches) comprenant quatre(4) lits
- Une salle de garde
- Une toilette dans la cour

Les activités menées au CSCOM de Baguinéda :

La consultation curative, la consultation prénatale, les accouchements, la consultation postnatale, la planification familiale, la vaccination, les démonstrations nutritionnelles, les soins infirmiers, les IEC sont les principales activités du centre.

Les Autres unités

Une unité de lutte contre la tuberculose dirigée par l'infirmier major en partenariat avec le programme national de lutte contre la tuberculose.

Tableau II : Programme hebdomadaire des activités du CSCOM.

Les activités	Programme hebdomadaire
Consultation curative	Tous les jours
Consultation prénatale	Mardi et jeudi
Consultation post natale	Lundi et vendredi
Accouchement	Tous les jours
Planification familiale	Mercredi
Vaccination	Lundi et vendredi
Démonstration nutritionnelle	Vendredi
Les IEC	Tous les jours

Le CSCOM mène des activités de santé curative, préventive, et promotionnelle.

Les consultations de médecine générale sont généralement faites par un docteur en médecine parfois par l'infirmier major.

Les soins infirmiers sont dispensés par l'infirmier major et l'aide soignant.

Les CPN sont effectuées par la sage femme.

Les accouchements sont effectués par la sage femme, l'infirmière obstétricienne et les matrones, les femmes peuvent venir accoucher au centre à tout moment, de jour comme de nuit.

Les visites post natales sont effectuées par la sage femme et les matrones, les femmes sont invitées à s'y présenter une semaine après l'accouchement.

Les vaccinations : elles sont réalisées conformément aux règles du PEV national, le centre de référence de Kati approvisionne le centre en vaccins et dispose de sa propre chaîne de froid.

La planification des naissances : elle est assurée par la sage femme, parfois les matrones sous la responsabilité de la sage femme et les méthodes utilisées sont : la contraception par voie orale, par voie injectable.

Les activités nutritionnelles : elles sont assurées par la sage femme sous la supervision d'une ONG(URC) de prise en charge de la malnutrition chez les enfants.

L'établissement de l'acte de naissance des enfants est assuré par les matrones, il a lieu tous les mercredis.

Les tarifs :

Les tarifications des actes sont fixées à l'assemblée générale sur proposition du comité de gestion. Les malades reçoivent une ordonnance délivrée par un médecin, un infirmier d'état, ou une sage femme.

Les médicaments sont prescrits en DCI sur des ordonnanciers spécifiques du centre : ils comprennent deux feuillets dont l'un reste dans la pharmacie, après achats et services. Les soins infirmiers sont gratuits pour les ordonnances délivrées au centre.

Les malades possédant une ordonnance provenant d'un autre centre de santé doivent prendre un ticket « non adhérent » pour pouvoir bénéficier des soins.

Tableau III : Tarification des actes médicaux au CSCOM de Baguinéda.

Actes médicaux	Tarifs
Consultation curative (adhérent) adulte	1000
Consultation curative (adhérent) enfant	500
Consultation curative (non adhérent) adulte	2000
Consultation curative (non adhérent) enfant	1000
Consultation prénatale (adhérent)	1200
Consultation prénatale (non adhérent)	2400
Accouchement	2500
Carte de vaccination	100
Support de vaccination	285
Déclaration de naissance	0
Pansement	0
Perfusion	0

Le Personnel du CSCOM :

Le personnel du centre de santé communautaire de Baguinéda est composé comme suit : un médecin, un infirmier diplômé d'état, une sage femme, une infirmière obstétricienne, deux matrones, un aide soignant, une gérante de pharmacie, un agent comptable, un manœuvre, et un gardien.

Type et période d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale exhaustive avec collecte rétrospective des données des consultations prénatales, postnatales et curatives de janvier à décembre 2012.

Population de l'étude

Elle était composée de toute personne se rendant en consultation prénatale, postnatale et curative dans le centre de santé communautaire de Baguinéda de janvier à décembre 2012.

De façon systématique et exhaustive, les différents registres ont été dépouillés pour recueillir les données de janvier à décembre 2012. Ils ont permis de recenser 900 patients en consultation externe, 675 gestantes en consultation prénatale et 284 mères en consultation postnatale.

Outils et technique de collecte des données

Les registres de consultation prénatale, postnatale et consultation externe ont été utilisés pour la collecte des données ainsi que des fiches de dépouillement élaborées à cet effet. La technique de collecte utilisée a été le dépouillement systématique dans l'ordre d'enregistrement de toutes les nouvelles consultations effectuées dans le CSCOM de Baguinéda de janvier à décembre 2012.

La collecte de ces données a été réalisée par nous-même avec l'appui du personnel du CSCOM.

L'analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur Epi-info version 3.5.3 et le traitement de texte sur le logiciel Word 2007.

Contraintes de l'étude

Les principales difficultés que nous avons rencontrées sont :

- Les informations manquantes dans les registres de consultation
- La mauvaise tenue des registres de consultation.

Malgré ces limites, cette étude a permis de faire le point sur les consultations prénatales, postnatales et les consultations externes dans le centre de santé communautaire de baguinéda-camp.

IV. RESULTATS :

Données démographiques :

Tableau IV : Tableau de bord de premier échelon de l'aire de santé du CSCOM de Baguinéda en 2012.

