

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

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire :2017- 2018 N°...../

THESE

**ANALYSE DES CONSULTATIONS
PRENATALES ET MEDICALES DU 1^{er}
JANVIER 2016 AU 31 DECEMBRE 2016 AU
CABINET MEDICAL MAMY KEITA DANS LA
COMMUNE RURALE DE BAGUINEDA-CAMP**

Présentée et soutenue publiquement le 18/01/2018 Devant la

Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

Par M.Balla Moussa SISSOKO

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

JURY

Président: Pr Boubacar MAIGA

Membre: Dr Sory Ibrahim DIAWARA

Co-directeur: Dr Soma TRAORE

Directeur: Pr Samba DIOP

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie cette thèse :

A **ALLAH** le tout puissant, seigneur de l'univers pour sa grâce et sa miséricorde.

A la mémoire de mes pères : FEU DEMBA SISSOKO et FEU MAMOUTOU DIARRA

Les sacrifices que vous

avez consentis pour mon éducation ont été fructueux, votre esprit de grandeur nous a ouvert la voie de l'honneur et de la dignité.

Votre présence nous aurait beaucoup réconfortés dans la présentation de cette thèse qui demeure empreint de vos esprits. En témoignage de mon respect pour vos âmes et en reconnaissance de votre affection qui ne m'a jamais fait défaut cette thèse vous est dédiée, vous constituez un modèle dont je m'inspirerai toujours. Paix à vos âmes.

A ma mère : AMINATA CISSE KEITA, Je ne pourrai jamais vous remercier de tout ce que vous avez fait pour

moi. Grâce à votre bénédiction et à votre soutien, me voilà saine et sauve, m'appêtant à rentrer dans une nouvelle vie, ce travail est le vôtre.

A mes oncles: Ibrahim Touré, MakanSissoko, MadySissoko

Vos conseils, votre soutien ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez ici mes sentiments de reconnaissance.

A l'ensemble du personnel du cabinet Mamy Keita : ce travail est surtout le vôtre.

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

A mes chefs de service : Dr TouunkaraSekouba, Dr Traoré Soma, Mme Dembélé Khadidja Aly Keita, Dr Diakité Sékouba

Merci pour tous ce que vous avez faits pour moi.

**A mes amis et frères Moctar Napo, Dr Simpara Boubacar, Dr DEMBELE
Lamine, Dr Laya Niangaly, Mohamed Lamine**

DOUCOURE, Boubacar Diamouténé : Pendant ces huit ans nous avons partagé beaucoup d'expériences parfois difficiles mais nous voilà à la fin. Sans cela on ne serait pas là aujourd'hui, je vous remercie pour vos soutiens, encouragements et efforts personnels.

A mes aînés : Dr Housseiny Ongoïba, Dr Tidiane Traoré, Dr Moussa Djiré, Dr Djibril Cissé, Dr Moustapha Yattara et Dr Cheick Oumar Coulibaly

Merci pour tous ce que vous m'avez appris depuis mes débuts jusqu'à aujourd'hui.

Et en fin je remercie tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu depuis le tout début jusqu'à la réalisation de ce travail dont les noms n'ont pas été mentionnés ici.

HOMMANGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury

Professeur Boubacar MAIGA

- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Chef adjoint de DER des sciences fondamentales de la FMOS**
- **Médecin chercheur au MRTC/DEAP**
- **PhD en Immunologie à l'université de Stockholm en Suède**

Cher maître, nous nous réjouissons de vous avoir comme président pour juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement pour l'amélioration de la qualité du travail bien fait, votre engagement dans la recherche scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques ne nous ont pas échappés.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A notre maître et membre du Jury

Docteur Sory I. DIAWARA

- **MPH**
- **Médecin Chercheur à la FMOS USTTB**

Cher maître vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être membre de ce jury.

Votre simplicité, votre sagesse, votre disponibilité, votre rigueur dans le travail et votre croyance ont de vous un maître respecté de tous.

Cher maître accepté nos sentiments de reconnaissance et notre respect.

A notre maitre et Co – directeur de thèse

Dr Soma TRAORE

➤ **Médecin chef du Cabinet Mamy Keita**

Cher Maître,

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touchés.

Vos suggestions et vos remarques ont pu conduire ce travail à son terme.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de Codiriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Passionné du travail bien fait, votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle à suivre.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique au DER de santé publique à la FMOS et à la FAPH.**
- **Personne ressource du membre des comités d'éthique de la FMPOS ; de l'INRSP ; CRLD et du CNESS.**

Cher maitre,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le diriger. Votre simplicité, votre dynamisme, votre souci du travail bien fait nous laissent le souvenir d'un maître exemplaire.

Trouver ici l'expression de notre plus haute considération.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et Abréviations

AG: Assemblée générale.

ASACO: Association santé communautaire

AV : Avortement

BW : Bordet et Wasserman

CA: Conseil d'administration

CPN: Consultation prénatale

CM : Consultation médicale

CPON : Consultation postnatal

CSCOM: Centre de santé communautaire

CSREF: Centre de santé de référence

DCI: Dénomination commune internationale

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

EDS: Enquête démographique et de santé

FAF : Fer + Acide folique

FDR : Facteur de risque

HTA : Hypertension artérielle

Km : Kilomètre

MII : Moustiquaire imprégnée d'insecticide

NFS : Numération formule sanguine

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisme non gouvernemental

PEV: Programme élargi de vaccination

CTA : Combinaison thérapeutique à base d'artémisine

PMA: Paquet minimum d'activités

RACE: Recensement administratif à caractère électoral

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

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU	TITRES	Page
I	Répartition des gestantes leur résidence	31
II	Répartition des gestantes selon leur profession	32
III	Répartition des gestantes selon leurs religions	32
IV	Répartition des gestantes selon leur niveau d'instruction.	33
V	Répartition des gestantes selon leur statut matrimonial	34
VI	Répartition des gestantes selon leur parité	35
VII	Répartition des gestantes selon la présence de facteurs de risque décelés lors de la CPN	36
VIII	Répartition des gestantes selon leur antécédent d'avortement	37
IX	Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse lors de la 1 ^{ère} CPN	38
X	Répartition des gestantes selon le nombre de CPN	39
XI	Répartition des gestantes selon leur possibilité d'honorer les frais pour CPN, d'achat de la SP et du FAF	40
XII	Répartition des gestante selon l'âge de la grossesse à laquelle elles ont reçu leur dose de traitement préventif antipaludéen (SP)	41
XIII	Répartition des gestantes selon la réalisation des examens complémentaires au cours de leur grossesse	42

XIV	Répartition des gestantes selon la fréquence de la réalisation des variables liées à l'examen physique	42
XV	Répartition des patients selon leur résidence	43
XVI	Répartition des patients selon le sexe	44
XVII	Répartition des patients selon les ethnies	45
XVIII	Répartition des patients selon leur profession	46
XIX	Répartition des patients selon la réalisation d'un TDR	47
XX	Répartition des patients en fonction des différentes pathologies rencontrées	48

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	CADRE THEORIQUE.....	3
III.	METHODOLOGIE.....	20
IV.	RESULTATS.....	31
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	54
VI.	CONCLUSION.....	57
VII.	RECOMMANDATIONS.....	58
VIII.	REFERENCES.....	59
IX.	ANNEXES.....	64

I- INTRODUCTION:

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. (2) 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. (3)

La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse, elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement.

