

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)

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 : 2014- 2015

Thèse N °.....

TITRE:

ETUDE DES CONSULTATIONS PRENATALES AU
CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE
KOULOUBA
(ANALYSE DES REGISTRES ET FICHES OPERATIONNELLES)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 10/07/2015 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. BAWA – K RIDWANE

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

JURY :

Président : Pr SAMBA DIOP

Membre: Dr JEAN-BAPTISTE GUINDO

Co-directeur: Dr HAOUA KEITA

Directeur: Pr HAMADOUN SANGHO

Dédicaces

AU NOM D'ALLAH, LE TOUT MISERICORDIEUX, LE TRES MISERICORDIEUX.

LOUANGE A ALLAH, SEIGNEUR DE L'UNIVERS.

LE TOUT MISERICORDIEUX, LE TRES MISERICORDIEUX,

MAITRE DU JOUR DE LA RETRIBUTION.

C'EST TOI [SEUL] QUE NOUS ADORONS, ET C'EST TOI [SEUL] DONT NOUS

IMPLORONS SECOURS.

GUIDE-NOUS DANS LE DROIT CHEMIN,

LE CHEMIN DE CEUX QUE TU AS COMBLES DE FAVEURS, NON PAS DE CEUX

QUI ONT EN COURU TA COLERE NI DES EGARES. AMIN.

A ma mère AROUNA Adizétou BAWA :

Maman, tu es un modèle pour nous tous, par ta foi en DIEU, ton amour inconditionnel pour autrui, ton honnêteté, ta générosité, ta joie de vivre, ton sens du partage, ta simplicité, ton humilité et ton sens de la responsabilité. Faible tribut de reconnaissance à toi, dont les sacrifices m'ont permis de faire ce premier essai scientifique. Retrouve dans ce travail le témoignage de mon affection infinie.

A mon père BAWA – K BAKO :

Papa, tu as toujours su cultiver l'excellence et l'assiduité autour de toi. Ton amour et ton dévouement pour la réussite de tes enfants font de toi un exemple. Tu m'as appris l'amour du travail et la recherche de la perfection en toutes choses. Puisse ce travail m'offrir l'occasion d'être digne de tes conseils. J'espère ne jamais te décevoir. Je te remercie PAPA, pour tous les sacrifices et efforts consentis pour moi. Ce modeste travail est le tien.

A mon oncle ADAMOU Mohammed et ma tante :

Plus qu'un oncle et une tante vous avez été comme un deuxième père et une deuxième mère pour moi. Votre soutien n'a jamais fait défaut et a été capital dans ma vie. Trouvez-en ce modeste travail, l'expression de toute ma reconnaissance.

A mes oncles : Souradji, Nasser, Yaouza, Brigel

Merci pour vos soutiens et vos encouragements qui m'ont permis de tenir le coup quand je perdais déjà espoir. Merci pour tout.

A Mr ALADJI Aoudou :

Merci de toujours me parler comme un fils dans votre humble demeure. Merci pour vos sages conseils et tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mes études.

A mon frère BAWA Fergani dit Marwane :

Un merci aurait été dérisoire pour m'incliner devant ta générosité, voici une récompense qui pourra t'honorer.

A mes grands frères (cousins) : Lookman, Sadik, Riad, Sontaye, Aminou, Gafar

Je sais que vous avez toujours voulu me protéger. Sachez que vos encouragements ont été pour moi source d'inspiration pour ne jamais baisser les bras et redoubler d'effort. J'espère seulement ne jamais vous décevoir en tant qu'être humain, en tant que médecin et en tant que frère.

A toutes mes mamans : de Zongo, Kégué, Agoé

Un grand merci pour m'avoir supporté.

Au peuple malien :

Votre simplicité et votre hospitalité n'ont pas d'égale, vous êtes l'exemple même de la solidarité et de la chaleur africaine. Que la paix règne toujours dans ce pays, « AW NI TCHE ».

REMERCIEMENTS

A Mr et Mme Coulibaly :

Merci beaucoup **TANTI** de m'avoir accueilli comme un fils dans votre humble demeure. Merci pour vos sages conseils et tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mes études à Bamako.

A mon ami et frère Dr GUETABA Dandaba :

Tu es un compagnon de lutte et tu resteras un frère. Merci frère.

A Dr HALILOU Maimouna :

Telle une sœur telle une mère vous avez été des oreilles attentives aussi bien dans les moments difficiles que dans les bons moments. Merci pour tout. Sachez que vous avez une place spéciale dans mon cœur et je ne vous oublierai jamais.

A Dr AHANOGBE Serges : Un plaisir pour avoir parcouru ce bout de chemin avec toi.

A mes aînés Dr Stephane DEGEBE, Dr DOGO Fall, Dr Francis TCHAA BAKAI, Dr nanakan NGUISSAN, Dr Eyram AMEKOUDI, Dr Epiphane EKLO, Dr michèl SOSSA :

Vos conseils et apports ont été précieux.

A Dr kemy ALAMTA, Dr ALLESEM Martial, Dr Serges, Gillaume Ames
Votre complicité, vos conseils et vos soutiens moraux permanents ont été à la base de la réussite de ce travail. Mes souffrances ont été aussi les vôtres depuis 2008. Au nom de notre amitié, je vous promets que je ne vous oublierai jamais. Ce travail est le vôtre

A Marie THERA :

Merci pour le temps partagé. Ce n'est qu'un début Incha Allah.

A Fatoumata BRETAUDEAU , Landouré :

Au nom de notre amitié, je vous promets que je ne vous oublierai jamais

Aux amis du groupe d'étude particulièrement à GUEMDJONG Valérie, Cristèle NJIKI, NGOMO Alima, ETOLO marc Junior,

Votre approche facile et vos qualités intellectuelles nous ont été d'une grande aide.

A mes promotionnels Dr Tony ZITTI, Dr Ely Cheikh SY, Dr Sory Ibrahima FOMBA, Roger Bienvenue FAGBEMI, Kokou AGBEMADON, Adama Coulibaly, ADJADI Mohamed, Ghislain VIGNON

Que de chemin parcouru ensemble !

A Alexandrine SOSSA : Merci pour ta complicité et ton soutien permanent

Aux winners de l'équipe de foot :

Manuget, Serginho, Fall, j'ai passé des jours extraordinaires à Bamako grâce vous ; j'espère que les victoires continueront.

Aux losers de l'équipe de foot :

Bienvenu, Tèko, Noss-square merci d'avoir contribué à ces jours extraordinaires. Sachez que le succès se trouve au bout de l'effort. Courage persévérance.

A mes amis du complexe de Basket : Merci

A l'Union des Etudiants Stagiaires Togolais au Mali (UESTM) et particulièrement à la cellule FMPOS, ça a été un cadre idéal d'apprentissage de la vie en société.

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui par leur soutien moral ou matériel si modeste soit-il mais combien important pour moi, ont permis la réalisation de ce modeste travail.

A Notre Maître et Président du Jury :
Professeur Samba DIOP

- ✚ Maître de conférences en Anthropologie médicale,
- ✚ Enseignant-chercheur en Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique en santé au DER de Santé publique de la FMOS,
- ✚ Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMOS,
- ✚ Membre des Comités d'Ethiques institutionnel et national du Mali.

Honorable maître, merci pour ce que vous avez fait et ce que vous continuez à faire pour nous étudiants.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité dans le travail, votre enseignement remarquable de qualité, votre esprit de justice, de paix et de vérité font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre admiration, de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge :

Docteur Jean-Baptiste GUINDO

- ✚ Chargé de la santé de la reproduction au Cscocom de Koulouba,
- ✚ Chargé de cours d'anatomie des organes de sens à l'ESB (Ecole de Santé de Bamako) /ESM (Ecole de Santé Mouniha) /Ecole de Santé N'Dounga,
- ✚ Chargé de cours de sémiologie médicale à l'ESM (Ecole de Santé Mouniha),

Cher Maître :

Nous vous sommes sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous avons été frappés par votre courtoisie, votre spontanéité, votre disponibilité, votre générosité, et votre engagement pour la formation. La réussite des jeunes fait de vous un maître sûr et très sollicité.

Recevez, notre gratitude pour votre contribution à la réussite de ce travail.

A notre Maître et Co-directeur de thèse :

Docteur Haoua KEITA

✚ Master en santé publique,

✚ Chef du département de recherche du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).