Village	Distance(en km)	Population en2012	Femme enceinte	Enfant (0-11mois)	Enfant (0-11mois)/mois	Femme enceinte/mois	Taux de croissance
Baguinéda camp	0	10867	543	435	36	45	0,053
Kognimba	2	1951	98	78	7	8	0,053
Baguinéda village	2	2790	139	112	9	12	0,053
Kobalacoro	4	6435	322	257	21	26	0,053
Kobalacoura	5	2615	131	107	9	11	0,053
Soundougouba	5	4007	200	160	13	17	0,053
Kakabougou	5	291	15	12	1	1	0,053
Gnogna	6	1302	65	52	4	5	0,053
Gnogna coro	20	1084	54	43	4	4	0,053
Tièma	6	905	45	36	3	4	0,053
Kognini	7	1689	84	68	6	7	0,053
Sadjouroubougou	9	678	34	27	2	3	0,053
Tiguena	10	1776	89	71	6	7	0,053
Nimizatt	12	358	18	14	1	1	0,053
Kasséla	14	5710	285	228	19	24	0,053
N'goniko	25	1656	83	66	6	7	0,053
Soro	25	1101	55	44	4	5	0,053
Dico	25	393	20	16	2	2	0,053
Mouzoun	30	4290	214	171	14	18	0,053
Dougoura coro	10	3385	169	135	11	14	0,053
Nteneme	30	648	33	26	2	3	0,053
Sébela	8	2048	103	82	7	9	0,053
Mofa	12	2150	107	85	7	9	0,053
Kokoun	6	2119	106	85	7	9	0,053
Total	278	60248	3012	2410	201	251	0,053

Evaluation des activités techniques**Consultations médicales externes :****Tableau V:** Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Baguineda camp	499	54%
Baguineda village	58	6,4%
Dico	1	0,1%
Dougoura coro	1	0,1%
Farakan	2	0,2%
Gnognan	31	3,4%
Gnogna Coro	5	0,6%
Kakabougou	8	0,9%
Kasséla	11	1,2%
Kobalacoro	48	5,3%
Kobalacoura	27	2,9%
Kognini	2	0,2%
Kognimba	60	6,6%
Kokoun	17	1,9%
Mofa	15	1,7%
Mounzoun	3	0,3%
N'goniko	6	0,6%
Sadjouroubougou	13	1,4%
Sébela	25	2,8%
Soro	2	0,2%
Soundougouba	50	5,5%
Tieguena	2	0,2%
Tièma	14	1,6%
Total	900	100%

La majorité des patients soit 54% résidait à Baguineda camp situé à 0km du CSCOM suivi de Kognimba et Baguineda village (à 2km) avec respectivement 6,6% et 6,4%.

Tableau VI : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	466	51,8%
Masculin	434	48,2%
Total	900	100,0%

Les femmes fréquentaient en majorité le centre de santé communautaire de baguineda camp soit 51,8%. Le sexe ratio était de 1,1 en faveur des femmes.

Tableau VII : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	501	55,6%
Bobo	18	2,0%
Bozo	58	6,4%
Dogon	48	5,3%
Malinké	56	6,2%
Maure	15	1,7%
Minianka	9	1,0%
Mossi	9	1,0%
Peulh	103	11,4%
Sarakolé	46	5,1%
Senoufo	17	1,9%
Sonrhäi	17	1,9%
Autres	3	0,3%
Total	900	100%

Les bambara représentaient l'ethnie majoritaire 55,6% suivi des peulhs 11,4%.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Agronome	1	0,1%
Berger	4	0,4%
Boucher	1	0,1%
Chauffeur	4	0,4%
Commerçant (e)	3	0,3%
Comptable	5	0,6%
Cultivateur	46	5,1%
Elève	294	32,7%
Enfant	292	32,4%
Enseignante	4	0,4%
Etudiant (e)	12	1,3%
Fonctionnaire	19	2,1%
Gendarme	3	0,3%
Imam	1	0,1%
Ingénieure	1	0,1%
Manœuvre	7	0,8%
Mécanicien	2	0,2%
Ménagère	186	20,7%
Militaire	1	0,1%
Pêcheur	12	1,3%
Secrétaire	2	0,2%
Total	900	100%

La population sans profession constituée par les enfants, les élèves, les étudiants représentait le groupe social dominant avec une proportion de 66,4%.

Tableau IX: Répartition des patients selon la classe d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-5	278	30,9%
6-11	154	17,1%
12-14	71	7,9%
15-19	128	14,2%
20-29	144	16,0%
30-40	71	7,9%
41-55	43	4,8%
56-65	8	0,9%
≥66	3	0,3%
Total	900	100%

La population de 0-5ans était la tranche d'âge la plus représentée avec une proportion de 30,9%.

Tableau X : Répartition des patients selon la consultation.

Consultation	Effectif	Pourcentage
Ancienne	3	0,3%
Nouvelle	897	99,7%
Total	900	100%

La majorité des patients 99,7% était des nouveaux.

Tableau XI : Répartition des patients selon la réalisation du test de dépistage rapide du paludisme

TDR	Effectif	Pourcentage
Effectué	781	86,8%
Non effectué	119	13,2%
Total	900	100%

Le test de dépistage rapide du paludisme était réalisé chez 86,8% des patients.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du diagnostic

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Paludisme	537	59,7%
Infections respiratoires aiguës	107	11,9%
Traumatisme	80	8,9%
Candidoses buccales	34	3,8%
Infections uro-génitales	25	2,8%
Dermatoses	24	2,7%
Diarrhée	15	1,7%
Douleur abdominale	13	1,4%
Syndrome ulcéreux	12	1,3%
Vers intestinaux	12	1,3%
Bilharziose	9	1%
Conjonctivite	9	1%
Hypertension artérielle	9	1%
Malnutrition	6	0,7%
Otite	6	0,7%
Oreillon	2	0,2%
Total	900	100%

Par ordre décroissant le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les traumatismes, candidoses buccales, les infections uro-génitales étaient les 5 motifs de consultation les plus fréquents dans le CSCOM de baguineda camp.