L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse.

Chaque jour au moins 1 600 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Soit un décès par minute ce qui représente 585 000 décès maternels par an [42].

Face à cette situation il est judicieux de mettre en place une stratégie pouvant améliorer les prestations en matière de santé de la reproduction (SR). C'est donc dans le souci d'offrir des soins de qualité qu'ont été élaborées les Politiques, Normes et Procédures (PNP).

Les PNP ont pour ambition de développer chez les prestataires des aptitudes et attitudes simples et efficaces dans l'offre des soins de SR.

Ce concept de SR édicté par la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) et adopté par Mali en 1994, traduit une pleine responsabilisation de l'individu en tant qu'acteur principal de sa bonne santé. Ainsi face à ses problèmes de santé, il a droit à des services de santé de qualité et accessibles [1]

Selon l'O.M.S, chaque année 350.000 femmes meurent de causes liées à la grossesse et environ 8 millions d'enfants meurent avant l'âge de cinq ans dont 40% pendant le mois qui suit la naissance. (35)

Au Mali selon l'enquête démographique et de santé (EDSM IV) réalisée en 2006, le taux de mortalité maternelle passait de 464/100.000 naissances vivantes à 368/100.00 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile passait de 96/1.000 à 56/1.000 selon les données de la présente enquête (EDSM V) réalisée en 2012. La tendance du rapport de mortalité maternelle est à la baisse depuis 2001, passant de 582 décès pour 100 000 naissances à l'EDSM III 2001, à 464 décès pour 100 000 naissances à l'EDSM IV 2006, pour atteindre 368 décès pour 100 000 naissances à la présente EDSM V 2012-2013. La baisse de la mortalité maternelle observée depuis 2001 est statistiquement significative.

Au Mali, après la mise en œuvre des soins de santé primaires 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.

Le principal centre d'intérêt de ce travail réside dans l'analyse des cas de consultations prénatales et externes au cabinet Mamy Keita dans la commune rurale de Baguineda camp au cours de l'année 2016.

II- Cadre théorique:

2.1 Revue de la littérature

2.1.1 Consultations prénatales :

2.1.1.1 - Historique de la consultation prénatale :

L'histoire de la CPN moderne a 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 (6) et les américains à leur Instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 (7).

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 (6).

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. (8) 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'obstétriques 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. (8, 9, 10, 33, 11) .C'est durant la même période que progressivement ont été mises au point des méthodes de mesure du risque dans lesquelles plusieurs facteurs sont agrégés pour fournir un index (RiskScoring System) (12).

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 » (13)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) » (14).

Les années 1980, à part quelques remises en question sporadiques (15, 16,6), furent les années d'engouements 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 » (14), 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.

2.1.1.2 - 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.

2.1.2 - Consultation prénatale recentrée :

2.1.2.1- 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 (17).

2.1.2.2- Conditions et éléments de la CPN recentrée :

Conditions: Ce sont,

- un prestataire qualifié;
- une éducation sanitaire;
- un local adéquat.

Eléments

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 (17).

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.

2.1.2.2.1 - Première consultation prénatale :

Elle comporte les temps 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'asthme.
- 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 entre autre 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 1er 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 (18).

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 (18).
- **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 (17) 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.

2.1.2.2.2- 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 (18)

2.1.2.2.3 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 électorive.

2.1.2.2.4 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 (19).

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 (4).

d. Les procédures :

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des soins de qualité par les prestataires (17).

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 (20).

f. Taux de mortalité maternelle:

C'est le nombre de décès maternels pour 1000.000 grossesses, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer (20).

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 (18).

- **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 (19).

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 (18).

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 génésique 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 (21).

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 (21).

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 (21).

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. (22).

➤ **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 (22).

2.1.2-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. (23)

2.1.2.1 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 (24).

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).

➤ 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. (11)

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. (29)

Une étude faite par SISSOKO.S (26) en 2006 à Bamako a montré que le paludisme représente 20,6% des motifs de consultation des enfants.

➤ LES INFECTIONS RESPIRATOIRES :

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 1991), (3) 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, *Bordetellapertussis*, *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 (28).

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. (29)

On distingue deux types d'IRA : les IRA hautes et les IRA basses la limite anatomique étant la glotte.

Les IRA basses se lancent 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. (30)

SY.O a montré que les IRA représentent la deuxième cause d'hospitalisations pédiatriques avec 26,4%. (31).

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.

➤ **LA DIARRHÉE :**

La diarrhée se définit comme l'émission, trois fois ou plus, de selles liquides, molles, ou anormales par jour (32). 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 a souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. (26)

La diarrhée représente 18% des causes de mortalité chez les moins de cinq ans. (29).

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.(26)

Dans 80%des cas elle est d'origines virale (rota virus, adénovirus) (34).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.

2.2- Justification de l'étude

Notre étude se justifie par l'absence de données vis-à-vis des structures de santé privée dans la zone de Baguineda étant donné que la commune rurale de Baguineda-Camp seul compte aujourd'hui environ sept (7) cabinets médicaux. Elle permettra à notre gouvernement (Mali) et acteurs impliqués d'avoir un aperçu en terme de statistique sur le taux de fréquentation de cette population dans les structures de santé privé , d'apprécier les résultats obtenus, et si nécessaire inviter ces acteurs du secteur privé à travailler en parallèle avec les structures de santé communautaires de la localité pour une promotion plus renforcée de la santé des populations, et dans ce cadre si, amener les acteurs impliqués à ajuster si nécessaire leur stratégie d'intervention en terme de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale dans la zone.

2.3- Objectifs de l'étude :

2.3.1- Objectif General :

- Analyser les consultations prénatales et médicales du cabinet Mamy Keita de Baguineda camp du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

2.3.2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- Décrire les consultations prénatales effectuées au CMK.
- Déterminer la prévalence des principales pathologies diagnostiquées chez les patients en consultation médicale.

III- METHODOLOGIE

3.1- Type et Période d'étude :

Il s'agissait d'une enquête transversale prospective avec collecte des données des consultations prénatales et médicales du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

3.2- Choix et Description du site d'étude :

Présentation de la commune de Baguineda

➤ 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 rurales : Baguineda-camp, Bountougoula, 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 environ 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 Kalaban-coro 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, cailcedrat 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 général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2009, la population de la commune de Baguineda-camp est estimée à cinquante-huit mille six cent soixante un (58.661) habitants répartis entre 138.63 hommes et 13.127 femmes. La population active représente 70 % de la population totale. La religion dominante est l'islam ; d'autres s'y ajoutent : christianisme et l'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, bwa, sénoufo, minianka , dogon, sonrhaï et maues. 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 80.000 hectares. Un espace riche en faune sauvage dont les antilopes, les hyènes, les phacochères, les lièvres et les singes. Les produits de cueillette 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, quatre (4) cabinets médicaux et deux (2) cabinets de soin. 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.

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 (7.422) dont 3.240 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.

➤ **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.