Cher maître,

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect.

Vous nous avez inspiré, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail. Votre simplicité, votre rigueur, et votre dévouement sans limite dans le travail sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher.

La spontanéité avec laquelle vous nous avez acceptés nous a profondément touchés.

Veillez, accepter cher maître, l'expression de notre profonde considération.

A notre Maître et Directeur de Thèse:

Professeur Hamadoun SANGHO

- ✚ Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie (FMOS),
- ✚ Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS),
- ✚ Chef du D.E.R. de Santé publique et des Spécialisés.

Honorable maître, nous vous remercions de nous avoir confié ce sujet et de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre amabilité, votre disponibilité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens élevé de la perfection associé à vos qualités pédagogiques et humaines nous ont marqués.

Trouvez ici, Honorable maître notre reconnaissance, notre admiration et notre profond respect.

TABLE DES MATIERES

I- INTRODUCTION :	13
JUSTIFICATION DE L'ETUDE	15
II- OBJECTIFS :	19
2-1 OBJECTIF GENERAL :	19
2-2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :	19
III- GENERALITES	21
I. Définitions opératoires.....	21
I.1. La qualité des soins :	21
I.2. Aspects techniques de la CPN :	24
I.3. Diagnostic de la grossesse :	25
I.4. Examen physique.....	31
IV- METHODOLOGIE :	40
1-Cadre d'étude.....	40
2. Lieu d'étude :	40
3. Type d'étude.....	41
4. Période d'étude :	41
5. Population d'étude	41
5.1. Critères d'inclusion :	41
5.2. Critères de non-inclusion	42
5.3. Les variables	42
5.4 Techniques et outils de collectes :	42
5.5. Déroulement.....	43
6-Aspects éthiques	43
V- RESULTAT	45
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :	54
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATION	61

I / INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

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

La grossesse est un évènement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent la nécessité d'un suivi régulier de la grossesse.

L'information délivrée par les professionnels de la santé, le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales, a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir [1].

L'OMS recommande au moins 4 visites prénatales à intervalles réguliers tout au long de la grossesse [2].

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes reçoivent les soins prénatals de qualité 99%, tant disque dans les pays en développement elles ne sont que 1% [3].

En Afrique en générale, l'épanouissement de toute femme ne s'accomplit qu'au fur et à mesure de ses maternités. Une grossesse n'est certes pas une maladie mais elle doit faire l'objet d'un suivi régulier sous les soins d'un professionnel de santé. La grossesse peut être une période à risque en termes de morbidité et de mortalité périnatales et/ou maternelles. Afin de diminuer l'apparition de ces risques au cours d'une grossesse, un suivi régulier est nécessaire.

En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines grandes villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la CPN et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage-femme.

Selon l'étude réalisée par **Quevison** [4] dans une maternité de Cotonou en 2005, parmi toutes les femmes ayant suivi correctement les consultations prénatales

(au moins quatre visites), seulement 57,5% ont eu une issue favorable [4]. Cela prouve que les consultations prénatales ne sont pas bien faites dans les pays en voie de développement, dont le nôtre.

Dans l'ensemble, 74 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente et cette proportion a légèrement augmenté depuis l'EDSM-IV de 2006 [5] (70 %). Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (93 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (69 %) [6].

L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant demeure encore un objectif prioritaire dans la plupart des pays du monde.

JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La grossesse est un état normal et sain auquel aspirent la plupart des femmes à un moment ou à un autre de leur existence. Cependant, ce processus normal et créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de séquelles [7]

En 2008, la mortalité maternelle reste très élevée, environ 1000 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement [8]. La majeure partie de ces décès environ 99 % surviennent dans des pays en développement [8]. Plus de 80% des décès sont dus à des hémorragies, des infections, avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, travail dystocique, troubles hypertensifs. La plupart de ces décès peuvent être évités lorsque les femmes ont accès à des services de santé génésique avec du matériel adéquat, des médicaments et du personnel qualifié [9].

La proportion des décès maternels pendant la grossesse varie beaucoup d'un pays à l'autre, en fonction de la fréquence des avortements non médicalisés, du niveau de violence et des pathologies dans la région concernée. En Egypte, 9 % des décès maternels surviennent pendant les six premiers mois de la grossesse et 16 % pendant les trois derniers mois [10].

Au Mali, la mortalité maternelle doit être réduite de trois quarts, pour atteindre la cible de 144,3 pour 100 000 naissances vivantes en 2015. De 582 décès pour 100 000 en 2001 selon l'Enquête démographique et de santé (rapport EDS III), elle a baissé à 363,6 en 2009 selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2009 de (RGPH). Il faut nuancer cette baisse en raison de la nature différente des deux sources. Il faut noter aussi qu'en 2009, la mortalité maternelle en milieu urbain qui était de 115,2 décès pour 100 000 naissances vivantes était inférieure à la valeur cible, alors qu'à la même période, celle du milieu rural était supérieure à 550 décès pour 100 000 naissances vivantes [11]. Elle demeure un majeur problème de santé publique.

L'amélioration du niveau de mortalité est en rapport avec l'augmentation de la proportion d'accouchements assistés, du suivi prénatal et postnatal et surtout du

contrôle de la fécondité [11]. La proportion d'accouchements assistés enregistre une augmentation régulière avec 55% en 2006 et 58% en 2009. L'écart entre milieux (rural et urbain) et entre les régions est considérable. Dans le District de Bamako, la proportion atteint les 90% en 2011 alors que dans les régions de Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal, la proportion atteint à peine 40%. Les consultations prénatales évoluent selon un schéma similaire [11].

Selon l'OMS, au Mali le pourcentage de femmes ayant fait au moins une CPN pour une raison liée à la grossesse par du personnel qualifié en soins obstétricaux est de 13% en milieu rural et de 83% à Bamako [12].

Les soins prénatals contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-fœtale.

Au Mali, l'accès aux soins prénatals a évolué à la hausse de 2001 à 2006. En effet, la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale auprès de personnel formé est passée de 58 % à 70 % [5]. La proportion a également augmenté en milieu rural passant de 48% à 64% [5]. Ces consultations ont été effectuées principalement par les sages-femmes, infirmières (36%) et par des matrones (33%). Près de 29% des mères n'ont effectué aucune consultation prénatale [5].

Un peu plus de trois femmes sur dix (35 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées et dans 30 % des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse ; dans 13 % des cas, elle a eu lieu relativement tard, entre 6 et 7 mois de grossesse [5].

En ce qui concerne les différents examens effectués au cours de ces visites prénatales, on constate que la prise du poids, la mesure de la taille et le contrôle de la tension artérielle sont les examens les plus fréquemment effectués par les prestataires de santé (respectivement 94 %, 89 % et 88 %). Pour les prescriptions, six femmes sur dix (61 %) ont reçu des suppléments de fer au cours des soins prénatals, et 62 % ont reçu des antipaludéens pour se protéger contre le paludisme pendant la grossesse [5].

Au Mali, on constate ainsi qu'il y a une irrégularité dans la fréquentation de la CPN. La CPN est pourtant importante et est une des stratégies préconisées par l'OMS depuis plusieurs années.

Face à ce constat, nous nous sommes posé la question :

- Est-ce que les CPN sont réalisées selon les normes dans le CSCom de Koulouba?
- Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des patientes reçues dans le CSCom de Koulouba ?

II/ OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

2-1 OBJECTIF GENERAL :

- Etudier les CPN dans le centre de santé communautaire de Koulouba.

2-2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes dans le CSCom de Koulouba au premier semestre 2014 ;
- Décrire les éléments de prise en charge au cours des CPN;
- Identifier les pathologies rencontrées au cours des CPN dans le CSCom de Koulouba;
- Déterminer la proportion des femmes ayant fait des CPN selon les normes.
- Faire des recommandations.

III/ GENERALITES

III- GENERALITES

I. Définitions opératoires

I.1. La qualité des soins [13] :

La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologiques médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant de risque. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et bénéfice.

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

- **Les normes :**

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

- **Les procédures :**

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

- **La mortalité maternelle :**

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

- **Taux de mortalité maternelle :**

Il exprime le nombre de décès maternel pour 100 000 naissances vivantes, parfois exprimé sur 100 000 femmes en âge de procréer.

- **La grossesse :**

La grossesse est l'état allant de la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule à l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

- **Facteurs de risque**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est ressentie, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée.