Tableau XIII : Répartition des antibiotiques prescrits par famille chez les patients vus en consultations externes.

Famille d'antibiotique	Effectif	Pourcentage
β -lactamine	253	45,2%
Sulfamide	128	22,9%
Macrolide	107	19,1%
Nitro-imidazole	40	7,1%
Cycline	23	4,1%
Aminoside	9	1,6%
Total	560	100%

Sur l'ensemble des 900 patients consultés, 62,2% des consultants avaient bénéficié d'une antibiothérapie. Les bêta-lactamines étaient les plus utilisés (45,2%) suivis des sulfamides (22,9%).

Tableau XIV : Répartition des antalgiques prescrits chez les patients vus en consultation externe.

Antalgique /anti-inflammatoire	Effectif	Pourcentage
Paracétamol	550	74,7%
AINS	186	25,3%
Total	736	100%

Le paracétamol était l'antalgique le plus utilisé soit 74,7%.

Tableau XV : Répartition des antiparasitaires prescrits chez les patients vus en consultation externe.

Antiparasitaires	Effectif	Pourcentage
Quinine	310	51,8%
Artéméter + luméfantrine	227	38,0%
Niclosamide	34	5,7%
Albendazole	18	3,0%
Praziquantel	9	1,5%
Total	598	100%

Sur l'ensemble des 900 patients consultés, 66,4% des patients ont bénéficié d'un antiparasitaire. Les antipaludiques étaient de loin les antiparasitaires les plus fréquemment prescrits, soit un taux 89,8% (quinine 51,8%, artéméter + luméfantrine 38,0%)

Consultations prénatales

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon leur résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
baguineda camp	155	22,8%
baguineda village	52	7,5%
Diane	11	1,6%
Dico	3	0,4%
Farakan	3	0,4%
Gnogna	25	3,7%
Gnogna coro	3	0,4%
Kakabougou	8	1,1%
Kasséla	28	4,1%
Kobalacoro	151	22,3%
Kobalacoura	7	1%
Kognimba	31	4,5%
Kokoun	42	6,2%
Massaconi	4	0,6%
Mofa	2	0,3%
Mouzoun	2	0,3%
n'goniko	3	0,4%
Sadjouroubougou	15	2,1%
Sébela	18	2,7%
Soundougouba	84	12,3%

Tieguena	3	0,4%
Tièma	16	2,3%
Yayabougou	9	1,3%
Total	675	100,0%

La majorité des gestantes résidait à Baguineda camp (22,8%) situé à 0km du CSCOM

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	14	2,1%
Mariée	661	97,9%
Total	675	100,0%

Chez les gestantes 97,9% étaient des femmes mariées.

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon leur classe d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15-17	69	10,2%
18-21	175	25,9%
22-26	190	28,1%
27-29	71	10,5%
30-35	136	20,1%
36-45	34	5%
Total	675	100,0%

La tranche d'âge 22-26 était la plus représentée (28,1%) avec les âges extrêmes qui varient entre 15ans et 45 ans et la moyenne 25 ans

Tableau XIX : Répartition des gestantes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	142	21,0%
Primipare	146	21,6%
Paucipare	188	27,9%
Multipare	149	22,1%
Grande multipare	50	7,4%
Total	675	100%

Les multipares représentaient 149 soit 22,1% des gestantes.

Tableau XX: Répartition des gestantes selon leur antécédent d'avortement

Avortement	Effectif	Pourcentage
0	587	87,0%
1	73	10,8%
2	15	2,2%
Total	675	100%

Parmi les gestantes 73 (10%) avaient fait un avortement.

Tableau XXI : Répartition des gestantes selon le nombre d'enfant vivant

Nombre d' enfant vivant	Effectif	Pourcentage
0	144	21,3%
1-3	345	51,2%
4-6	146	21,6%
≤6	40	5,9%
Total	675	100%

La majorité avait le nombre enfants entre intervalle 1-3 dans 51, 2% ; et 5,9% avait six(6) enfants vivants ou plus.

Tableau XXII : Répartition des gestantes en fonction de l'âge de la grossesse lors de la première CPN

Consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
Premier trimestre de la grossesse	59	8,7%
Deuxième trimestre de la grossesse	456	67,5%
Troisième trimestre de la grossesse	160	23,8%
Total	675	100%

Seulement 8,7% des gestante avaient consulte au premier trimestre de la grossesse.

Tableau XXIII : Répartition des gestantes en fonction du nombre de CPN réalisé

Nombre CPN	Effectif	Pourcentage
1	675	100%
2	598	88,6%
3	390	57,8%
≥ 4	151	22,4%

Le nombre de gestantes ayant effectué 4 consultations prénatales était de 151 (22,4%).

Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon la fréquence de réalisation des variables liées à l'examen physique

Variables	Effectif (N=675)	Pourcentage
Pesée	675	100%
Mesure de la taille	675	100%
Mesure de la pression artérielle	663	98,2%
Examen des conjonctives	675	100%
Recherche des œdèmes	675	100%
Mesure de la hauteur utérine	675	100%
Auscultation des bruits du cœur fœtal	675	100%
Toucher vaginal	675	100%

Tous les gestes techniques de l'examen physique étaient largement explorés.