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 à quelque bozos venus de Mopti à 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, Diani et Sencoro. 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 Baguineda. La prise de

poison fait 100 kg/jour soit 36,5 t par an ; 3 kg de poissons sèches par jour soit 1,09 t par an ; 10 kg /jour de poissons fumés soit 3,65 t par an. Les femmes s'occupent de la commercialisation, la transformation du poison 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 kôrôdougâ. 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, Cabinets médicaux et de soins, des artisans, des transporteurs, diabasênêton, 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 : KafoJiginew, **Kondo Jigima**, **Jemeni**, caisse d'Épargne 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 communal. 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 cabinet médical Mamy Keita (C.M.K) :

Aspects institutionnels :

Le cabinet médical Mamy Keita de Baguineda camp est une structure de droit privé qui est la propriété d'une association de médecins et de sage-femme déclarée auprès du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé, créée le 12 octobre 2011.

Les activités du cabinet se déroulent conformément à la politique définie par Les autorités sanitaires du pays.

De ce fait le cabinet entretient des relations d'ordre fonctionnel avec les autres structures de la commune à savoir la sous-préfecture de Baguineda, la mairie de la commune, le centre de santé de référence de kalaban-coro.

Aspects technique :

Le cabinet est dirigé par un médecin chef 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 la promptitude des références et évacuations vers des services compétents.

Infrastructures et Activités du cabinet Mamy Keita :

Le cabinet médical Mamy Keita de Baguineda est situé dans la commune rurale de Baguineda camp à environ 150 mètre de la gendarmerie de Baguineda camp au bord du goudron.

Le cabinet comprend :

- Unité de soins infirmiers : comprenant une salle de soins, une salle de garde, une salle portant un réfrigérateur contenant les vaccins pour la vaccination qui est dirigée par la sage-femme et les infirmières du cabinet.
- Une salle d'attente
- Une salle de consultation pour le médecin
- Une toilette
- Deux robinets d'eau potable dans la cour.
- Une salle de consultation prénatale
- Une salle d'accouchement
- Deux salles d'observation (suites de couches) comprenant deux (2) lits
- Une salle de garde
- Un laboratoire pour les analyses biologiques de base
- Une salle d'Echographie obstétricale
- Une toilette dans la cour

Les activités menées au Cabinet médical Mamy Keita de Baguineda

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

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

Les consultations de médecine générale sont généralement faites par un docteur en médecine. Les soins infirmiers sont dispensés par les infirmières.

Les CPN sont effectuées par la sage-femme.

Les accouchements sont effectués par le médecin, les femmes peuvent venir accoucher au cabinet à tout moment, de jour comme de nuit. Les visites post natales sont effectuées par la sage-femme, 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

Kalaban-Coro approvisionne le centre en vaccins et dispose de sa propre chaîne de froid.

La planification des naissances : elle est assurée par la sage-femme et les méthodes utilisées sont : la contraception par voie orale, par voie injectable, DIU (dispositif intra-utérine) et les implants

3.3- Population de l'étude :

Elle était composée de personnes se rendant en consultation prénatale ou curative au cabinet médical Mamy Keita de Baguinéda de janvier à décembre 2016. De façon systématique et exhaustive, les différents registres étaient dépouillés pour recueillir les données du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

3.3.1- Critères d'inclusions:

Etaient incluses dans la présente étude, toutes personnes ayant été reçues et enregistré dans le registre des consultations prénatales ou dans celui des consultations médicales externe au cabinet médical Mamy Keita de Baguineda-camp au cours de la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

3.3.2- Critères de non inclusions:

N'étaient pas inclus dans notre étude, les patients n'ayant pas été enregistrés dans les différents registres de consultation au cours de la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

3.3.3 Echantillonnage :

De façon systématique et exhaustive, l'étude portait sur l'ensemble des gestantes reçues aux CPN et les patients reçus en consultation médicale à la période allant du 1^{er} au 31 décembre 2016 au cabinet médical Mamy Keita.

3.4- Calendrier

Nous avons consacré sept (7) mois à la collecte des données sur les différents registres de consultation et au recueil des avis des gestantes, médecins, sages-femmes lors des interviews individuelles et focus groupe.

3.5 Technique et Outils d'enquête:

a- Quantitative :

Les registres de consultation prénatale et consultation médicale externe étaient utilisés pour la collecte des données ainsi que des fiches de dépouillement élaborées à cet effet. La technique de collecte utilisée était le dépouillement systématique dans l'ordre d'enregistrement de toutes les consultations effectuées au cabinet médical Mamy Keita de Baguineda de janvier à décembre 2016.

b- Qualitative :

En ce qui concerne les données qualitatives, un guide d'interview individuel était administré au médecin ainsi qu'à la sage-femme ainsi que la mise en place des séances de focus group animées par les gestantes reçus lors des CPN.

3.6- Saisie, traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel **Word** et **Excel** 2010 et analysées sur le logiciel Epi-info version 3.5.3

3.7- Budget d'étude : Sur *fond propre*.

3.8- Produit attendus : Document de thèse contenant

- Le profil sociodémographique des patients de notre enquête.
- La prévalence des pathologies courantes dans la commune rurale de Baguineda
- Les médicaments prescrits aux gestantes lors des CPN.

3.9- Considérations éthiques :

Au cours de l'enquête, une attention particulière était portée sur les valeurs morales (la politesse, prise de connaissance, courtoisie, la dignité humaine et un dialogue honnête), avant le début de l'étude, des informations concernant l'étude ont été fournies à la population Cible, sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien pour obtenir leur consentement éclairé qui était verbale. L'anonymat était gardé lors de l'analyse et ne faisait l'objet de mention d'identité lors de la présentation des résultats.

IV RESULTATS

4.1-DONNEES QUANTITATIVES

4.1.1- CONSULTATIONS PRENATALES

Tableau I : Répartition des gestantes leur résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Baguineda Camps	126	27,7%
Baguineda village	24	5,3%
Soundougouba	59	13%
Kokoun	19	4,2%
Gnogna	22	5%
Kasséla	17	3,7%
Mofa	14	3%
Kobalacoro	96	21,1%
Kobalacoura	39	8,6%
Sebela	12	2,6%
Kogninba	8	1,8%
Sadjouroubougou	15	3,3%
Diané	3	0,7%
Total	454	100%

La majorité des gestantes vues aux CPN résidaient à Baguineda Camp soit 27,7%,suivi de celles de Kobalacoro 21,1%.

Tableau II : Répartition des gestantes selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	406	89,4%
Commerçante	36	7,9%
Elève	4	1%
Autres	8	1,7%
Total	454	100%

89,4%des gestantes étaient des femmes au foyer

Tableau III: Répartition des gestantes selon leurs religions

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmane	446	98%
Chrétienne	8	2%
Total	454	100%

98%des gestantes étaient musulmanes.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon leur niveau d'instruction.

Niveau	Effectif	Pourcentage
1^{er} cycle fondamental	173	38,1%
Alphabétisée	133	29,3%
Non scolarisée	148	32,6%
Total	454	100%

Les gestantes ayant été au 1^{er} cycle fondamental étaient majoritaires soit 38,1 %.

Tableau V : Répartition des gestantes selon leur statut matrimonial

15 – 24	25 – 34	35 - 44	Total	
Mariée	210	178	56	444
	47,3%	40,1%	12,6%	100%
	95,5	100%	100%	97,8%
Célibataire		-	-	10
100%	100%			
	4,5%	2,2%		
Total	220	178	56	454
	48,5%	39,2%	12,3%	100%
	100%	100%	100%	100%

Les femmes mariées étaient largement majoritaires avec 97,8%.