- **Grossesse à risque :**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.

- **La maternité sans risque**

Il s'agit de créer des conditions dans lesquelles une femme peut désirer avoir un enfant, et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir l'accès à l'assistance d'une personne qualifiée pour l'accouchement, à des soins obstétricaux d'avance en cas de besoin et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Cette définition correspond avec celle de l'OMS à la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (C.I.P.D) du programme d'action de la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elles rappellent que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants, et que celles qui ont choisi d'en avoir doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liés à la grossesse.

- **L'aire de santé ou section sanitaire**

Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

- **La carte sanitaire**

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

- **Le paquet minimum d'activité (PMA)**

Il signifie l'offre d'activité intégrée de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, de consultations prénatales et postnatales avec accouchement et vaccinations.

- **L'évacuation :**

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

- **Référence :**

C'est l'évacuation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultations prénatale.

- **Les services de santé maternelle qualifiés :**

Des services de santé maternelle de qualité doivent répondre aux critères suivants.

- ✓ être accessibles et disponibles aussi près que possible du domicile des femmes, et se situer à l'échelon le plus bas possible où la sécurité et l'efficacité des prestations puissent être garanties ;

- ✓ être acceptables pour les utilisatrices potentielles et correspondre aux normes culturelles et sociales : les femmes ont besoin d'intimité ; par ailleurs elles doivent recevoir l'assurance que toute information aura un caractère confidentiel ;

- ✓ être dotés de prestataires de soins techniquement compétents qui s'appuient sur les lignes directives et des protocoles de traitement précis ;

- ✓ être dotés d'agents de santé qui soignent les patients en les respectant, sans porter de jugement et en fonction des besoins des femmes ;
- ✓ donner des informations aux patientes sur leur santé et leurs besoins sanitaires ;
- ✓ disposer de toutes les fournitures et de tout le matériel essentiel ;
- ✓ disposer des soins complets et assurer la liaison avec d'autres services de santé reproductive ;
- ✓ assurer la continuité des soins et le suivi ;
- ✓ associer les patientes aux décisions et en faire des partenaires de soins pour qu'elles participent activement à la protection de leur santé ;
- ✓ offrir un appui socioéconomique aux prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent travailler au mieux de leur capacité.

I.2. Aspects techniques de la CPN :

La consultation prénatale est une activité préventive dont le but essentiel est d'assurer l'amélioration de la mortalité péri natale et maternelle, de même que l'éducation sanitaire des mères. Elle 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 dans le cas échéant vers la surveillance ou une thérapie spécialisée en raison d'un des facteurs de risque décelés ;
- ✓ établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut, transférer la gestante dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

La politique sanitaire au Mali prévoit sept consultations prénatales. La première avant la fin du troisième mois et les autres avec une périodicité mensuelle

(Ministère de la Santé 2000). La surveillance de la grossesse s'effectue donc au cours de ces examens.

- La première CPN

Elle doit avoir lieu avant 14 SA dans le but de :

- ✓ confirmer l'état de grossesse et préciser la date de son début, donc le terme probable;
- ✓ rechercher les facteurs de risque éventuels en rapport avec l'environnement social, familial et professionnel.

I.3. Diagnostic de la grossesse :

Le diagnostic de la grossesse même très précoce est généralement facile. La survenue d'une grossesse a sur l'organisme maternel trois sortes de conséquences :

- l'ovulation et la menstruation sont supprimées. Le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique associée à des modifications générales de l'organisme maternel;

Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins.

I.3.1. Interrogatoire :

I.3.1.a. L'aménorrhée

Elle est très évocatrice chez une femme en période d'activité génitale généralement bien réglée. C'est sur ce signe majeur que la plupart du temps on fait le diagnostic, à condition que les règles aient été auparavant normales dans leur époque, leur durée, et leur aspect.

I.3.1.b. Les signes sympathiques de la grossesse (DNSI-CPS, 2001)

Ils sont inconstants et varient d'une personne à l'autre. Ils apparaissent à la fin du premier mois, et cessent généralement au cours du quatrième mois. Ils entraînent :

- **les troubles digestifs** sont les plus fréquents à type de nausées, vomissements, sialorrhée, constipation, modifications de l'appétit en plus ou en moins, perversion du goût; le pyrosis est souvent plus tardif.

- **les manifestations neuroendocriniennes** : troubles du sommeil très fréquents, vertiges, malaises, troubles du caractère (émotivité, irritabilité), asthénie.

- **les troubles urinaires** à types de pollakiurie, sensation de pesanteur pelvienne.

Les autres signes sont une sensation de gonflement général en rapport avec les modifications du métabolisme hydrique associant fréquemment la tension mammaire.

I.3.2. Examen clinique

Inspection

I.3.2.1. Les modifications mammaires

Les seins augmentent de volume ; l'auréole s'œdématie et se pigmente. Les veines sous-cutanées dilatées forment le réseau de Haller. Les tubercules de Montgomery augmentent de volume et saillent.

Autres :

La pigmentation générale (plus tardive) : taches sur le front, le visage, ligne brune abdominale. Le gonflement général atteint les doigts, sur lesquels bagues ou alliance glissent plus difficilement ;

Les varices peuvent apparaître aux membres inférieurs, surtout chez la multipare;

La vulve parfois se pigmente et gonfle.

Palpation abdominale

L'augmentation de volume n'est perçue que vers la 9^{ème}-10^{ème} SA, si la paroi est mince et souple.

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

I.3.2.2. Examen au spéculum :

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

I.3.2.3. Le toucher combiné au palper :

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

- **Le col utérin**

Le toucher objective le ramollissement cervical qui est un élément mineur de diagnostic, à cause de son inconstance, de sa difficulté d'appréciation et de ses causes d'erreur. Le ramollissement débute au pourtour de l'orifice, puis gagne le col tout entier. Ferme comme le nez avant la grossesse, il deviendra mou comme la lèvre (Tarnier).

- **Le corps utérin:**

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

Le volume : il est augmenté ; c'est le 2ème signe cardinal mais il ne peut guère être confirmé au plus tôt avant un mois de grossesse (6 SA). La main abdominale perçoit le fond utérin au-dessus de la symphyse pubienne. A trois mois, le fond utérin est à égale distance de la symphyse et de l'ombilic. Il atteint l'ombilic à quatre mois et demi.

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

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

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

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

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

I.3.2.4. Détermination du terme:

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

I.3.2.5. Evaluation du terrain et des facteurs de risque:

Cette évaluation capitale permettra d'apprécier les risques, la pathologie, et donc de prendre les mesures nécessaires. Elle doit être faite au cours du premier trimestre. Ainsi le premier examen prénatal est une étape essentielle pour le dépistage et pour l'organisation de la surveillance en fonction des risques.

I.3.2.6. Recherche d'antécédents obstétricaux:

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

Avortement spontané d'âge gestationnel inférieur à 12 SA expose au risque de récurrence;

- avortement spontané d'âge gestationnel supérieur à 16 SA expose aux risques de récurrences d'accouchement prématuré;
- avortements à répétition exposent aux récurrences (30%), retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré;
- l'accouchement prématuré expose aux récurrences (risque doublé ou triplé);
- l'allo-immunisation rhésus expose aux récurrences, mort fœtale in utero;
- la macrosomie expose aux risques de récurrences, diabète gestationnel;
- l'anomalie chromosomique expose aux récurrences de trisomie 21;
- le retard de croissance intra-utérin expose au risque de récurrence.

Pour chaque grossesse, il faudra préciser :

- le nombre de grossesses antérieures;
- le déroulement des grossesses antérieures;

- le terme de l'accouchement prématuré ou de grossesse prolongée;
- le terme et le mode d'accouchement des grossesses précédentes, avec leurs éventuelles complications (HTA, diabète...);
- la durée de l'accouchement si cet accouchement s'est produit par voie basse ;
- l'indication, si l'accouchement a eu lieu par césarienne;
- l'état et le poids de l'enfant à la naissance;
- les suites néonatales précoces ou tardives;
- le mode d'allaitement.

I.3.2.7. Recherche des antécédents gynécologiques :

- les caractères du cycle sexuel avant la grossesse actuelle;
- la date du dernier frottis vaginal et son résultat;
- la notion de stérilité, de contraception;
- les antécédents infectieux pelviens;
- la pathologie tubaire connue ;
- une endométriose;
- une malformation utérine.