Tableau XXV : Répartition des gestantes en fonction des facteurs de risque décelés lors de la CPN

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Aucun	586	86,9%
Accouchement antérieur ≥ 5	47	7,0%
Taille < 150 cm	39	5,7%
Age ≤ 16 ans	3	0,4%
Total	675	100,0%

La grande multiparité était le facteur de risque dominant (7%).

Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon la fréquence de réalisation de la prescription des médicaments préventifs et curatifs

Prescription médicamenteuse	Effectif (N=675)	Pourcentage
Médicaments préventifs		
SP	675	100%
Fer + acide folique	675	100%
Vaccination antitétanique	675	100%
Moustiquaire imprégné d'insecticide	513	76%
Médicaments curatifs		
Amoxicilline 500mg comprimé	349	51,7%
Erythromycine 500mg comprimé	291	41,1%
Nystatine ovule	515	76,3%
Bromure de N-butyle hyoxine	140	20,7%
Quinine en perfusion	89	13,2%

Toutes les gestantes avaient bénéficié de prescription de médicaments préventifs.

Consultations postnatales :**Tableau XXVII :** Répartition des mères en fonction de leur résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Baguineda camp	80	28,2%
Baguineda village	27	9,5%
Diane	3	1,1%
Farakan	2	0,7%
Gnogna	6	2,1%
Kakabougou	1	0,4%
Kasséla	7	2,5%
Kobalacoro	71	25%
Kognimba	24	8,5%
Kokoun	9	3,2%
Sadjouroubougou	5	1,8%
Sébela	4	1,4%
Soundougouba	34	1%
Tièma	7	2,5%
Yayabougou	4	1,4%
Total	284	100%

La plupart des mères résidait à baguineda camp 80 (28,2%) soit à 0km du CSCOM suivi de kobalacoro à 4km avec 71(25%). Ceux de Kakabougou situé à 5km du CSCOM ne représentaient que 0,4%.

Tableau XXVIII : Répartition des mères selon nombre de consultation

Consultations	Effectif	Pourcentage
Anciennes	154	54,2%
Nouvelles	130	45,8%
Total	284	100%

La majorité des mères soit 54,2% était des anciennes à la consultation.

Tableau XXIX : Répartition des mères selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Elève	10	3,5%
Ménagère	274	96,5%
Total	284	100%

Les femmes au foyer représentaient 96,6% des mères.

Tableau XXX : Répartition des mères selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
15-17	19	6,7%
18-21	82	28,9%
22-26	64	22,5%
27-29	28	9,9%
30-35	66	23,2%
36-43	25	8,8%
Total	284	100%

La tranche d'âge 18-21 ans était la plus représentée (28,9%) avec un âge moyen à 25ans ; les extrêmes de 15ans à 43ans.

Tableau XXXI : Répartition des mères selon la gestation

Gestation	Effectif	Pourcentage
Primigeste	74	26,1%
Paucigeste	108	38%
Multigeste	58	20,4%
Grande multigeste	44	15,6%
Total	284	100%

Les paucigestes ont été majoritaires avec 38%.

Tableau XXXII : Répartition des mères selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	90	31,7%
Paucipare	107	37,6%
Multipare	54	19%
Grande multipare	33	11,7%
Total	284	100%

Les mères qui avaient fait deux ou trois accouchements étaient les plus représentées avec 37,6%.

Tableau XXXIII : Répartition des mères selon la fréquence de la réalisation des variables liées à l'examen physique

Variables	Effectif (N=284)	Pourcentage
Pesée	258	90,8%
Mesure de la température	54	19%
Mesure de la pression artérielle	257	90,5%
Examen des seins	284	100%
Toucher vaginal	284	100%

Seulement 54 (19%) des mères avaient bénéficié d'une prise de la température

Tableau XXXIV : Répartition des mères selon le diagnostic

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Normal	275	96,8%
Infections uro-génitales	3	1,1%
Lombalgie	3	1,1%
Paludisme	2	0,7%
Hypertension artérielle	1	0,4%
Total	284	100%

La majorité des mères (96,8%) avait un état clinique normal.

Tableau XXXV : Répartition des mères selon la fréquence de la réalisation de la prescription des médicaments préventifs et curatifs

Prescription médicamenteuse	Effectif (N=284)	Pourcentage
Médicaments préventifs		
Fer + acide folique	284	100%
Vitamine A	284	100%
Médicaments curatifs		
Amoxicilline	3	1,1%
Nystatine	3	1,1%
Paracétamol	3	1,1%
Quinine	2	0,7%

Toutes les mères avaient bénéficié d'un traitement préventif.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Consultations médicales :

De janvier à décembre 2012 le CSCOM a enregistré un total de 900 patients en consultation externe, la majorité de nos patients résidaient à Baguinéda- camp avec 54% situé à 0 km du centre, ceci peut être expliqué par la proximité du centre. Ce résultat est supérieur à celui de **DICKO I [38]** avec 44,6% de ses patients résidaient à Baguinéda.

Le sexe féminin représentait un peu plus de la moitié des consultants avec 51,8%. Ce taux est comparable à ceux de **BAGAYOKO N A [35]**, **KONIPO A [45]** et **KWENE F [46]** avec respectivement 51,1%, 55%, 56,1%.