Tableau VI : Répartition des gestantes selon la parité

15 – 24	25 – 34	35 - 44 ans	Total	
Nullipare	87	9	-	96
90,6%	9,4%			100%
39,5%	5%21,1%			
Primipare	81	31	-	112
72,3%		27,7%		100%
45,5%	17,4%24,7%			
Paucipare	52	78	8	138
	37,7%	56,5%	5,8%	100%
	29,2%	43,8%	14,2%	30,4%
Multipare		49	34	83
59%41%	100%			
27,5%60,7%	18,3%			
Grande multipare		11	14	25
44%	56%	100%		
		6,2%	3,1%	5,5%
Total	220	178	56	454
48,5%	39,2%	12,3%	100%	
100%	100%	100%	100%	

Les paucipares étaient les plus représentées avec 30,4% et 56,5% des gestantes soit la majorité étaient dans la tranche d'âge[25-34] ans.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon la présence de facteurs de risque décelés lors de la CPN

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Aucun	308	68%
Accouchement antérieur ≥ 5	108	23,7%
HTA	9	2%
Taille < 1,5m	12	2,6%
Age ≤ 16ans	17	3,7%
Total	454	100%

La grande multiparité était le facteur de risque dominant soit 23,7%.

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

15 – 24	25 – 34	35 - 44		Total
0 AV	212	162	37	411
	51,6%	39,4%	9%	100%
	96,4%	91%	66%	90%
1 AV	6	9	11	26
	23,1%	34,6%	42,3%	100%
	2,7%	5%	19,6%	5,2%
2 AV	2	4	4	10
	20%	40%	40%	100%
	1%	2,2%	7,1%	2,2%
≥ 3 AV	-	3	4	7
		42,8%	57,2%	100%
		1,7%	7,1%	1,5%
Total	220	178	56	454
	48,5%	39,2%	12,3%	100%
	100%	100%	100%	100%

90%des gestantes n'avaient pas d'antécédent d'avortement.

Tableau IX : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse lors de la 1^{ère} CPN

	15 – 24	25 - 34	35 - 44	Total
1^{er} trimestre	177	137	20	334
	53%	41%	6%	100%
	80,4%	77%	35,7%	73,4%
2^{em} trimestre	32	32	13	77
	41,5%	41,5%	17%	100%
	14,5%	18%	23,2%	20%
3^{em} trimestre	11	9	23	43
	25,6%	21%	53,5%	100%
	5%	5%	41,1%	9,5%
Total	220	178	56	454
	48,5%	39,2	12,3%	100%
	100%	100%	100%	100%

73,4% des gestantes étaient en leur 1^{er} trimestre de grossesse lors de leur 1^{ère} CPN.

Tableau X : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN

15 - 24	25 – 34	35 - 44	Total	Pourcentage	
1 CPN	220	178	56	454	100%
2 CPN	216	169	34	419	92,3%
3 CPN	207	154	10	371	82%
≥4 CPN	201	137	6	344	76%

76% des gestantes avaient pu effectuer au moins 4 CPN au cours de leur grossesse.

Tableau XI : Répartition des gestantes selon leur possibilité d'honorer les frais pour CPN, d'achat de la SP et du FAF

CPN	SP	FAF
Honorés 439408	316	
	97%	90%
		70%
Non honorés 15	46	138
3%	10%	30%

97% des gestantes avaient pu honorer les frais pour les CPN, en outre **90%** avaient pu acheter trois doses de(SP) et **70%** prenaient le FAF depuis le début de leur CPN.

Tableau XII : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse à laquelle elles ont reçu leur dose de (SP)

	1^{ère} dose	2^{ème} dose	3^{ème} dose
2^{em} trimestre	411	377-	
3^{em} trimestre	43	33	349
Total	454	410	349
	100%	90,3%	77%

77% des gestantes avaient reçu 3doses de SP au cours de leur grossesse.

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon la réalisation des examens complémentaires au cours de leur grossesse

Examen complémentaire	Effectif (N : 454)	Pourcentage
Groupe sanguin/ Rhésus	139	31%
Sérologie syphilitique (B.W)	95	21%
Sérologie toxoplasmose	31	7%
Echographie obstétricale	63	14%

La majorité des examens complémentaires nécessaires en fonction du terrain étaient réalisés.

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

Variables	Effectif (N : 454)	Pourcentage
Pesée	454	100%
Mesure de la taille	454	100%
Mesure de la pression artérielle	454	100%
Examen des conjonctives	454	100%
Mesure de la hauteur utérine	454	100%
Recherche des œdèmes	454	100%
Auscultation des bruits du cœur fœtal	454	100%
Toucher vaginal	454	100%

Tous les gestes techniques de l'examen physique étaient largement explorés chez toutes les gestantes lors de leur CPN.

4.1.2 CONSULTATIONS MEDICALES

Tableau XV : Répartition des patients selon leur résidence

La majorité des patients soit 47,8% résidait à Baguineda Camps suivi de

Résidence	Effectif	Pourcentage
Baguineda Camps	2218	47,8%
Baguineda village	567	12,2%
Soundougouba	669	14,4%
Kokoun	107	2,3%
Gnogna	106	2,3%
Kassela	65	1,4%
Kobalacoro	444	9,6%
Kobalacoura	99	2,1%
Kogninba	179	3,8%
Massaconi	42	0,9%
Sebela	33	0,7%
Mofa	46	1%
Sadjouroubougou	59	1,3%
Diané	10	0,2%
Total	4644	100%

Soundougouba avec 14,4%.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le sexe

	0-5	6-11	12-17	18-23	24-29	30-35	36-41	42-47	48-53	≥ 54	Total
Féminin	168	419	611	456	216	420	264	120	30	8	2712
%	6,2	15,4	22,5	16,8	8,0	15,5	9,7	4,4	1,1	0,3	100
%	36,6	60,8	61	71	36,7	68	67,2	68,2	51,7	40	58,4
Masculin	291	270	390	184	372	200	129	56	28	12	1932
%	15,1	14	20,2	9,5	19,2	10,3	6,7	2,9	1,4	0,6	100
%	63,4	39,2	39	29	63,3	32	32,8	31,8	48,3	60	41,6
TOTAL	459	689	1001	640	588	620	393	176	58	20	4644
%	10	14,8	21,0	13,8	12,7	13,8	8,5	3,8	1,2	0,4	100
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100

Le sexe féminin était largement majoritaire (58,4%) en consultation médicale et la tranche d'âge [12-17] ans y était la plus significative avec 22,5%.

Tableau XVII : Répartition des patients selon les ethnies

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	2515	54,2%
Peulh	511	11%
Bozo	348	7,5%
Malinké	307	6,6%
Bwa	139	3%
Sarakolé	279	6%
Minianka	139	3%
Dogon	132	2,8%
Sonrhai	23	0,5%
Senofé	163	3,5%
Maure	14	0,3%
Mossi	74	1,6%
Total	4644	100%

Les Bambaras représentaient l'ethnie majoritaire avec 54,2% suivi des Peulh 11%.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Paysan	548	11,8%
Berger	125	2,7%
Pêcheur	214	4,6%
Commerce	221	4,8%
Enfant	1007	21,7%
Elève	1289	27,7%
Etudiant	18	0,4%
Ménagère	1096	23,6%
Fonctionnaire	29	0,6%
En retraite	11	0,2%
Chauffeur	9	0,2%
Manœuvre	77	1,7%
Total	4644	100%

La population sans profession représentait le groupe social dominant avec une proportion de 73,4%.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la réalisation d'un TDR

TDR	Effectif	Pourcentage
Effectué	3789	81,6%
Non effectué	855	18,4%
Total	4644	100%

Le test de dépistage rapide du paludisme était réalisé chez 81,6% des patients.