L'étude du cycle permet de dire si le calcul classique de l'âge gestationnel peut être précis ou s'il faut des examens complémentaires pour le déterminer. Les grossesses survenant après une stérilité seront surveillées tout particulièrement au cours du premier trimestre. Le renforcement de la surveillance prénatale à cette période diminue le taux d'avortements.

Recherche d'anomalies à caractères héréditaires.

HTA;

Malformations;

Diabète;

Anomalies génétiques ou chromosomiques connues.

Recherche d'antécédents pathologiques

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

Autres facteurs de risque de grossesse pathologique

Le médecin précisera :

L'âge de la gestante et sa situation familiale (statut matrimonial); et Pinard.

La profession et les conditions de travail (nature, intensité et horaires de travail, distance parcourue et moyen de transport utilisé pour s'y rendre);

Les habitudes alimentaires (tabac, alcool, drogues, ration alimentaire);

Les conditions socioéconomiques;

Les facteurs psychologiques.

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

I.4. Examen physique

I.4.1. Examen général :

Le matériel se compose de pèse-personne, toise murale, tensiomètre, stéthoscope bi-auriculaire.

La mesure de la taille : selon la littérature, une taille inférieure à 1,50 m est un risque de dystocie. Ces dystocies surtout d'origine mécanique sont à la base de 20% à 30% des césariennes [17].

La mesure du poids dont la courbe devrait être suivie régulièrement jusqu'à terme;

Etude du squelette par l'examen de la femme debout, puis de la femme marchant, à la recherche d'une éventuelle boiterie;

La prise de la tension artérielle;

Auscultation cardio-pulmonaire systématique étude de la fréquence cardiaque, détection des anomalies (souffles);

Examen de l'abdomen à la recherche d'une cicatrice;

Examen systématique des membres inférieurs à la recherche notamment des varices; vérification de l'état des veines afin de prévenir tout risque de phlébite.

I.4.2. Examen obstétrical :

Le matériel se compose d'un mètre ruban, spéculum, gants stériles.

I.4.3. Examen des seins :

La palpation doit être systématique à la recherche d'une tumeur, d'adénopathies au niveau du creux axillaire;

La palpation de l'hypogastre est souvent non informative jusqu'à 12 SA. Après ce délai elle permet de percevoir l'utérus sous la forme d'un globe sus-pubien ferme, régulier et indolore;

La recherche des battements cardiaques fœtaux : elle se fait à l'aide d'un appareil à effet Doppler. Elle est positive à partir de 10-11 SA;

I.4.4. L'examen au spéculum :

Il visualise l'aspect du col normalement augmenté de volume, violacé avec une glaire coagulée. L'orifice externe est punctiforme chez la primigeste et allongé transversalement chez la multipare.

I.4.5. Le toucher vaginal permet :

De percevoir le col utérin, normalement sous forme d'un col de 3 cm de longueur, de consistance ferme chez la primigeste, et parfois déhiscent chez la multipare; son orifice interne doit toujours être fermé ;

D'apprécier la taille de l'utérus;

De palper les culs de sacs latéraux à la recherche d'une pathologie annexielle (fibrome, kyste de l'ovaire...).

I.4.6. Examens complémentaires :

I.4.6.1. Examens obligatoires

Groupe sanguin avec phénotype (ABO rhésus complet et Kell) : pour une parturiente rhésus négatif, la recherche d'agglutinines irrégulières doit être systématique à chaque visite prénatale obligatoire. Si la femme est rhésus positif (D), il faut rechercher les anticorps irréguliers au 3^e mois, entre 32 et 34 SA ;

La sérologie de la rubéole doit être prescrite en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise. Elle est inutile chez les femmes vaccinées.

La sérologie de la toxoplasmose, si elle était négative avant, est à répéter toutes les 4-6 semaines jusqu'à l'accouchement ;

La sérologie de la syphilis (VDRL, TPHA) ;

L'examen des urines, à la recherche d'une protéinurie, glycosurie).

I.4.6.2. Examens conseillés et utiles :

Le frottis cervico-vaginal : il sera effectué chez toute femme ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier, afin de dépister un éventuel cancer du col;

I.4.6.3. La numération formule sanguine (NFS) : elle permet de dépister précocement une anémie qui sera corrigée par la prescription de fer et d'acide folique;

La sérologie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas obligatoire aujourd'hui; mais elle doit être conseillée notamment chez les patientes appartenant à un groupe à risque;

I.4.6.4. L'échographie: elle permet de préciser le siège et le caractère évolutif de la grossesse, le nombre d'embryons, et surtout l'âge gestationnel. Elle doit être prescrite dans tous les cas où la date des dernières règles n'est pas connue de façon très précise, si celles-ci étaient modifiées ou s'il existe une irrégularité menstruelle.

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

I.4.6.5. Conseils :

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

I.4.6.6. Nutrition :

Une alimentation équilibrée riche en calcium, légumes frais et fruits est conseillée. L'eau est la seule boisson vraiment utile; un apport quotidien d'un litre et demi d'eau sous forme d'eau de robinet, d'eau de source, ou de préférence d'eau minérale faiblement minéralisée est indispensable.

En cas de non-immunisation contre la toxoplasmose. Il est conseillé d'éviter tout contact avec les chats et leurs excréments; de bien laver les fruits et légumes et de bien cuire la viande. La suppression de l'alcool et surtout du tabac est impérative.

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

Il est souhaitable de garder une activité physique et une activité sportive si elle n'est pas trop violente par contre la marche, la natation, la gymnastique, le vélo sont recommandés dans les six premiers mois.

Le jogging, le tennis, l'équitation, l'escrime, l'athlétisme, le basket-ball et autres sports collectifs (football, handball, etc.), les sports de combat et tout sport de compétition après 12 SA sont déconseillés.

Les rapports sexuels sans excès ne comportent aucun danger.

C'est la pénibilité des trajets, la durée de l'horaire, le travail associé à la charge familiale et non le travail lui-même qui sont dangereux pour la grossesse. Le repos est vivement conseillé, notamment par des siestes l'après-midi.

I.4.6.7. Voyages :

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

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

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

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

I.4.6.8. Les médicaments :

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

Pas d'automédication.

Système dentaire et digestif

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

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

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

I.4.6.9. Hygiène corporelle :

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

I.4.7. Les soins :

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

La surveillance pendant la grossesse

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

I.4.7.1. Objectifs :

Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse par les examens cliniques, biologiques et échographiques;

Confirmer que tout se passe bien, que le couple vit bien la grossesse;

Prendre les mesures adéquates le plus tôt possible en cas d'anomalies.

I.4.7.2. L'interrogatoire :

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

- les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient ont disparu, sauf peut-être le ptyalisme, le pyrosis ;
- vers 22 SA (4 mois et demi) lors de la première grossesse, plus tôt pour les suivantes, la femme perçoit les mouvements du fœtus ;
- épisodes de métrorragies, même minimales ;
- contractions utérines anormales ;
- signes fonctionnels urinaires : brûlure mictionnelle, dysurie, etc.
- fièvre, pertes vaginales anormales, prurit.

I.4.7.3. L'examen clinique :

Il sera complété par la recherche d'œdèmes, le palper abdominal et l'auscultation des bruits du cœur fœtal.

I.4.7.4. La pesée :

La prise de poids doit être régulière ; elle est de l'ordre de 1 kg par mois, allant de 5 à 12 kg selon le poids de départ. Il sera porté sur une courbe en fonction du terme. Toute prise importante sera considérée comme un signe d'alerte, en particulier vasculo-rénal. En revanche on s'inquiètera d'une prise de poids trop faible : danger d'avortement, d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, de mort in utero.

La mesure de la pression artérielle

La prise de la tension artérielle sera minutieuse, par méthode auscultatoire, en position couchée puis assise, aux deux bras. Elle doit toujours rester inférieure à 140/90 mm Hg.

La hauteur utérine et le périmètre ombilical

Ils seront mesurés avec précision à l'aide d'un mètre ruban.

La hauteur utérine est mesurée du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin en suivant l'axe de l'utérus; elle augmente théoriquement de 4 cm par mois, sauf dans les 8e et 9e mois où elle est de 2 cm par mois.