L'ethnie bambara a représenté 55,6% des patients, cela s'explique par le fait que les bambaras sont les plus dominants. Cette répartition est fonction de la carte géographique du Mali puisque nous sommes en milieu fortement peuplé par les Bambaras (88,1). [45] **BAGAYOKO N A [35]**, **DICKO I [38]** et **KWENE F [46]** ont trouvé que l'ethnie bambara représentait 58%.

Il ressort de notre étude que les nouveaux cas de consultations représentaient plus de 99%. Ce taux est comparable à celui **BAGAYOKO N A [35]**.

Le paludisme constituait la pathologie la plus dominante avec 59,7%. Ce résultat est comparable à ceux de **BAGAYOKO N A [35]** et **KONIPO A [45]** qui ont trouvé comme pathologie la plus fréquente le paludisme avec 60,4% et 56,21%. **KWENE F [46]** a lui aussi trouvé le paludisme comme pathologie la plus fréquente avec 23,5%. Ce résultat n'est guère surprenant car il représente la première cause de décès des enfants de moins de 5ans et la première cause d'anémie chez les femmes enceintes.

Consultations prénatales et postnatales :

Dans notre étude la tranche d'âge 22-26 ans a été la plus représentée avec un taux de 28,1%. L'âge moyen a été 25 ans avec les âges extrêmes allant de 15 à 45ans. Les 10,2% de l'échantillon avaient un âge compris entre 15 et 17ans ; et 5% avaient un âge inférieur ou égal à 45ans. Chez **GOITA N [40]** 12,5% des gestantes avaient moins de 18 ans et 5,5% avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Des études ont montré que ces couches sont plus touchées par la mortalité maternelle et périnatale. [36]

Nous dirons avec **SANGARET et COLL [19]** en Côte d'Ivoire que la prévention de la dystocie du jeune âge sera difficile, tant que le mariage des jeunes nubiles demeurera en Afrique.

Certains auteurs comme **BOUHOUSSOU KM et COLL [6]** trouvent que 2,82% des parturientes avant 19 ans présentent une toxémie gravidique. Ce risque est d'autant plus grand que la parturiente est plus jeune encore, et cette fréquence est deux fois plus grande chez la gestante mal surveillée.

L'exploration de la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants ou pas). Dans notre enquête nous avons recensé 97,9% de gestantes mariées comme chez **KONATE S [44]** et **KANTE Y [42]** avec respectivement 93,5%, 90,5%. Cela peut améliorer l'issue de la grossesse.

La connaissance des antécédents obstétricaux est primordiale dans la prise en charge des gestantes ; car elle détermine la conduite à tenir pour une issue favorable de la grossesse. Parmi les gestantes ayant évoqué des antécédents obstétricaux, 13% avaient fait des fausses couches soit 88 gestantes. Ce taux est inférieur à celui de **KANTE Y [42]** qui trouve 33% mais supérieur à celui de **KAMISSOKO M [41]** : 12%. Les nullipares représentaient 21% de l'échantillon, ce taux est inférieur à ceux de **TRAORE I [50]** 22,5% et de **KONATE S [44]** 35,5% mais supérieur à celui de **KAMISSOKO M [41]** :12%. Les grandes multipares représentaient 7,4% des gestantes comme chez **TRAORE I [50]** : 7,5% mais inférieur à celui de **KONATE S [44]** 9,0% et supérieur à celui de **KAMISSOKO M [41]** :4,0%.

Le traitement préventif est un élément capital dans la prophylaxie du paludisme, de l'anémie et du tétanos. Notre étude a trouvé des taux de couverture préventive à 100% dans tous cas. **KEITA S [43]** a trouvé respectivement 62%, 94% et 99%.

L'examen clinique constitue le volet le plus important pour la CPN. Cependant beaucoup d'éléments ont été pris en compte, par contre l'auscultation pulmonaire et cardiaque n'était pas faite comme chez **FOMBA S [39]**, **KONATE S [44]** et **KEITA S [43]**. L'examen au spéculum était non fait 0% contre 2% chez **KEITA S [43]** et 20% chez **GOITA N [40]**.

La multiparité et la taille inférieure à 1,50 mètre sont des éléments appréciables pour les facteurs de risque.

VI. Conclusion

Notre étude, sur l'analyse rétrospective des consultations externes, prénatales et postnatales dans le centre de santé communautaire de Baguinéda-camp s'est déroulée de janvier à décembre 2012.

L'étude a consisté à l'exploitation des fiches, des supports et des registres du centre pour examiner les procédures et les résultats de ces activités.

L'étude nous a permis entre autre :

- de classer et de ressortir les tendances des utilisateurs des différentes activités du centre de santé par âge, sexe, ethnie, profession et village
- de ressortir les examens réalisés pendant les différentes consultations
- de dégager les diagnostics les plus fréquents
- de déterminer les principaux médicaments prescrits.

Les différentes données recueillies ont montré qu'au delà de 05km, l'utilisation des services de santé est de plus en plus faible. Elle a montré aussi que le paludisme est la principale maladie dominante surtout chez les enfants de moins de 05 ans. En outre, l'étude a révélé une irrégularité des gestantes et des mères au niveau des CPN et des CPON.

Cependant, nous avons remarqué quelques lacunes qui sont :

- _ Inadéquation du support de recueil de données pour effectuer des statistiques fiables sur le plan technique et financier
- _ Manque de matériel de pansement de stérilisation et de laboratoire pour les examens complémentaires.