Tableau XX : Répartition des patients en fonction des différentes pathologies rencontrées

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Paludisme	2546	54,8%
Infections respiratoires aiguës	515	11,1%
Candidoses buccales	213	4,6%
Infections uro-génitales	218	4,7%
Traumatismes divers	125	2,7%
Hypertension artérielle	51	1,1%
Dermatoses	190	4,1%
Syndrome ulcéreux	187	4%
Douleur abdominale	158	3,4%
Maladies diarrhéiques	246	5,3%
Vers intestinaux	74	1,6%
Conjonctivite	46	1%
Otite	46	1%
Oreillons	18	0,4%
Bilharziose	11	0,2%
Total	4644	100%

Le paludisme (548%) et les infections respiratoires aiguës (11,1%) étaient les pathologies les plus fréquentes en consultation médicale.

4.2-Données Qualitatives

L'approche qualitative des données était consacrée à l'animation des focus group et des entretiens individuels. Les entretiens individuels concernaient : le médecin du cabinet Mamy Keita et deux(2) autres médecins travaillant à Baguineda-camp ainsi que leur sage-femme.

Interviews individuelles (Sages-femmes)

Les différentes questions abordées avec les sages-femmes étaient axées sur les contraintes qu'elles rencontrent au quotidien avec leurs gestantes lors des CPN.

La synthèse des propos recueillis sur ladite question lors de nos entretiens avec ces sages-femmes a été la suivante :

Nous rencontrons pas mal de difficultés au quotidien dans la prise en charge des gestantes lors de leur CPN, mais celles qui méritent une attention particulières sont entre autres :

- Le non-respect de la date prévue pour les CPN, très souvent par négligence, par manque de moyen déplacement ou par manque d'argent selon les propos de certaines gestantes.
- La non faisabilité des examens complémentaires recommandés comme les échographies obstétricales et bilans biologiques par d'autres femmes sachant que la plupart de ces femmes ont des facteurs de risque comme la multiparité ou les antécédents d'avortements sans cause identifiée ou les antécédents d'accouchements prématurés pour ne citer que ceux-ci.
- un autre fait important est qu'une minorité de gestantes trouvent toujours une excuse pour n'avoir pas acheter les médicaments préventifs ou curatifs soit par manque d'argent ou qu'elles ont égaré leur ordonnance ou que leur mari est avare etc....
- Malgré les conseils donnés au cours de nos séances de sensibilisation lors des CPN, d'autres gestantes se livrent à des travaux physiques souvent très soutenus

pour après venir consulter d'urgence pour Douleur abdominal ou saignement souvent important menaçant ainsi leur grossesse.

- Il faut souligner aussi l'inobservance par certaines gestantes des règles de bonne conduites mentionnées lors de nos séances de sensibilisation avec celles-ci, ainsi que l'inobservance vis à vis des médicaments curatifs ou préventifs prescrits lors des CPN.

-Il y'a aussi la pratique des accouchements à domicile par certaines personnes de la commune n'ayant pas les compétences requises et ne disposant d'aucun plateau technique, lorsque ça tourne mal, ils ou elles nous réfèrent ces femmes souffrant d'hémorragie du post-partum et des Nnés atteint de souffrances fœtales sévères à l'examen physique.

Une seconde question adressée à la sage-femme du cabinet médical Mamy Keita était de nous parler sur l'organisation des séances de CPN, les propos recueillis sont les suivants :

« Avant de commencer les CPN, nous sensibilisons les gestantes sur l'importance des CPN, leur expliquer le déroulement des CPN et le calendrier des rendez-vous et puis leurs prodiguer des conseils et des règles de bonne conduite au cours de la grossesse »

Focus groups (gestantes)

Pour animer nos focus groups, nous sommes ainsi intéressés aux gestantes venant pour CPN pour avoir leur avis sur certaines questions qui sont les suivantes :

Q1 : pourquoi faites-vous les CPN ?

Voici quelques propos recueillis auprès des gestantes ayant participé à notre focus groups

*Avis de la gestante K.S « je viens faire les CPN car ça permet le bon suivi de ma grossesse »

* Avis de la gestante F.S « je pratique les CPN car c'est un moyen de me protéger et de protéger l'enfant que j'attends des beaucoup de maladies »

*Avis de la gestante M.K « je fais les CPN car grâce à ça, on pourra savoir si ma grossesse évolue bien, et permet aussi de prévenir contre les maladies qui peuvent menacer ma grossesse et je pourrai aussi connaître le sexe de mon enfant avant même mon accouchement »

*Avis de la gestante A.D « je fais les CPN car depuis que j'ai eu un avortement au cours de ma 1ere grossesse les médecins m'ont conseillé de faire les CPN dorénavant, et jusqu'a maintenant (3eme grossesse) je n'ai plus eu d'avortement et tout se passe bien. Je remercie Dieu, je remercie aussi la sage-femme et à son staff »

La seconde question (Q2) était de savoir si les gestantes étaient satisfait de l'accueil et de la qualité des CPN.

Les propos recueillis auprès des gestantes sur ladite question ont été les suivants :

*Avis de la gestante M.I.D « Oui je suis satisfait car la sage-femme et ses infirmières sont très accueillantes avec nous et se montrent disponible pour nous »

* Avis de la gestante N.C « oui je suis satisfait car la sage-femme K.K est douce avec moi et me gratifie même certaines prestations payantes »

*Avis de la gestante K.C « oui je suis un peu satisfait mais si on pouvait réduire les frais d'échographie obstétricales »

*Avis de la gestante F.S « oui mais j'aurai aimé qu'on augmente le personnel car on perd souvent trop de temps avant d'avoir notre tour »

*Avis de la gestante A.D « je suis un peu satisfait mais si on pouvait voir le coup des examens complémentaires »

La question Q3 de notre focus groupe est de savoir si nos gestantes avaient eu des effets bénéfiques sur le déroulement de leur grossesse.

*Avis de la gestante M.K « je m'appelle M.K, j'ai 29ans, j'ai 2 enfants, j'ai eu beaucoup de difficultés durant ma 1^{ere} grossesse et durant ma 2^{eme} grossesse, j'ai eu une menace d'avortement à cause des infections génitales selon les propos du

médecin et aujourd'hui grâce au CPN je suis environ à 6mois de grossesse et dieu merci tout va bien jusqu'ici »

*Avis de la gestante Mme Traoré M.S « je m'appelle M.S, j'ai 35ans, je suis à ma 5^{eme} grossesse, j'ai eu à faire 2 fausses couches successives à ma 2^{eme} et 3^{eme} grossesse car je souffrais d'une toxoplasmose selon les analyses et qui a été traité ;à ma 4^{eme} grossesse mon mari et moi avons consulté le cabinet médical Mamy Keita à 1 mois de grossesse où la sage-femme m'a parlé des CPN et de leurs importances et m'a donné un calendrier pour venir faire les CPN, et grâce à cela j'ai pu accoucher d'un garçon sans problème et mon garçon à environ 2 ans et 4 mois et il se porte bien et dès lors je me suis intéressé aux CPN et ça fait mon 2^{eme} rendez-vous ici pour les CPN et sincèrement je suis satisfait de leur travail »