IV/ METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

1-Cadre d'étude

Le quartier de Koulouba situé en Commune III du District de Bamako avec une population de 9008 habitants en 2010. Il est limité :

- à l'Est par le Point-G ;
- à l'Ouest par Sokonafing;
- au Sud par N'Tomikorobougou ;
- et au Nord par la Commune de Kati.

2. Lieu d'étude :

Le Centre de Santé Communautaire (CSCom) de Koulouba situé dans la Commune III du District de Bamako.

Il est opérationnel depuis le 21 août 1997 ; l'autorisation N° 1795M.CIII DB autorise l'ASACO de Koulouba à utiliser le dispensaire pour en faire son Centre de Santé Communautaire.

L'ASACO se conformera à la réglementation en vigueur, un certificat de conformité avec la carte sanitaire a été délivré le 5 décembre 1995 par le médecin-chef de la Commune III, le Docteur TRAORE Marcelline DIAKITE.

Un récépissé de la déclaration d'Association N°692/MAT-S/DNAT a été délivré par le Ministre de l'Administration Territoriale et de la Sécurité le 28 novembre 1995.

❖ Situation géographique

Le CSCom de Koulouba Point G est situé à l'entrée du Palais Présidentiel en face de la Mairie de Koulouba. L'aire du CSCom est composée de 3 quartiers : Koulouba, Point G et Sokonafing. Le centre comprend :

- une salle de consultation ;
- une salle d'accouchement ;
- deux salles de repos ;
- un dépôt de médicaments ;
- une salle de consultation prénatale ;

- une salle de soins.

Le Personnel :

- un Médecin-chef ;
- une sage-femme ;
- un gérant du dépôt pharmaceutique.
- une matrone ;
- deux aides-soignants ;
- une manœuvre.

❖ Critères de choix :

Beaucoup d'études ont été menées sur la qualité de la CPN dans plusieurs centres de santé de référence et Cscm du district de Bamako; mais notre étude sur les CPN est l'une des premières réalisées dans le Cscm de Koulouba. Le centre est aussi proche du CHU du point G pouvant amputer sur sa fréquentation.

3. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective et descriptive.

4. Période d'étude :

Notre étude s'était déroulée en 2015 et la collecte des données au mois de mai et avait concerné les données du 1^{er} semestre 2014.

5. Population d'étude

Elle était constituée par les registres (de CPN et de vaccination), les fiches de suivi de grossesse.

5.1. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- tous les dossiers des femmes ayant fait leur CPN du 1^{er} semestre 2014 au niveau du Cscm de Koulouba;

5.2. Critères de non-inclusion

N'étaient pas inclus dans cette étude :

- tout dossier de CPN rempli avant ou après le 1^{er} semestre 2014 au niveau du Cscom de Koulouba.
- tout dossier mal répertorié au cours du 1^{er} semestre 2014 au niveau du Cscom de Koulouba.

5.3. Les variables

Variables relatives aux caractéristiques des femmes

- l'âge ;
- le niveau d'instruction ;
- la profession.
- le statut matrimonial ;
- la résidence ;
- l'ethnie ;
- la gestité ;
- la parité.

Les variables relatives aux normes de la CPN

- le nombre de CPN ;
- la périodicité des CPN.

Les variables relatives aux objectifs de la CPN

- la prévention du paludisme pendant la grossesse ;
- la prévention de l'anémie ;
- la vaccination antitétanique ;
- les examens complémentaires.

5.4 Techniques et outils de collectes :

La technique de collecte était l'exploitation des documents et les outils de collectes ont été les fiches de dépouillement. Les questionnaires ont été remplis

en utilisant les registres (de consultation et de vaccination) et les fiches opérationnelles du CSCom de Koulouba.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec les logiciels Word 2013 et SPSS19.0 version française pour Windows.

5.5. Déroulement

Il s'agissait d'un recrutement systématique exhaustif de tous les dossiers et les registres de consultation prénatale au cours de la période d'étude. Les autorités sanitaires ont été informées de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation de collecte de données signée par le Directeur du CREDOS.

6-Aspects éthiques

La confidentialité et l'anonymat des informations recueillies avaient été respectés et les fiches étaient gardées dans des armoires sous-clés. Les résultats de cette étude ont été diffusés pour contribuer à l'amélioration des bonnes pratiques médicales ; non pour prendre des décisions qui pourront porter préjudice. Aucun nom n'était apparu dans le rapport.

V/ RESULTATS

V- RESULTAT

Du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2014, nous avons recensé 163 gestantes. Ces gestantes soient 100% ont eu à réalisées au moins une (1) consultation prénatale dans le centre de santé communautaire de Koulouba.

5-1 Caractéristique sociodémographique :

Tableau I : Répartition des gestantes selon l'âge, le statut matrimonial et leur résidence au cscom de Koulouba au 1^{er} semestre 2014.

Caractéristiques	Effectifs (163)	Pourcentage (%)
AGE		
15-19 ans	46	28,2
20-24 ans	40	24,5
25-29 ans	42	25,8
30-34 ans	23	14,1
35 et + ans	12	7,4
STATUT MATRIMONIAL		
Célibataire	30	18,4
Mariée	133	81,6
RESIDENCE		
Koulouba	142	87,1
point g	12	7,4
Sokonafing	6	3,7
Kati	2	1,2
Tienfala	1	0,6

Parmi les gestantes enquêtées, 28,2% avaient un âge compris entre 14 et 19 ans avec des âges extrêmes allant de 14 à 40 ans, l'âge moyen était de 24,14 ans ; Parmi les gestantes enquêtées, 81,6% étaient mariées et 87,1% résidaient à Koulouba.

5-2 Proportion des gestantes ayant fait des CPN selon les normes :

Tableau II : Répartition des gestantes en fonction des CPN réalisées au cscm de Koulouba au 1^{er} semestre 2014.

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage(%)
1	45	27,6
2	43	26,4
3	34	20,9
4	41	25,2
Total	163	100

Parmi les gestantes enquêtées, 27,6% étaient à leur 1^{ère} consultation.

Tableau III : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse au cscm de Koulouba au 1^{er} semestre 2014.

Age de la grossesse	Fréquence	Pourcentage(%)
1 - 3 mois	43	26,4
4 - 6 mois	98	60,1
7 - 9 mois	22	13,5
Total	163	100

Il y a 60,1% des gestantes qui ont consulté entre le 4e et 6e mois de la grossesse.

Tableau IV : Répartition des gestantes qui étaient à leur 1^{ère} consultation par période de la grossesse au Cscm de Kouloba au 1^{er} semestre 2014.

Période	Fréquence	Pourcentage(%)
1 ^{er} trimestre	9	20,0
2e trimestre	23	51,1
3e trimestre	13	28,9
Total	45	100

Parmi les gestantes qui étaient à leur 1^{ère} CPN, 51,1% étaient au deuxième trimestre de leur grossesse.

Tableau V : Répartition des gestantes en fonction de la qualification et du statut du personnel chargé de la CPN au Cscm de Kouloba au 1^{er} semestre 2014.

Qualification	Fréquence(n=163)	Pourcentage
Sage-femme	162	99,4%
Médecin	1	0,6%
Matrone	0	0,0%

Parmi les gestantes enquêtées, 99,4% ont été examinées par les sages-femmes.

5-3 Eléments de prise en charge :

Tableau VI : Répartition des gestantes en fonction de l'examen physique réalisé au Cscm de Koulouba au 1^{er} semestre 2014.

Caractéristiques	Fréquence (n=163)	Pourcentage
Examen physique réalisé		
Recherche de la vitalité fœtale	163	100
Toucher vaginal	163	100
Prise de la TA	159	97,5
Mesure de la taille	159	97,5
Mesure de la HU	162	99,4
Mesure du poids	160	98,2
Palpation de l'abdomen	163	100
Examen systématique de la tête aux pieds	145	96,7
Recherche la position du fœtus	80	53,3
Auscultation des bruits du cœur fœtal	155	95,1
Examen au spéculum	0	0,0

La recherche de la vitalité et le toucher vaginal ont été faits chez toutes les gestantes soit 100%.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon les examens paracliniques réalisés au Cscm de Koulouba au 1^{er} semestre 2014.

Examens paracliniques	Effectifs (n=163)	Pourcentage (%)
Groupage /Rhésus	123	75,5
Test d'Emmel	105	64,4
BW	106	65
Echographie	69	42,3
Recherche d'albumine et de sucre dans les urines	109	67,5

Le groupage/rhésus a été l'examen le plus demandé avec un taux de 75,5%.

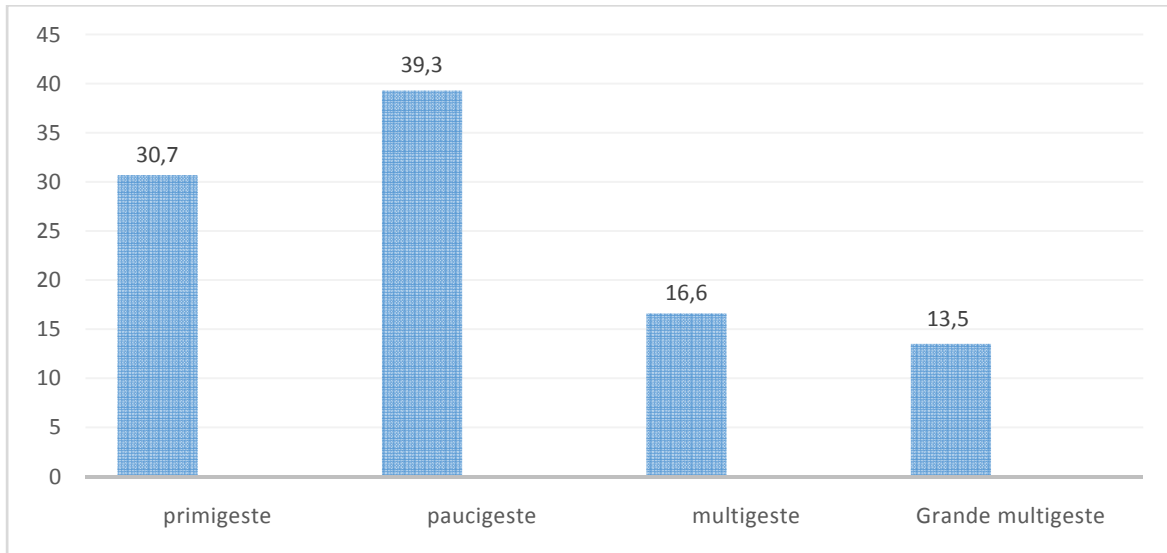
Le counseling avait été réalisé chez les gestantes.

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon les soins et préventions donnés au cscm de Koulouba au 1^{er} semestre 2014.

Soins et prévention reçus	Fréquence (n=163)	Pourcentage
fer/acide folique	163	100,0%
Traite les affections dépistées	163	100%
Administre le VAT1 pour la femme non vaccinée	103	63,2%
Administre le VAT2	66	40,5%
Rappel VAT	28	17,2%
Donne SP à partir 16 SA	157	96,3%

Toutes les gestantes ont reçu du fer/acide folique avec un taux de 100% comme moyen de prévention contre l'anémie.

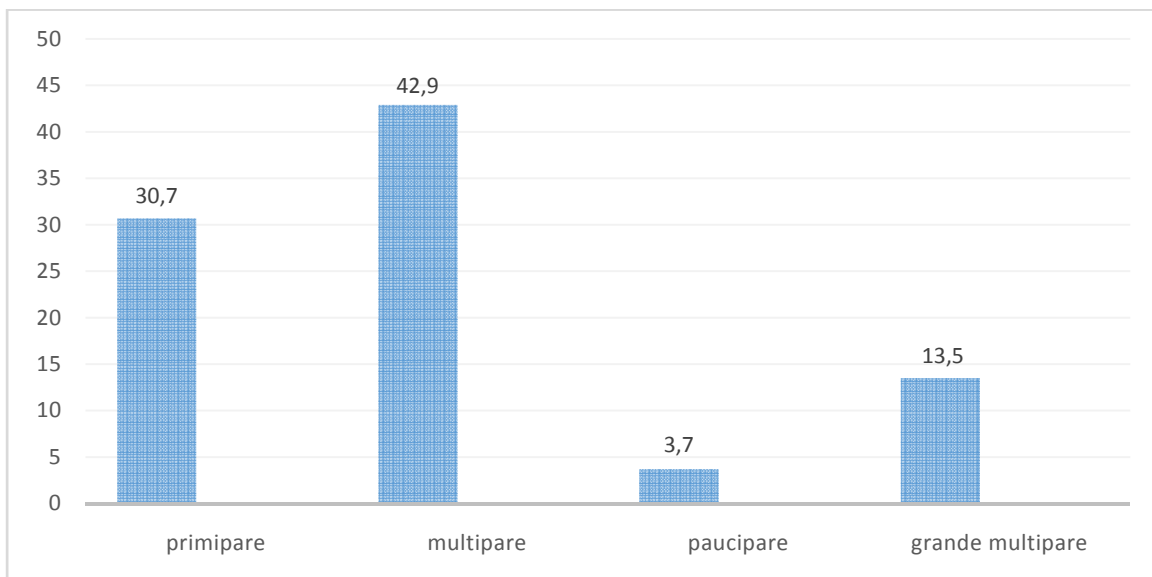
Graphique 1 : Répartition des gestantes en fonction de la gestité au cscom de Koulouba au 1^{er} semestre 2014.



Parmi les gestantes enquêtées, 39,3% étaient paucigeste.

NB : Paucigeste = gestantes ayant 2 à 3 grossesses.

Graphique 2 : Répartition des gestantes selon la parité au cscom de Koulouba au 1^{er} semestre 2014



Parmi les gestantes enquêtées, 42,9% étaient multipare.

Tableau IX : Répartition des gestantes en fonction du recueil des ATCD obstétricaux

Recherche des ATCD obstétricaux	Effectifs (n=163)	Pourcentage (%)
Nombre d'enfants décédés	16	9,8
Nombre d'Avortements	11	6,8
Césarienne	3	1,8
Mort-nés	2	1,2
Eclampsie	0	0
Forceps ou ventouse	0	0

5-4 Pathologies au cours de la grossesse :

Tableau X : Répartition des gestantes en fonction du recueil des variables concernant le déroulement de la grossesse au csc com de Koulouba au 1^{er} semestre 2014.

Pathologies au cours de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Rien	44	27
Algies pelviennes	43	26,4
Ecoulement vaginal	41	25,2
Prurit	13	8,0
Annorexie	7	4,3
Douleurs abdominales	6	3,7
Vomissements	5	3,1
Brûlure à la miction	3	1,8
Leucorrhées	1	0,6

Il est a noté que les gestantes se sont plaintes le plus d'algies pelviennes et d'écoulement vaginal respectivement 25,4% - 25,2%. Aussi 27% n'ont signalé aucun problème au cours de leur grossesse.

VI/ COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Méthodologie :

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive rétrospective au centre de santé communautaire de Koulouba.

L'étude a porté sur l'analyse des composantes des consultations prénatales grâce aux fiches opérationnelles et registres (vaccination et consultation). Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier au 30 juin 2014.

Elle nous a permis de :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes dans le CSCom de Koulouba au premier semestre 2014 ;
- Décrire les éléments de prise en charge au cours des CPN;
- Identifier les pathologies rencontrées au cours des CPN dans le CSCom de Koulouba;
- Déterminer la proportion des femmes ayant fait des CPN selon les normes.

Durant cette période 163 gestantes ont été répertoriées. Au cours de notre enquête, le recueil des informations a été émaillé d'énormes difficultés à savoir :

- ❖ Les registres de consultation étaient mal remplis, et celui de vaccination a été intégré durant le cours de l'année.
- ❖ Un manque de concordance entre les fiches opérationnelles et le registre de consultation.
- ❖ L'absence du niveau d'instruction et de profession des gestantes dans les registres et sur les fiches opérationnelles.
- ❖ Les données sur l'intervalle inter gésique n'étaient pas toujours notées.

Caractéristique sociodémographique :

➤ L'Age :

La tranche de 14- 19 ans était la plus représentée avec un taux de 28,2%. L'âge moyen était de 24,14 ans avec des extrêmes allant de 14 à 42 ans. Ce résultat tend vers celui de **Camara D [14]** qui a trouvé que la tranche d'âge 16-23 ans a été la plus représentée avec 60,5% des cas et des extrêmes allant de 16 à 41 ans.

➤ La résidence :

Plus de la moitié des gestantes résidaient à koulouba soit 87,2%. Ceci peut s'expliquer par la proximité du centre de santé. A noté que certaines provenaient du point G, sokonafing, Kati et Tienfala respectivement 7,4% - 3,7% - 1,2% - 0,6%.

➤ Le statut matrimonial :

La majorité des gestantes, (81,6%) étaient mariées. Ce taux est supérieur à celui de **Camara D [14]** qui avait trouvé 66%.

Antécédents obstétricaux des gestantes :

▪ La gestité :

Les paucigestes étaient les plus représentées avec 39,3% de notre échantillon. Quant aux multigestes, elles représentaient 16,6% de notre échantillon. **Koita M [15]** avait retrouvé 46,5%.

▪ La parité :

Les multipares représentaient 42,9% de notre échantillon. Les primipares quant à eux représentaient 30,7% des cas.

Antécédents médicaux des gestantes :

Parmi les gestantes enquêtées, 1,2% étaient hypertendues.

Les éléments de la CPN :

Dans notre étude, les activités ont été réalisées par les sages-femmes dans 99,4% des cas et les médecins dans 0,6% des cas.

Aucune CPN n'a été faite par une aide-soignante. Les consultations ont été faites par le personnel qualifié et cela a un impact favorable sur la qualité des CPN. Ce résultat est supérieur à celui de **Maiga A.S [16]** en 2008 qui retrouvait 66,5% par les sages-femmes et 33,5% par les infirmières obstétriciennes et aucun cas de consultation par un médecin ; tout comme à celui de l'EDSM IV : par les sages-femmes, infirmières (36%) et par des matrones (33%).

Selon les normes de l'OMS, la première CPN doit être effectuée par un médecin (gynécologue-obstétricien) et cela pour confirmer le diagnostic de la grossesse et de prendre en charge celle qui comporte des risques [17].

Analyse des composantes des CPN :

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement [5]. Moins de la moitié des gestantes étaient à leur 1^{ère} CPN soit 25,7% dont 51,1% étaient au deuxième trimestre de leur grossesse. Ce résultat est moins bon par rapport à celui de l'EDS-M IV [5] qui a trouvé que dans 30% des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de la grossesse. Il y a 60,1% des gestantes qui ont consulté entre le 4^{ème} et 6^{ème} mois de la grossesse. Cela s'explique par le fait que dans nos sociétés, beaucoup de femmes cachent leur début de grossesse soit par honte ou par peur d'une sorcellerie qui pourrait être cause de décès de leur fœtus.

25,2% avaient réalisé quatre CPN ce résultat est moins bon par rapport à celui de l'EDS-M IV [5] qui a retrouvé que 35% des clientes ont effectué au moins quatre visites prénatales recommandées. Selon **EDS V-2012 [6]**, les femmes

vivant en milieu urbain (93 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (69 %).

Save the children [18] dans son enquête avait trouvé que 24% ont effectué au moins quatre visites prénatales recommandées.

Passchier M. [19] dans son étude intitulée : « Itinéraires thérapeutiques en milieu rural guinéen » a trouvé que 55% des femmes ont respecté les recommandations de l'OMS à propos du nombre de consultation qui est d'au moins quatre (4) CPN durant la grossesse.

Doumbia M. [20] trouve que 21,4% des femmes enquêtées de la commune d'Athiémé ont respecté les normes de la CPN en 2007. Ce niveau de respect des normes varie d'un arrondissement à un autre.

Examen physique :

Concernant cet exercice nous avons retrouvé que certains gestes n'avaient pas du tout été réalisés tels que l'utilisation du spéculum (0%).

Chez **Camara D [14]**, le spéculum n'a été utilisé que dans 5,5% des cas. Ce faible taux d'utilisation serait dû à leur nombre insuffisant dans les CSCOM.

L'examen au spéculum est important surtout lors de la première CPN. Mais cet examen doit se faire chez toutes les gestantes vu l'ampleur des infections génitales féminines dans notre milieu d'une part, et des signes d'appel comme leucorrhées, douleurs pelviennes, pertes liquidiennes voire métrorragies et l'appréciation de l'état du col d'autre part.

Les autres examens tels que le toucher vaginal, la prise de la TA, la mesure de la taille, la recherche de la vitalité fœtale, la mesure de hauteur utérine et la recherche de la vitalité fœtale ont été réalisés chez la quasi-totalité des gestantes. Ce résultat est similaire à celui de **Camara D [14]**.

Examens complémentaires pendant la grossesse :

Au Mali selon les normes et procédures, les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation prénatale et sont indispensables pour détecter certaines pathologies associées à la grossesse [21] .

Dans notre étude ces examens complémentaires tels que le groupage/rhésus, le test d'Emmel, la recherche d'albumine et le sucre dans les urines ont été demandés chez presque toutes les gestantes avec respectivement 75,5%, 64,4% et 67,5%. Ce résultat est loin supérieur à celui de **Camara D [14]** qui a trouvé 7% pour groupage/rhésus.

L'échographie étant un moyen important de diagnostic et de surveillance de la grossesse. Toutes les femmes devraient en bénéficier au moins 3 fois au cours de leur grossesse:

~ 1^{ère} échographie (de datation) à 12 SA (11-13 SA) au moindre doute sur le terme, systématiquement.

~ 2e échographie (morphologique) à 22 SA (21-23 SA): biométrie, vélocimétrie (Doppler) des artères utérines et ombilicales, n'est pas systématique.

~ 3e échographie (pronostic d'accouchement) à terme.

Dans notre étude, elle a été réalisée dans 42,3% des cas.

Soins préventifs :

La totalité des gestantes ont bénéficié de la prescription de fer et de l'acide folique (100%). Il en a été de même pour **Camara D [14]** où toutes les gestantes ont reçu cette prescription. Save the children [17] dans son enquête trouve 71% de supplémentation en FAF. Selon EDS IV -2006 [5], 44% des femmes enceintes au Mali étaient anémiées sous la forme modérée. Ce résultat témoigne que la prescription de fer et l'acide folique est systématique chez les gestantes.

Par rapport à la chimio prophylaxie contre le paludisme, la SP (sulfadoxine Pyriméthamine) a été prescrite chez 96,3% des gestantes. Save the children [18] dans son enquête trouve que 21% étaient informées, et 73% avaient reçu les deux doses de SP. 100% des femmes ont utilisé la moustiquaire imprégnée durant leur grossesse, ce qui est bon.

L'efficacité de la prévention du tétanos néonatal par la vaccination antitétanique n'est plus à démontrer. Chez une femme vaccinée, elle protège le nouveau-né contre le tétanos ombilical d'une part et d'autre part contre le tétanos néonatal par les anticorps transmis de la mère à l'enfant.

Dans notre étude 63,2% des femmes ont bénéficié de la vaccination antitétanique. Save the children [18] dans son enquête trouve que seulement 10% étaient informés. Selon EDS-V [6] en 2012, 47% des femmes avaient reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique pour prévenir le tétanos néonatal.

VII/ CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude sur les consultations prénatales (analyse des registres et fiches opérationnelles) qui s'est déroulée au cours du premier semestre 2014 (1^{er} janvier au 30 juin) nous dirons que :

La réalisation des 4 CPN selon les normes, n'est pas encore une totale réalité ; cependant les examens tels que la supplémentation en fer/acide folique, la vaccination antitétanique, la prise des doses de SP et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été presque systématiques chez toutes les gestantes.

Les examens complémentaires ont été presque toutes réalisés sauf pour l'échographie. Certains examens et sérologie n'ont pas été réalisés.

A la suite de ces remarques, nous nous proposons de faire certaines recommandations afin que toutes les femmes enceintes puissent bénéficier des soins pendant leur grossesse, l'accouchement et les suites de couches en cas de complications.

RECOMMANDATIONS

A l'équipe cadre du district et au comité de gestion :

- Evaluer la qualité de la CPN au centre de santé communautaire de Koulouba.
- Rendre accessible le coût des bilans prénatals pour toutes les gestantes

Aux personnels de santé du Cscm :

- Renforcer l'application des normes et procédures des CPN,
- Renforcer l'interaction patiente soignant par l'IEC sur le planning familial, les facteurs de risques, les avantages à débiter les CPN au 1^{er} trimestre et à améliorer la communication interpersonnelle.
- Encourager les gestantes qui font régulièrement les CPN
- Améliorer la qualité de l'examen physique.

Aux autorités politiques et sanitaires :

- Adopter une politique de gratuité de la CPN ;
- Faciliter l'accessibilité au Cscm de Koulouba
- Organiser des émissions radiophoniques sur la CPNR ;

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Haute autorité de santé (HAS)

Comment mieux informer les femmes enceintes ?

Recommandation pour les professionnels de santé ; Avril 2005.

2- OMS

Rapport sur la santé dans le monde : donnons la chance à chaque mère et à chaque enfant, Edition de 2005-261P.

3- Renforcer les soins obstétricaux pour une maternité sans risque :

Atelier collectif pré congrès CISF/OMS/UNICEF OS/O, Norvège, 23 – 26 mai 1996 P1.

4- Quevison, K.

Influence de la qualité des soins prénataux sur l'issue de la grossesse à la maternité de l'HOMEL Cotonou Th : Gynéco-obstétrique : UAC : FSS ; 2005.

5- Cellule de Planification du Ministère de la santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc.2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.

6- Cellule de Planification et de Statistiques (CPS), Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali et ICF International, Calverton, Maryland, USA ; Mai 2013. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2012-2013. Calverton, Maryland, USA : CPS/INSTAT et ICF International.

7- Organisation mondiale de la Santé

Au-delà des Nombres ; Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse : Genève ; 2004.

8- Organisation Mondiale de la Santé

Mortalité maternelle : Aide-mémoire N°348 ; Novembre 2010.

9- Organisation des Nations Unies

Eliminer la pauvreté 2015 objectif du millénaire pour le développement. Sommet de nations unies, New York du 20-22 Septembre 2010.

10- [<http://www.who.int/whr/2005/chapter3/fr/index2.html>]

Egypt national maternal mortality study 2000. Le Caire, Ministère de la Santé et de la Population, 2000 ; consulté le 16/04/2015 à 23H.

11- UNFPA

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Evaluation Version Finale-1 24 Nov 2014 P26

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

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

14- Camara D.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé communautaire de Bacodjicoroni en commune V du district de Bamako.

Thèse : Médecine : Bamako : FMPOS ; 2008; n° 217

15- Koïta M.

Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du District de Bamako. Thèse de médecine 2001 M14 ; 129 pages.

16- Maïga A.S

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine 2008; M216.86 pages.

17- OMS : Estimation révisée de 1990 de la mortalité maternelle 1^{ère} édition nouvelle méthodologique OMS/UNICEF, Avril 1996 ; Genèse P16.

18- Saving New Born Lives

Consulter en ligne À: www.Save the children.Org/ rapport, le 20 juin 2015.

19- Passchier M.

Itinéraire thérapeutique l'exemple de la sous-préfecture de Kanfarandé en Guinée. Paris : URD ; 2003

Université René Descartes Paris 5 2003 ; 10-136

20- Doumbia M.

Les déterminants du non-respect des normes de la consultation prénatale par les femmes de la commune d'Athiémé en 2007 au Bénin pour l'obtention du master en Santé Publique.

21. Direction Nationale de la Santé/ Mali

Division santé de la reproduction : Consultation prénatale recentrée : Mali ;
Novembre 2011

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N° Fiche.....

N° Dossier CPN

Caractéristiques de la gestante

Nom.....

Prénom.....

Age : /_____/

Etat matrimonial /___/ 1= Célibataire, 2= marié, 3= Veuve, 4= Divorcée

Résidence.....

Age de la grossesse : /_____/

Nombre de CPN réalisées

Dates des : CPN 1 : /_____/ CPN 2 : /_____/

CPN 3 : /_____/ CPN 4 : /_____/

Autres à préciser /_____/

Antécédents obstétricaux :

Parité:/___/ 1=Primipare ; 2=Multipare ; 3=Pauci pare ; 4=Grande multipare

Gestité: /___/ : 1=Primigeste ; 2= Pauci geste; 3= Multi geste; 4=Grande multi geste /...../

NB : Primigeste= 1 grossesse ; pauci geste= 2 à 3 grossesses ; multi geste= 4 à 6 grossesses ; grande multi geste= 7 grossesses et plus.

Dernier enfant : /___/ 1= vivant 2= mort-né 3= décédé

Nombre d'enfants vivants:/___/ Nombre d'enfants décédés:/___/

Nombre d'avortements:/___/

Intervalle inter génésique: /___/

Césarienne : /___/ 1=oui ; 2=non

Forceps, ou Ventouse : /___/ 1=oui ; 2=non

Eclampsie : /___/ 1=oui ; 2=non

Autres :.....

Antécédents médicaux :

HTA : /___/ 1=oui ; 2=non

Diabète : /___/ 1=oui ; 2=non

Affection cardiaque : /___/ 1=oui ; 2 =non

Tuberculose : /___/ 1=oui ; 2=non

IST : /___/ 1=oui ; 2=non

Drépanocytose : /___/ 1=oui ; 2=non

Caractéristiques du personnel qui a pris en charge la gestante :

Qualification : /___/ 1= Médecin, 2= Sage-femme, 3= Matrone, 4= Infirmière obstétricienne, 5 =Autres

Examen physique :

Prise de la tension artérielle : /_____/ 1=oui ; 2=non

Mesure de la taille : /_____/ 1= oui ; 2= non

Prise du poids : Oui /___/ Non/___/

Prise de la température : Oui /___/ Non/___/

Examen systématique de la tête aux pieds (conjonctives ; seins ; cicatrices abdominales) /_____/ 1= oui ; 2= non

Recherche la position du fœtus (36 S.A) /_____/ 1= oui ; 2= non

Toucher vaginal /_____/ 1= oui ; 2= non

Examen obstétrical :

Mesure de la hauteur utérine : Oui /__/ Non/__/

Palpation de l'abdomen : Oui /__/ Non/__/

Auscultation des bruits du cœur fœtale : Oui /__/ Non/__/

Examen au speculum /_____/ 1= oui ; 2= non

Examens complémentaires demandés :

1. Groupage rhésus : Oui /__/ Non/__/

2. Taux d'hémoglobine : Oui /__/ Non/__/

3. Test d'Emmel : Oui /__/ Non/__/

4. Toxoplasmose : Oui /__/ Non/__/

5. Glycémie : Oui /__/ Non/__/

6. Test urinaire d'Albumine, sucre : Oui /__/ Non/__/

7. Echographie obstétricale : Oui /__/ Non/__/

8. NFS : Oui /__/ Non/__/

Prévention antitétanique :

1ère dose : Oui /__/ Non/__/

2ème dose : Oui /__/ Non/__/

Rappel : Oui /__/ Non/__/

Soins préventifs :

Prophylaxie anti palustre : /____/ 1=oui ; 2=non

Supplémentation en fer et en acide folique : /____/ 1=oui ; 2=non

Prescription MII : /____/ 1=oui ; 2=non

Autre Prescription :

Une prescription a-t-elle été faite ? : /____/ 1=oui ; 2=non

Pathologies rencontrées :.....

Documentation utilisé :

Registre de CPN : /___/

Registre de vaccination : /___/

Fiche de CPN : /___/

Fiche signalétique

NOM : BAWA - KAWTE

PRENOM : Ridwane

Titre de la thèse : Etude des consultations prénatales au centre de santé communautaire de koulouba (analyse des registres et fiches opérationnelles)

Période d'étude : 1er janvier au 30 juin 2014

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Togo

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

Objectif : Etudier les CPN dans le centre de santé communautaire de Koulouba.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective portant sur 163 femmes (gestantes et accouchées) au centre de santé communautaire de Koulouba du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2014.

L'enquête était basée sur un questionnaire qui explore outre les caractéristiques sociodémographiques des femmes, mais aussi l'analyse des registres (consultation et vaccination) et fiches opérationnelles.

Résultats : La tranche d'âge de 14-19 ans était la plus représentative, soit 25,2%. 87,1% des gestantes résidaient à koulouba et 81,6% étaient mariées. 25,2% avaient réalisés 4 CPN ; 60,1% ont consulté entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois de la grossesse. Le toucher vaginal était l'examen physique le plus réalisé, soit chez 100% des gestantes. L'utilisation du spéculum n'a pas été utilisée. Le groupage/rhésus a été l'examen le plus réalisé, soit 75,5% ; le counseling avait été réalisé chez les gestantes.

Mots clés : Consultation prénatale, centre de santé communautaire.

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 !