VII. PROPOSITIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées. Elles s'adressent aux :

- Aux autorités du centre :

- ✓ Equiper le centre de santé communautaire en équipements de laboratoire pour renforcer la qualité diagnostique et traitement
- ✓ Doter les salles de consultation prénatale et d'accouchement en matériels adéquats (stéthoscopes, spéculum, tensiomètre)
- ✓ Assurer un recrutement et une formation continue du personnel socio-sanitaire.

-Aux personnels du centre :

- ✓ Instaurer un programme régulier de staffs et de réunions mensuelles du personnel technique pour l'amélioration de la qualité du centre
- ✓ Renforcer la qualité de l'accueil notamment au niveau de la maternité
- ✓ Limiter la consultation prénatale au seul personnel qualifié
- ✓ Sensibiliser la population sur les méthodes de prévention contre le paludisme notamment l'utilisation des moustiquaires imprégnées
- ✓ Sensibiliser la population sur l'inconvénient des mariages précoces
- ✓ Sensibiliser les populations de la commune rurale afin d'améliorer la fréquentation du CSCOM.

-Aux populations :

- ✓ Suivre régulièrement les consultations prénatales et postnatales
- ✓ Appliquer les conseils stricts donnés par les prestataires
- ✓ En cas de maladie aller se faire consulter le plutôt possible pour une meilleure prise en charge.

VIII. REFERENCES

OUVRAGES:

1- CRIMAIL Ph., HAINAUT F., POULLAIN J-C.

La consultation postnatale

Paris : Editions Masson, 1995, 145 pages

2- Larousse Pratique. © 2005 Editions Larousse. Page 285.

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

ARTICLES :

4- Anonyme : Cellule de Planification et de la Statistique MALI. Enquête démographique et de santé quatrième édition (EDSM) IV, 2006

5- Anonyme : Procédures en santé de la reproduction, la santé de la femme. Soins prénatals recentrés, soins prénatals, 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. Page 23

6- BELCO K

Nouvelles causes et facteurs de risque de la mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal

1984 - 1998.

7- Blackett M, Davies A.M. and Petros-Barbazan A. *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)*, Genève: OMS. 1984

8- Chong P.K, Hall M.H and McGillivray I. An audit of antenatal care: the value of the first antenatal visit. *B. M. J.* 1980. 281: 1184-1186.

9- COUNTRY HEALTH SYSTEM FACT SHEET 2006 disponible sur

<http://www.who.int/whosis/en/>

10- Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE.

Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43

11- Donabedian A. Exploration in assessment and monitoring, vole I-the definition of quality and approaches to its assessment. Health administration press an arbor, Michigan, 1980.

12- Hall M.H, Chong P.K. and McGillivray I. Is routine antenatal care worth while?

Lancet, 1980 pp. 78-80.

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

14- 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.

15- King M. *Medical care in developing countries: a symposium from Makerere*, 2nd edn. Nairobi 1970. Oxford University Press.

16- Lawson J.B and Stewart D.B. *Obstetrics and Gynaecology in the Tropics and Developing Countries*, Edward Arnold. London 1967

17- Nesbitt R and Aubry R. High risk obstetrics: II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1969. 103: 972-985.

18- Oakley A. *The capture womb. A history of the medical care of pregnant women*, Oxford 1984. Basil Blackwell.

19- OGGA A; DIARRA A.J; KOADIO KL

Evaluation de la situation sanitaire dans une région du centre Nord de la côte d'ivoire en 1994
Revue de médecine noire N° 07. Pages 133.

20- O.M.S. Genève

Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle.
1987, 40, N°3, PP 214- 225

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

22- OMS- *Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.* Consulté le site :(www.who.int/pmch/Fr/)

23- OMS, OMM, PNUD Changement climatique et santé humaine - Risques et mesures à prendre. Organisation mondiale de la Santé. ISBN 92 4 259081 9 (**Classification NLM WA 30**) **Organisation mondiale de la Santé 2004.**

24- PINAP, et all Infection nosocomiales a rota virus dans un service de pédiatrie générale épidémiologie, typage, moléculaire et facteurs de risques Arch. Pédiatrie : Paris 2007, 10, 1058- 9

25- Philpott R.H. The organisation of services in Africa. In: *Maternity services in the developing world* Philpott, R.H ed. London. 1979 Royal College of Obstetricians and Gynecologists. pp. 131-142.

26- Puech F, Levy G et al. Mortalité maternelle; synthèse du rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Consulté le site :
<http://www.sfmp.net/site/publications/journal/mortmat.htm>

27- TUNKERA KOBLINSKY M.A DALLY et COLL- Vers une maternité sans risque.
Document de synthèse de la Banque mondiale. 202F : 1. 10

28- Rayton E (Armstrong S). *Prévention des décès maternels.* OMS Genève, 1990,
231Pt

29- ROCHON J.

Jean ROCHON (Montréal, 29 juillet 1932),
Québec : les publications du Québec, 1997, 164 p., p.75. Disponible sur le site :
[http:// www.med.univ-rennes 1.fr/ iidris /](http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/).

30- Ross D.A. The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus. In:

Mangay-Maglacas, A. and Simons, J. (Eds.). *The potential of the traditional birth attendant*, Geneva 1986: WHO. pp. 8-20

31- Van der does C.D and Haspels A.A. Antenatal care. In: Van der Does, C.D. and

Harpels, A.A. (Eds.) *Obstetrical and gynaecological hints for the tropical doctor*,
Utrecht: 1972 A. Oosthoek's. pp. 1-6

32- WHO/HTM /GMP, 2008 prises en charge du paludisme dans les structures sanitaires :

Manuel de formation.