*Avis de la gestante A.T « je m'appelle A.T j'ai 28ans, je suis à 4mois de grossesse et je suis à mon 1^{er} rendez-vous pour les CPN, à vrai dire je suis soulagé et plus rassuré quant au déroulement de ma grossesse grâce aux séances de sensibilisation et les conseils donnés par la sage-femme et son staff car j'avais un peu peur pour le déroulement de cette grossesse et partant des informations que la sage-femme m'a donné, je pense que toutes les autres femmes enceintes qui n'ont pas encore été aux CPN doivent s'y intéresser fortement vu ses avantages. Merci »

Interviews individuelles (Médecin)

Toujours dans le cadre des interviews individuelles, nous nous sommes adressés au médecin directeur de certains cabinets médicaux toujours dans ladite commune pour faire ressortir les différentes contraintes qu'ils rencontrent dans la prise en charge des maladies les plus fréquentes du milieu, la synthèse des différents propos recueillis auprès de ces médecins a été la suivante :

*l'ignorance de la population sur les éventuelles complications de certaines maladies comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les infections uro-génitales, les maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5ans etc...

* l'attitude passives des malades et souvent des parents d'amener le ou les malades pour se faire consulter dans les structures de santé de la commune (CSCOM, Cabinet Médical) car la plupart de ces malades se livrent en un 1^{er} temps à l'automédication, puis aux traitements traditionnels non fondés et ce n'est qu'à la phase de complication que les parents viennent consulter.

* l'indiscipline de certains malades quant à l'observance de leur traitement

* La pratique de la médecine(consultation et prescription médicamenteuse) par certains particuliers n'ayant aucune notion de base en médecine leur donnant le droit de faire les consultations médicales ou de rédiger une ordonnance médicale.

*L'absence de structures étatiques destinées aux examens para-cliniques (biologie et imagerie) pour faciliter le diagnostic et la conduite à tenir devant certaines pathologies et certaines situations médicales ou chirurgicales d'urgences.

*L'absence de moyens de transports au niveau de la commune pour l'évacuation des urgences médicales ou chirurgicales vers les hôpitaux.

*Le faible niveau de revenu de la population faisant souvent défaut pour honorer les frais médicaux, obligeant certains de nos patients à aller voir les tradithérapeutes ou de faire de l'automédication pour revenir plus tard réconsulter après échec de traitements dans un état fortement dégradé.

Il est important de signaler aussi que certains agents de nos officines de pharmacie locale se permettent de faire des consultations eux même dans leur officine et de rédiger par la suite des ordonnances médicales aux malades sachant qu'ils n'ont aucune notion fondamentale ni un document légal qui leurs donnent le droit de poser de tel acte. Merci

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Cette étude qui concernait à l'analyse des consultations prénatales et médicales au cabinet médical Mamy Keita dans la commune rurale de Baguineda Camp est la première du genre dans ce cabinet, elle nous a permis de collecter des données sur 454 gestantes reçues en consultation prénatale et sur 4644 patients reçus en consultation médicale au cours de la période allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2016.

CONSULTATIONS PRENATALES

Dans notre étude, la tranche d'âge [15-24] ans était la plus représentée avec 48,5% et 12,3% avaient un âge inférieur ou égale à 44ans, l'âge moyen des gestantes était de 26 ans et 25ans pour l'âge médian, ces résultats sont comparables à ceux de Traoré. Y chez qui les gestantes de la tranche d'âge [15 – 24] occupaient la part majoritaire avoisinant les 50,6% ; 5% soit la grande minorité étaient composées de gestantes de la tranche d'âge [35 – 45] ans [41]. Certains auteurs comme BOHOUSSOU.K.M et COLL [6] trouvent que 2,82% des parturientes de moins de 19ans présentent une toxémie gravidique ; et ce risque sera plus grand s'il s'avère que la parturiente est encore plus jeune, et cette fréquence est deux fois plus grande chez la gestante mal surveillée. Un aperçu sur la situation socio-économique de la gestante permet de connaître son statut social (indigentes, revenus satisfaisants ou non etc...) qui avoir une influence positive sur l'issue de la grossesse.

Dans notre enquête nous avons recensé 97,8% des gestantes mariée, ce taux est comparable à celui de TRAORE Y [41] qui avait trouvé 97,9%.

Le niveau d'instruction primaire (premier cycle fondamental) était le plus représenté soit 38,1% des femmes, ce taux est proche de celui de Mariam. Y [38] qui était de 43,6% lors d'une étude sur les consultations prénatales

recentrées au CSCOM de Torokorobougou sur un échantillon de 383 gestantes en 2013.

Cela pourrait s'expliquer par la jeunesse de notre population d'étude et de l'intérêt de la scolarisation des filles. 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, 9% avaient été victimes de fausses couches soit 43 gestantes. Ce résultat est inférieur à celui de TRAORE Y [41] qui était de 13% dans la même zone en 2012.

Les nullipares représentaient 21,1% de l'ensemble des gestantes, ce taux est comparable à celui TRAORE Y [41] qui avait trouvé 21%, cependant reste inférieur à ceux de TRAORE I [35] 22,5% à travers une étude qualitative sur 200 Cas de CPN au CSCOM de Daoudabougou en 2007 et de KONATE S [43] qui était de 35,5%.

Les grandes multipares représentaient 5,5%, ce qui est inférieur à ceux de TRAORE Y [41] : 7,4% et de TRAORE I [35] qui avait trouvé 7,5%, mais reste supérieur à celui de KAMISSOKO M [46] : 4%.

Le traitement préventif est un élément capital dans la prophylaxie du paludisme ; notre étude a trouvé des taux de couverture préventive d'environ 90% à travers la prise de trois(3) dose de SP réparties en une(1) série de 3 prises avec un mois d'intervalle entre les prises conformément aux nouvelles recommandations de l'OMS.

L'examen physique 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 [48], KONATE S [43] et KEITA S [44].

La multiparité ; l'âge ≤ 16 ans et la taille inférieure à 1,50 mètre et l'HTA étaient des éléments appréciables pour les facteurs de risque.

CONSULTATIONS MEDICALES

De janvier à Décembre 2016, le cabinet Mamy Keita a enregistré un total de 4644 patients en consultation médicale dont la majorité soit 47,8% résidaient à Baguineda-Camp avec; ce résultat est supérieur à celui de KODIO. I [37] qui était de 44,6% mais légèrement inférieur à celui obtenu par Traoré Y [41] qui était de 54% au cours d'une étude réalisée en 2012 au CSCOM de Baguineda Camp.

Le sexe féminin représentait un peu plus de la moitié des patients avec 58,4%, ce taux est proche à celui de KONIPO A [39] avec 56,1% au cours d'une étude sur l'utilisation des services de santé et motifs de consultation dans le CSCOM de Baguineda-camp sur un échantillon de 500 patients en 2009, mais reste légèrement supérieur à celui de Traoré Y [41] avec 51,8% sur un échantillon de 900 patients recensés au CSCOM de Baguineda de Janvier 2012 à Décembre 2012.

L'ethnie Bambara représentait un peu plus de la moitié des patients avec 54,1%,ce fait n'est pas surprenant car les Bambaras occupent 88,1% [39] sur la cartographie du Mali ; ce taux est un peu proche de celui de Traoré Y [41] avec 55,6%,mais légèrement inférieur à celui trouvé par KODIO .I [37] qui était de 58% au cours d'une étude prospective transversale sur le thème (Représentations sociales des patients sur les soins dans la commune rurale de Baguinéda) de 2009 à 2010 sur un échantillon de 500 patients.

A l'instar des études antérieures menées par Traoré Y [41] et KONIPO A [39], qui avaient trouvé respectivement 59,7% et 56,21% ; le paludisme constituait la pathologie la plus dominante lors de notre étude avec 54,8% ;ce résultat est loin d'être surprenant étant donné qu'il représente la 1^{ère} cause de décès des enfants de moins 5 ans et la 1^{ère} cause d'anémie chez les femmes enceintes et constituait 44% des motifs de consultation dans la population générale selon EDSM-V

VI. CONCLUSION

Notre étude portant sur l'analyse de 454 cas de consultation prénatale et 4644 cas de consultation médicale au **CMK** de Baguineda nous a permis de répartir les différentes catégories de patients par âge, sexe, ethnie, profession, résidence, de faire ressortir les examens complémentaires réalisés lors des consultations, de déterminer les pathologies les plus fréquemment rencontrées en consultation médicale, de faire le point sur les consultations prénatales effectuées de janvier à décembre 2016 au CMK et d'organiser des séances de focus group et interviews individuels. Notons que la majorité des gestantes étaient dans la tranche d'âge [15-24] ans et résidaient à Baguineda-camp, que la prophylaxie anti palustre et antianémique avec la distribution de la SP et la prescription du FAF au cours de la grossesse était majoritairement couverte et que le paludisme demeurait la pathologie la plus fréquemment rencontrée en consultation médicale.

VII. RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et communales

- Veiller au respect strict des règles de la pratique médicale dans ladite commune.
- Faciliter l'accès des structures sanitaires privés aux vaccins.
- Faire participer les agents de santé des structures sanitaires privés aux formations dans le cadre de la santé de famille.
- Etablir une étroite collaboration entre les différents cabinets médicaux et le CSCOM de la commune.

Aux membres directeurs du cabinet Mamy Keita :

- Equiper plus le cabinet pour renforcer la qualité diagnostique et traitement.
- Assurer un recrutement et une formation continue du personnel socio-sanitaire.
- Instaurer un programme régulier de staffs et de réunions mensuelles du personnel technique pour l'amélioration de la qualité du cabinet
- Sensibiliser la population sur les méthodes de prévention contre le paludisme notamment l'utilisation des moustiquaires imprégnées et sur l'inconvénient des mariages précoces.
- Sensibiliser les populations de la commune rurale afin d'améliorer la fréquentation des cabinets médicaux ou du CSCOM.

-Aux populations:

Suivre régulièrement les consultations prénatales et 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 :

- 1-Anonyme : Politique des normes et procédures pour la surveillance prénatale Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali ; 2005
- 2- **CRIMAIL Ph., HAINAUT F., POUILLAIN J-C.**
La consultation postnatale Paris : Editions Masson, 1995, 145 pages
- 3- **TUNKERA KOBLINSKY M.A DALLY et COLL-** Vers une maternité sans risque. Document de synthèse de la Banque mondiale. 202F : 1. 10
- 4- **Anonyme : Cellule de Planification et de la Statistique MALI.** Enquête démographique et de santé quatrième édition (**EDSM**) **IV, 2006**
- 5- **O.M.S. Genève** Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle. 1987, 40, N°3, PP 214- 225
- 6- **BOHOUSSOU.K.M et COL** :Grossesse et adolescence.
Afr. Med. 1982 ; N°21 (201) : 359 –362.
- 7- **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.
- 8- **Lawson J.B and Stewart D.B.** Obstetrics and Gynaecology in the Tropics and Developing Countries, Edward Arnold. London 1967
- 9- **King M.** Medical care in developing countries: a symposium from Makerere, 2nd edn.Nairobi 1970. Oxford University Press.
- 10- **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
- 11- **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.

- 12- Nesbitt R and Aubry R.** High risk obstetrics: II. Value of semiobjectivegrading system in identifying the vulnerable group. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1969. 103: 972-985.
- 13- OMS.** Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève 1978.
- 14- 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)
- 15- 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. Thèse de médecine 47
- 16- Hall M.H, Chong P.K. and McGillivray I.** Is routine antenatal care worth while? *Lancet*, 1980 pp. 78-80.
- 17- 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
- 18- Merger R, Levy J, Melchior J.** Etude clinique de la grossesse normale. Précis d'obstétrique. 6ème éd, Paris .Masson .1995. Page: 71 à 134.
- 19- Haute autorité de santé (HAS).** Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour les professionnels de santé. Ministère de la santé, Bamako Avril 2005.
- 20- 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>
- 21- 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

- 22- Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE.**
Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43
- 23- Larousse Pratique. © 2005 Editions Larousse. Page 285.**
- 24- OMS, OMM, PNUD** Changement climatique et santé humaine - Risques et mesures à prendre. Organisation mondiale de la Santé. ISBN 92 4 259081 9
(Classification NLMWA 30) Organisation mondiale de la Santé 2004.
- 25- WHO/HTM /GMP, 2008 prises en charge du paludisme dans les structures sanitaires :** Manuel de formation.
- 26- 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.
- 27- WHO.** Management of the young child with an acute respiratory infection.
The WHO, ACT International, Atlanta, Georgia, USA, 1991.
- 28- World Health Organization.** World Health Report 2003 – Shaping the Future. Geneva, Switzerland: **World Health Organization, 2003.**
- 29- COUNTRY HEALTH SYSTEM FACT SHEET 2006** disponiblesur <http://www.who.int/whosis/en/>
- 30- COULIBALY. SM** Morbidité et Mortalité dans le service de Pédiatrie CHU GABRIEL TOURE **1999 – 2000**
[Thèse] Médecine université de Bamako 2001 M – 124
- 31- 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.
- 32- 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
- 33- 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

- 34- 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.**
- 35- 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**
- 36- OGGA A; DIARRA A.J; KOADIO KL** Thèse de médecine 48 Evaluation de la situation sanitaire dans une région du centre Nord de la côte d’ivoire en 1994Revue de médecine noire N° 07. Pages 133.
- 37- KODIO. I.** Consultation communautaire : Représentations sociales des patients sur les soins dans la commune rurale de Baguinéda. Thèse Médecine, FMPOS 2010
- 38- Mariam.Y :** Analyse des consultations prénatales et postnatales recentrées dans le centre de santé communautaire de Torokorobougou. Thèse Médecine, FMPOS 2013
- 39- KONIPO N A. :** Consultation communautaire : le de l’utilisation des services de santé et motifs de consultation dans le CSCOM de Baguinéda.
- 40- KWENE F.**
Evaluation du centre de santé communautaire de Magnambougou (ASACOMA) Thèse Médecine, Bamako, 1996.
- 41- Traoré .Y :** analyse rétrospective des consultations externes, prénatales et postnatales de l’année 2012 et etudes des cas courants au niveau du CSCOM de la commune rurale de Baguineda Camp (cercle de KAT, région de Koulikoro).
- 42-. OMS (Chronique) :** Mortalité maternelle, soustraire les femmes de l’engrenage fatal 40(5) 193-2002(Genève 1986)
- 43- 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.