33- WHO. Management of the young child with an acute respiratory infection. **The WHO, ACT International**, Atlanta, Georgia, **USA, 1991.**

34- World Health Organization. World Health Report 2003 – Shaping the Future. Geneva, Switzerland: **World Health Organization, 2003.**

THESES :

35- BAGAYOKO N A.

Evaluation du centre de santé communautaire de Kalabancoro(ASACOKA) de janvier à août 2008. [Thèse] Médecine, FMPOS, Bamako N° : 10M535- Page 92

36- BOIRE M :

Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux : médico-techniques et pharmaceutiques de l'HGT thèse de médecine 2000. M 69. Pages79.

37- COULIBALY. SM

Morbidité et Mortalité dans le service de Pédiatrie CHU GABRIEL TOURE 1999 – 2000
[Thèse] Médecine université de Bamako 2001 M – 124

38- DICKO I.

Consultation communautaire : Représentations sociales des patients sur les soins dans la commune rurale de Baguinéda. Thèse Médecine, FMPOS 2010

39- FOMBA S

Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au Centre de Santé niproma de magnambougou en commune VI du District de Bamako, thèse de médecine 2002. M 64.
Page 73.

40- GOITA N.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.
Thèse Médecine, FMPOS. 2006 .M 210. Page 102.

41- KAMISSOKO Male

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalabancoro zone péri urbaine de Bamako. Thèse, Médecine, Bamako, 2004-M 87. Page 59.

42- KANTE Y.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE. Thèse, Médecine, Bamako N° : 09M39- Page 63

43- KEITA M S.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de référence de Kita.
Thèse, Médecine, Bamako N° : 08M248-Page 58

44- KONATE S.

Qualité de la surveillance prénatale dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako thèse de médecine 2002. M 33. Page 36.

45- KONIPO N A.

Consultation communautaire : le de l'utilisation des services de santé et motifs de consultation dans le CSCOM de Baguinéda. Thèse, Médecine, Bamako N° : 10M541-
Page 77

46- KWENE F.

Evaluation du centre de santé communautaire de Magnambougou (ASACOMA)
Thèse Médecine, Bamako, 1996.

47- MARIKO S.

Qualité de la prise en charge des six premières pathologies, niveau de satisfaction des parents. [Thèse] Médecine, université de Bamako 2003M- Page 63.

48- SISSOKO.S :

Etude sur les motifs de consultation dans le service de pédiatrie de CHU GABRIEL TOURE du 01 Mars 2004 au 28 février 2005 [Thèse] université de Bamako 2006 M –
180 Page 65.

49- SY.O.

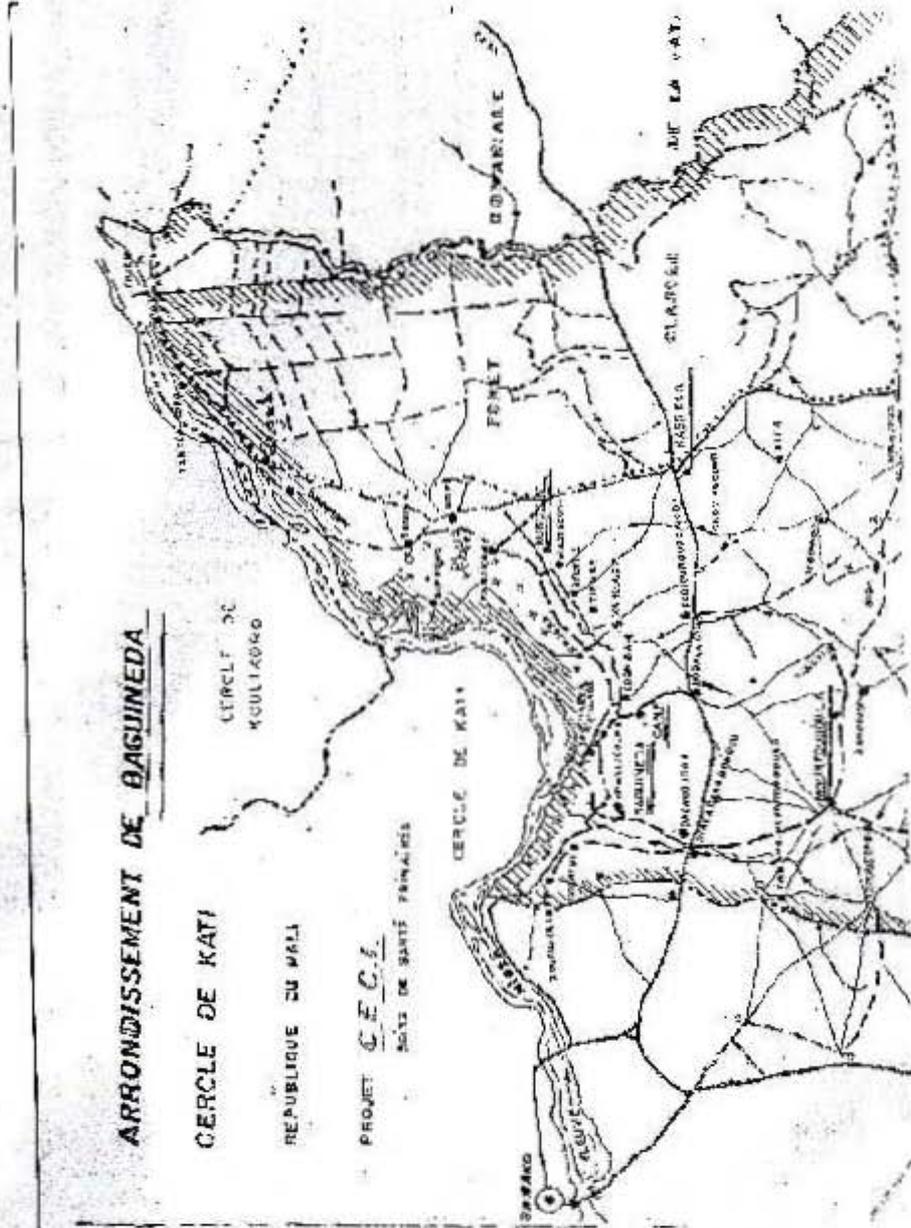
Morbidité et Mortalité dans le service de pédiatrie B de CHU GABRIEL TOURE.
[Thèse] médecine, université de Bamako 2003 M – 27 Page 40.

50- TRAORE I.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé communautaire(ADASCO) de Daoudabougou en commune 5 du district de Bamako.
Thèse, Médecine, Bamako N° 09M38 –Page 34

IX- ANNEXES

1. Carte géographique de la commune de Baguineda



2- Certificat en langue Bambara

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
DE L'ALPHABÉTISATION ET DES
LANGUES NATIONALES**
Direction Nationale de l'Éducation
Non Formelle et des Langues Nationales



ATTESTATION N° 12090/MEALN

Je soussigné, Directeur National de l'Éducation non Formelle atteste que
M. YOUSSEF TRAORE
Né le 16 janvier 1982 à Bamako
a régulièrement suivi la formation d'initiation à la lecture, à la transcription et
à la méthodologie d'enseignement de la langue Nationale: BAMBARA
Du 12.11.2012 au 7.12.2012 à Bamako

En foi de quoi, je lui délivre la présente attestation pour servir et valloir en ce qui de
droit

Bamako le 11 décembre 2012

Signature du Maître  Le Directeur 
Moussa DIABY



MALI JAMANA
FASOMAMA kelen' kurillemo kelen
zanaya-kelen

**Kolan, Signikalan ni
Fasokanw Ministiro
Signikalan Ni Fasokanw
jamane Diabo**



SEEREYASEBEN N° 12029/KSFM

Ni Signikalan ni Fasokanw beara, pema, b'a seeretiya ko:
Yessafa Jarawele
Min bongo 30 wuyelalo tile 14 Jan 1982 Bamako
ye kulay: Seheni onirumgokalan ke Bamankouma
Ka bo Meliamburukalo tile 12 Jan 2012
Ka faa se desa burukalo tile 7 Jan 2012

O kama, a be oin seereyaseben in d'a ma re
Bamako desa burukalo 11 Jan 2012

Seereyaseben tigi bolom Bamako Pema
Musa Jara 



3- Certificat en éthique de la recherche



Zertifikat
Certificat

Certificat
Certificat

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate
Ce document atteste que - this document certifies that
YOUSOUF TRAORE
a complété avec succès - has successfully completed
Introduction to Research
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

juin 2, 2014
010 : 6X6L2Y123



Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Ce programme est soutenu par - This program is supported by :
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irac.gc.ca>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMES/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpc.ch)

[R2N : 20140328]

FICHE D'ENQUETE

Registre de consultation externe

Résidence : Age : Sexe : Ethnie : Profession :.....

Consultation : N/A Diagnostic : Traitement :

Registre de consultation prénatale

Résidence : Statut matrimonial : Parité : Nombre d'avortement :

Nombre d'enfant en vie : Age de la grossesse : Groupe sanguin : Test

d'EMMEL : B.W : Poids : Taille : Tension artérielle :

Hauteur utérine : BDCF : FAF : Nombre de CPN : SP : VAT :...

MII : Risque : Diagnostic :

Registre de consultation postnatale

Résidence : Consultation : N/A Profession :..... Age : Gestation :

Parité : Poids : Taille : Tension artérielle : Etat des seins :

Involution utérine :..... Etat des lochies : Etat du périnée : Etat du col :

Diagnostic : Vitamine A : Traitement :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : YOUSOUF

Adresse Email : youssoufraore75@gmail.com

Titre : Analyse rétrospective des consultations externes, prénatales et postnatales de l'année 2012 et étude des cas courants au niveau du CSCOM de la commune rurale de Baguinédacamp.

Année universitaire : 2013 – 2014

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et
D'Odontostomatologie.

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée au niveau du CSCOM de Baguinédacamp de l'année 2012.

L'étude a consisté à l'exploitation des fiches, des supports et des registres du centre pour examiner les procédures et les résultats de ces activités.

L'étude nous a permis entre autre :

- de classer et de ressortir les tendances des utilisateurs des différentes activités du centre de santé par âge, sexe, ethnie, profession et village
- de ressortir les examens réalisés pendant les différentes consultations
- de dégager les diagnostics les plus fréquents
- de déterminer les principaux médicaments prescrits.

Les différentes données recueillies ont montré qu'au delà de 05km, l'utilisation des services de santé est de plus en plus faible. Elle a montré aussi que le paludisme est la principale maladie dominante surtout chez les enfants de moins de 05 ans. En outre, l'étude a révélé une irrégularité des gestantes et des mères au niveau des CPN et des CPON.

Mots clés : Centre de santé communautaire, Analyse, Consultations externes, prénatales, postnatales, Baguinédacamp.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père.

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 !