Thèse de médecine 51

44- KEITA M S.

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

45- 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

46- 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.

47- GOITA N.

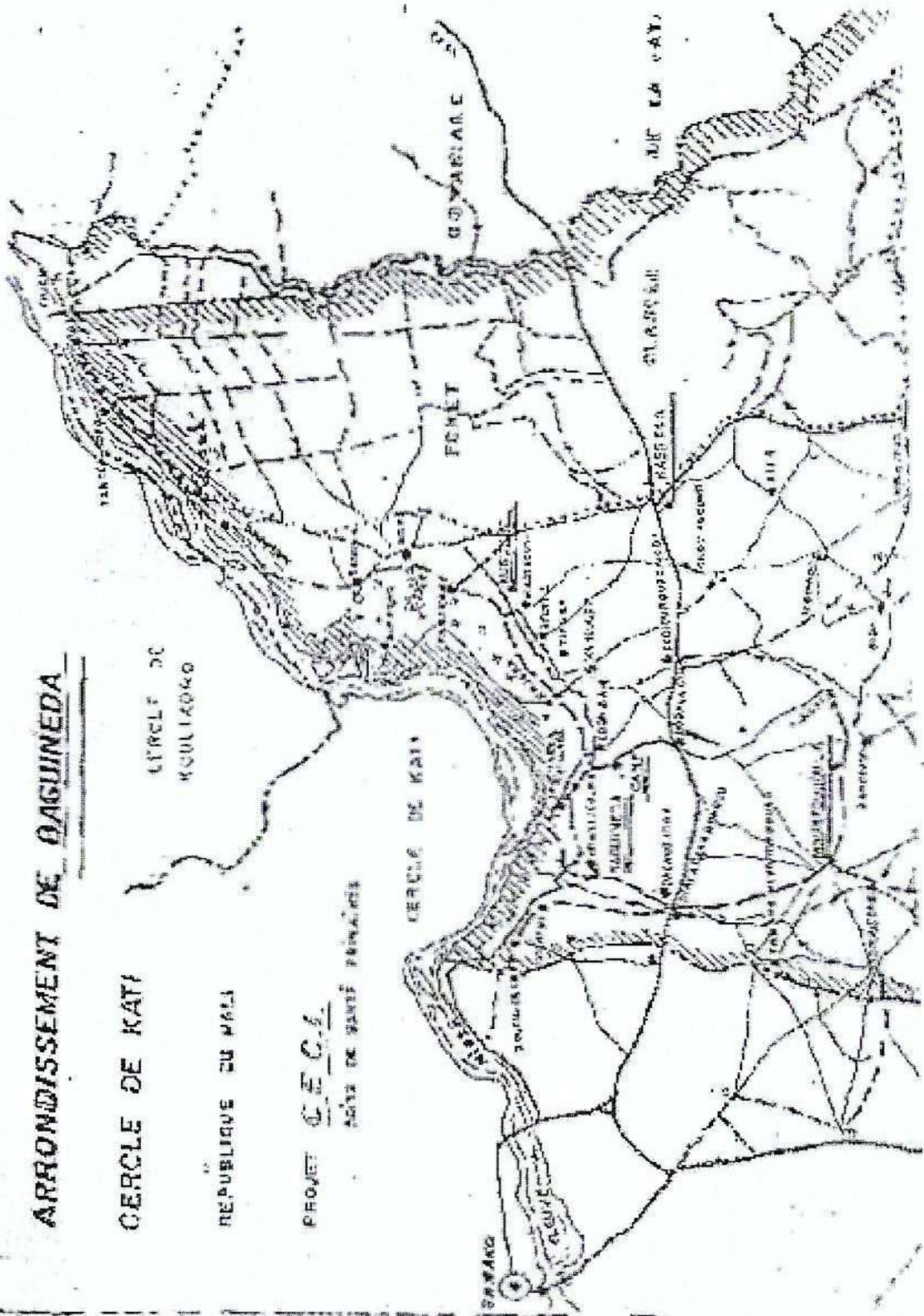
Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Médecine, FMPOS. 2006 .M 210. Page 102.

48- 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.

ANNEXES

1. Carte géographique de la commune de Baguineda



FICHE D'ENQUETE

Registre de consultation prénatale

Q1-Age..... Q2-Résidence :..... Q3-Statut matrimonial : C/M
Q4-Parité : Q5- Nombre d'avortement :
Q6-Nombre de CPN :
Q7- Nombre d'enfant vivant : Q8-Age de la grossesse :
Q9-Poids.....
Q10-Taille : Q11-Tension artérielle : Q12- Hauteur utérine :
.....
Q13-BDCF :..... Q14-Groupe sanguin :.....Q15- FDR :
Q16-B.W:
Q17-Test d'EMMEL: Q18-FAF : Q19- SP:
Q20-VAT:

Registre de consultation externe

Q1-Résidence : Q2-Age : Q3-Sexe :
Q4-Ethnie :
Q5-Profession : Q6-Consultation : N/A
Q7-Diagnostic :
Q8-Traitement

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SISSOKO

Prénom : BALLA MOUSSA

Adresse Email : balla.sissoko2013@yahoo.fr

Titre : Analyse des consultations prénatales et médicales externes du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016 au cabinet médical MAMY KEITA dans la commune rurale de Baguinéda-camp.

Année universitaire : 2017 – 2018

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 : La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenues au cours de la grossesse, la présente étude dont l'objectif général était d'analyser les consultations prénatales et médicales au CMK à travers une enquête transversale prospective par dépouillement systématique de janvier en décembre 2016, nous a permis ainsi de résumer que la majorité des gestantes résidaient à Baguineda-Camp (27,7%) et étaient des paucipares avec (30,4%) ; 97,8% des gestantes étaient mariées et la tranche d'âge [15-24] ans occupait la part majoritaire. 73,4% soit plus que la moitié des gestantes étaient en leur 1^{er} trimestre de grossesse lors de leur 1^{ère} CPN et 76% ont pu effectuer au moins 4 CPN au cours de leur grossesse ; 77% des gestantes avaient reçu 3 doses de SP au cours de leur grossesse.

58,4% des patients en consultation médicale étaient des femmes ; les bambaras représentaient l'ethnie majoritaire (54,2%) et le paludisme était la pathologie la plus rencontrée (54,8%).

Mots Clés : CPN, gestantes, consultations médicales, Baguineda, Cabinet Mamy Keita.

Summary: Antenatal consultation is a preventive medical procedure allowing to detect and treat any complications that may have occurred during Pregnancy, the present study, whose general objective was to analyze prenatal and medical consultations at CMK through a cross-sectional prospective survey by systematic counting from January to December 2016, allowed us to summarize that the majority of pregnant women Baguineda-Camp (27.7%) and were pauciparas with (30.4%); 97.8% of pregnant women were married and the age group [15-24] occupied the majority. 73.4% or more than half of the pregnant women were in their first trimester of pregnancy at their first CPN and 76% were able to perform at least 4 Antenatal consultations during their pregnancy; 77% of pregnant women received 3 doses of MS during pregnancy. 58.4% of the patients in medical consultation were women; Bambara represented the majority ethnic group (54.2%) and malaria was the most common pathology (54.8%).

Key words: CPN, pregnant, medical consultations, Baguineda, Cabinet Mamy Keita.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure