

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F. S. S.)**

Année Universitaire 1992-1993

***ETUDE DE LA QUALITE DES PRESTATIONS
DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE
EN MILIEU URBAIN DE OUAGADOUGOU
EN VUE DE CONTRIBUER A LA REDUCTION
DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE MATERNELLES.***

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 22 Février 1993

**Pour l'obtention du :
GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)**

Par :

Patrice Ali COMBARY

Né le 20 Février 1962 à Tenkodogo (Burkina Faso)

Jury Président : Professeur Agrégé Bibiane KONE

**Membres : Professeur Agrégé Jean TESTA
Docteur Issa SANOU**

Directeur de Thèse : Docteur Blaise SONDO

**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF DE LA
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

Doyen	Pr. Ag. B.R. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques	Pr. Ag. I.P. GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche	Pr. Ag. B. KONE
Directeur des Stages	Pr. Ag. K.R. OUEDRAOGO
Coordonateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Ag. A. SANOU
Secrétaire Principal	Mr. S. G. BANHORO
C.S.A.F.C.	Mr. S. A. SANKARA
Conservateur	Mr. M. KARANTAO
Chef de Scolarité	Mr. S. GNEGNE
Secrétaire du Doyen	Mme A. KEITA
Secrétaire du Vice-Doyen	Mme F. NIKIEMA
Audio-visuel	Mr. P. A. PITROIPA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA

Anatomie organogénèse et
chirurgie

Hilaire TIENDREBOEOGO

Sémiologie et Pathologie
médicale

Tinga Robert GUIGUEMDE

Parasitologie

Professeurs associés

François CANONNE

Santé Publique

Ahmed BOU-SALAH

Neuro-chirurgie

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANOU

Chirurgie

Bobilwendé Robert SOUDRE

Anatomie pathologique

Julien YILBOUDO

Orthopédie-Traumatologie

Bibiane KONE

Gynécologie-Obstétrique

Alphonse SAWADOGO

Pédiatrie

Innocent Pierre GUISSOU

Pharmacologie-Toxicologie

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO

Chirurgie

Maître de Conférences associé

Jean TESTA

Epidémiologie-Parasitologie

Maîtres-Assistants associés

Ould MOHAMMEDI

Dermatologie

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Maîtres-Assistants

François René TALL

Pédiatrie

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Assistants Chefs de clinique

Tanguet OUATTARA
Sophar HIEN
Oumar TRAORE
Daman SANO
Si Simon TRAORE
Philippe ZOURE
Jean LANKOANDE
Issa SANOU
K. Ludovic KAM
Toungo Christian SANOU (in memoriam)
Madi KABRE
Kampadilemba OUOBA
Piga Daniel ILBOUDO
Doro SERME (in memoriam)
Virginie TAPSOBA
Adama LENGANI
Hamadé OUEDRAOGO

Joachim SANOU

Alexis ROUAMBA

Arouna OUEDRAOGO
Gana Jean Gabriel OUANGO
Joseph Y. DRABO
Blaise SONDO
Abdoulaye TRAORE
Salifo SAWADOGO
Jean KABORE
Pascal BONKOUNGOU
Boukari Joseph OUANDAOGO
R. Joseph KABORE
Mamadou Patrice ZEI
Luc SAWADOGO
Saïdou Bernard OUEDRAOGO
Raphaël DAKOURE

Chirurgie
Chirurgie
Chirurgie
Chirurgie
Chirurgie
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Pédiatrie
Pédiatrie
Oto Rhino Laryngologie
Oto Rhino Laryngologie
Oto Rhino Laryngologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Néphrologie
Anesthésie-Réanimation-
Physiologie
Anesthésie-Réanimation-
Physiologie
Anesthésie-Réanimation-
Physiologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Endocrinologie
Santé publique
Santé publique
Hématologie
Neurologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Radiologie
Anatomie-Chirurgie

Assistant Chef de clinique associé

Gérard MITELBERG

Psychiatrie

Assistant associé

Akpa Raphaël GBARY

Epidémiologie

Chargés de cours

Annette SCHWEICH
Jean LANDOIS
Daniel TRANCHANT
Maurice GALIN

Physiologie
Chirurgie
Endocrinologie
Oto Rhino Laryngologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

TRAORE S. Alfred
Akry COULIBALY

Immunologie
Mathématiques

Maîtres de Conférences

Sita GUINKO

Biologie cellulaire-
Botanique-B.V.

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie
cellulaire

Boukary LEGMA
Laou Bernard KAM

Chimie Générale
Chimie

Maîtres-Assistants

W. GUINDA
Léonide TRAORE
Adama SABA
François ZOUGMORE
Longin SOME
Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO
Aboubakary SEYNOU

Zoologie
Biologie cellulaire
Chimie organique
Physique
Mathématiques-statistiques
Physique
Statistiques

Assistants

Makido B. OUEDRAOGO
Apollinaire BAYALA (in memoriam)

Génétique
Physiologie

Jeanne MILLOGO
Raymond BELEMTUGOURI

T.P. Biologie cellulaire
T.P. Biologie cellulaire

Institut du Développement Rural

Maître-Assistant

Didier ZONGO

Génétique

Faculté des Sciences Economiques et Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Claude TAHITA

Législation Pharmaceutique
(Droit)

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY

Dr Jean Zézouma SANOU

Dr Bruno ELOLA

Dr Michel SOMBIE

Mr Abdoulaye KEITA

Mr René DALLA

Mlle Rasmata TRAORE

Mr Casimir KADEBA

Dr Nicole PARQUET

Dr Nazinigouba OUEDRAOGO

Dr Annette OUEDRAOGO

Dr THIOMBIANO Adama

Dr Sidiki TRAORE

Dr Badioré OUATTARA

Dr Tométo KALOULE

Psychologie

Psychiatrie

Anesthésie-Réanimation

Planification

Administration

Statistiques

T.P. Bactériologie

T.P. Biochimie

Dermatologie

Physiologie

Stomatologie

Législation Pharmaceutique

Galénique

Galénique

Médecine du Travail

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr Abibou SAMB	Bactériologie-Virologie (Dakar)
Pr José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Mr Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédérick GALLEY	Anatomie pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie pathologique (Brazzaville)

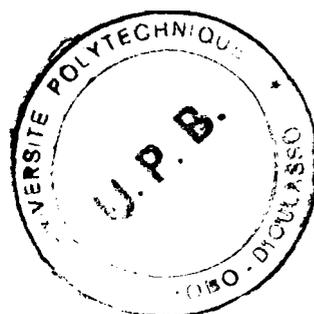
Mission Française de Coopération

Pr J. C. KOUYOUMDJIAN	Biochimie (Creteil)
Pr Daniel LAURENT	Physiologie (Creteil)
Pr Michel DUSSARDIER	Physiologie (Marseille)
Pr Michel JAN	Neuro-Anatomie (Tours)
Pr Etienne FROGE	Médecine Légale Médecine du travail (Tours)
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr P. QUEGUINER	Ophtalmologie (Marseille)
Mlle Evelyne WIRQUIN	Biophysique (Creteil)
Mr P. JOUANNET	Histologie-Embryologie (Paris)
Mr François THEPOT	Histologie-Embryologie (Paris)
Dr Claire SCHWARTZ	Endocrinologie (Reims)
Dr Brigitte DELEMER	Endocrinologie (Reims)
Pr Denis OUESSIDJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr Marc VAN DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr MOES	Galénique

NOS REMERCIEMENTS VONT :



A L'U N I C E F

- Vous avez permis la réalisation de cette étude. Nous osons espérer que ce travail repondra à votre attente et comptons sur vous pour une collaboration plus renforcée.

AU DOCTEUR BAKOUAN DIDIER

Merci pour cette documentation qui m'a été très utile.

Aux SAGES FEMMES DES CENTRES SMI DE OUAGADOUGOU

Vous avez facilité mon travail lors de l'enquête.

Aux Etudiants qui m'ont aidé dans la réalisation de l'enquête, courage dans vos études.

A IDANI HONORE ET DABRE BENOIT

Merci de votre soutien, le chemin est encore long.

A MAXIME KABORE,

Que notre amitié se consolide d'avantage.

A NAMA COLETTE

Merci pour ton courage, ta détermination et ton sacrifice.

A tous ceux qui m'ont communiqué expériences et savoir au cours de ma formation.

NOUS DEDIONS CETTE THESE

A notre Maître et président du Jury, le Professeur Bibiane KONE

Je voudrais par ceci, vous exprimer tous nos respects et notre profonde admiration pour votre passion du travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le Jury.

A notre Maître et Juge, le Professeur Jean TESTA

Vous nous avez guidé dans la recherche de nos données. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de nous faire honneur en jugeant ce travail.

Tous nos remerciements sont à vous.

A notre Maître et Juge, le Docteur Issa SANOU,

C'est dommage que nous n'ayons pas eu la chance de bénéficier de vos enseignements. Mais, l'attention que vous accordez à ce travail en consentant de le juger nous touche.

Permettez nous de vous témoigner notre sincère reconnaissance et notre respectueuse estime.

A notre Maître et Directeur de thèse, le Docteur Blaise SONDO,

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez fait de ce travail, une de vos préoccupations majeures. Vous nous avez guidé méticuleusement pour sa réalisation.

L'occasion nous est donnée ici d'exprimer toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

A MES PARENTS

J'espère qu'un jour vous serez aussi fiers de moi que je le suis de vous.

Merci pour tout le sacrifice consenti.

A mes frères et à ma soeur

Nous venons d'inscrire une autre victoire à notre actif, mais ce qui reste à faire est encore important.

Merci de votre soutien matériel et moral.

A mes oncles et tantes,

Ce travail est aussi le vôtre.

A ma fille Murielle et à sa mère Irène,

Vous avez su me soutenir durant toute la réalisation de ce travail. Les mots parfois sont petits pour exprimer tout l'amour que l'on ressent.

A mon ami de tout le temps, Docteur DABIRE Da Francis,
tu es le symbole de l'amitié, merci de tes conseils.

A mon entraîneur Amadou YODA

Merci de m'avoir compris et soutenu

A mes compagnons de tous les jours,

Merci de m'avoir soutenu aux moments difficiles

A Aimé ONADJA et Adama OUEDRAOGO

Merci pour votre soutien amical

S O M M A I R E

	<u>PAGES</u>
INTRODUCTION	1
I. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	3
II. DEFINITIONS DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE MATERNELLES	7
2.1 Mortalité maternelle	8
2.2 Morbidité maternelle	9
III. CADRE D'ETUDE	10
IV. OBJECTIFS	15
4.1 Objectif général	16
4.2 Objectifs spécifiques	16
V. MATERIEL ET METHODE	17
5.1 Au niveau des CSPS et des centres médicaux	18
5.2 Au niveau des maternités	19
VI. RESULTATS	21
6.1 Résultats de l'analyse des dossiers de la consultation prénatale dans les Centres de Santé	22
6.1.1 L'âge	22
6.1.2 Les antécédents obstétricaux	23
6.1.2.1 La gestation	23
6.1.2.2 La parité	23
6.1.2.3 Les antécédents de mort- nés	24
6.1.3 Les antécédents médicaux et chirurgicaux	24
6.1.4 Les signes physiques	24
6.1.4.1 La taille	24
6.1.4.2 Le poids	25
6.1.4.3 La tension artérielle	25

6.1.4.4	Les oedèmes aux membres inférieurs	26
6.1.4.5	L'anémie clinique	27
6.1.4.6	La hauteur utérine	28
6.1.4.7	Les bruits du coeur Foetal	28
6.1.4.8	Le toucher vaginal	29
6.1.4.9	La présentation	28
6.1.4.10	Les varices	29
6.1.5	Les signes biologiques	29
6.1.5.1	L'albuminurie	29
6.1.5.2	La glycosurie	30
6.1.5.3	L'électrophorèse de l'Hémoglobine	30
6.1.5.4	Le groupe sanguin et Rhésus	30
6.1.5.5	le BW et le VDRL	31
6.1.5.6	Les autres examens biologiques et échographiques	31
6.1.6	La prise en charge prophylactique des femmes enceintes	31
6.1.6.1	La prophylaxie à la chloroquine et au fer	31
6.1.6.2	La vaccination antitétanique	31
6.2	Synthèse de l'analyse des dossiers de la consultation prénatale dans les centres de santé	32
6.2.1.	Grossesses à risque relevées à l'interrogatoire	32
6.2.2	Grossesses à risque relevées lors de l'examen clinique	33
6.2.3	Grossesses à risque relevées lors des examens biologiques	36
6.3	Les résultats de l'observation non participante auprès des sages-femmes d'Etat chargées de la consultation prénatale	39

6.3.1	La conduite de l'interrogatoire par le personnel aux trois Consultations prénatales	39
6.3.2	La conduite de l'examen physique et clinique par le personnel aux trois Consultations prénatales	40
6.3.3	Les examens biologiques demandés par le personnel aux trois Consultations prénatales	42
6.3.4	Les mesures préventives prises par le personnel dans les trois Consultations prénatales	42
6.4	Résultats de l'entretien avec les responsables de la consultation prénatale et de la maternité	45
6.4.1	Entretien avec les Sages-Femmes responsables de la consultation prénatale	45
6.4.1.1	L'organisation du service	45
6.4.1.2	Le personnel et la formation continue	45
6.4.1.3	La gestion des ressources	46
6.4.1.4	L'analyse périodique des activités par le personnel de santé	46
6.4.1.5	Les activités des Centres de Santé	46
6.4.1.5.1	Activités promotionnelles	46
6.4.1.5.2	Activités préventives	46
6.4.1.5.3	Autres activités	47
6.4.1.6	Insuffisances relevées par les responsables des centres de Consultations prénatales	47
6.4.1.7	Suggestion des responsables des Centres de consultations prénatales	48
6.4.2	Résultats de l'entretien avec les responsables des maternités	48
6.5	Résultats de l'enquête auprès des femmes enceintes et des nouvelles accouchées	50
6.5.1	Sources de l'information des femmes enceintes et des accouchées sur la consultation prénatale	50
6.5.2	Information sur le but de la consultation prénatale	51

6.5.3	Connaissance du calendrier de la consultation prénatale	53
6.5.4	Connaissance du nombre de consultations prénatales	54
6.5.5	Temps d'attente dans les Centres de consultation prénatale	55
6.5.6	Accueil des femmes enceintes par le personnel	55
6.5.7	Satisfaction à l'égard des soins dispensés par le personnel	55
6.5.8	Opinions des femmes enceintes et des accouchées sur les examens biologiques prescrits par le personnel	55
6.5.9	Suggestions des femmes enceintes des centres de consultations prénatales	56
VII	DISCUSSION	58
VIII	RECOMMANDATION	70
IX	CONCLUSION GENERALE	73
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	76
	ANNEXES	83

LISTE DES ABREVIATIONS

- C C P N : Centre de Consultation Périnatale
- C P N : Consultation périnatale
- D S F : Direction de la Santé de la Famille
- A T C D : Antécédents
- G A R : Grossesse à risque
- T A : Tension Artérielle
- O M I : Oedème aux membres inférieurs
- H U : Hauteur Utérine
- B D C F : Bruit du Coeur foetal
- T V : Toucher Vaginal
- B W : Réaction de Bordet Wasserman
- V D R L : Réaction de Veneral Deasese Recherche Laboratory
- V A T : Vaccin Antitétanique Concentré
- CHN-YO : Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo
- S M I : Santé Maternelle et Infantile
- Hb : Hémoglobine

La Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle constitue un problème de santé préoccupant dans les pays en voie de développement : 500.000 femmes meurent dans le monde tous les ans à la suite de complications d'une grossesse ou d'un accouchement, soit une mort toutes les minutes du jour et de la nuit (1,8,21,24,31).

Au Burkina Faso, divers programmes de protection de la mère ont été mis en oeuvre depuis 1959.

Ces différents programmes ont été modifiés et réajustés pour mieux les adapter au contexte socio-économique du pays. Ainsi, on est passé du concept de programme de protection maternelle et infantile à celui du programme de santé maternelle et infantile, planning familial nutrition (SMI/PF/Nutrition).

En 1984, pour promouvoir et coordonner les activités de SMI dans le pays, une Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) a été créée en lieu et place de la Cellule de nutrition et de suivi des SMI (4,34). Cette Direction actuellement appelée Direction de la Santé de la Famille (DSF) est le résultat de l'évolution qualitative des services de SMI et de nutrition.

Cependant, le taux de mortalité maternelle reste élevé, 610 décès pour 100.000 naissances vivantes (5).

Des études faites sur les services de santé maternelle et infantile ont identifié une faible utilisation de ces services, l'absence de continuité des soins prénataux et une programmation inadéquate des activités. Ces résultats ont été observés en milieu rural (34). Cependant, il est probable qu'en milieu urbain, les soins identiques soient offerts à la femme enceinte.

Notre étude vise, à analyser l'offre de soins prénataux et l'utilisation des services de SMI en milieu urbain de Ouagadougou afin de proposer des éléments de solution qui pourraient accroître la couverture prénatale et obstétricale des femmes, partant de ce fait, réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

I. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'illustration la plus spectaculaire de l'ampleur de la mortalité maternelle dans le monde a été faite par le Docteur Malcolm Potts en ces termes.

"Jour après jour, il se produit toutes les quatre heures, une catastrophe aérienne qui ne laisse aucun survivant ; chaque fois 250 victimes sont des femmes en pleine jeunesse parfois même des adolescentes qui sont toutes enceintes ou viennent d'accoucher, la plupart ont des enfants à élever et des charges de famille".(19).

Et le Professeur S. DIARRA a aussi évoqué en ces termes la tragédie que constitue un décès maternel :

"La mort d'une femme pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou dans les suites de couches ne représente ni plus ni moins qu'un drame, une blessure, une césure dans la chaîne familiale et sociale ; Elle survient à un moment où elle est inacceptable, c'est à dire à ce moment précis où la vie est générée. Elle a, de ce fait la résonance d'un déni de justice" (11).

99% de ces décès maternels ont lieu dans les pays en voie de développement (21,23,31).

Parmi Les femmes qui échappent à la mort, nombreuses sont celles qui resteront invalides à la suite de leurs accouchements. Elles auront à vivre ultérieurement avec l'une ou l'autre des affections suivantes sinon leurs associations ou leurs conséquences : infections cycliques débilitantes, incontinence urinaire, hémorragies à répétition etc.

On estime à 25 millions le nombre de femmes qui seront gravement malades à la suite d'un accouchement dans les pays en développement (21,25,31).

Les décès maternels ont pour conséquence, l'apparition de nombreux orphelins en bas âge et des familles endeuillées qui souffriront de l'absence de la mère ou de la femme dans le foyer. Le professeur S. DIARRA ne dit-il pas que :

"sauver les mères Africaines c'est préserver la vie des enfants et des familles entières d'Afrique, c'est aussi préserver ce qui est sacré, irremplaçable singulièrement dans nos contrées" (11).

Les principales causes de mortalité sont généralement bien connues : hémorragies, infections puerpérales, toxémies gravidiques, dystocies, cardiopathies, hépatites, complications des interruptions volontaires des grossesses, etc.

Ces différentes causes de décès maternels surviennent sur des terrains généralement fragilisés, chez des femmes fatiguées par les lourds travaux champêtres et domestiques, qui présentent une malnutrition due aux carences alimentaires (13).

D'autres facteurs de risque, tels que : les mariages précoces, les grossesses rapprochées, les grossesses aux âges extrêmes favorisent la survenue de complications ou les décès chez les femmes. (8,22).

La majorité des causes de décès maternels et d'invalidité sont vulnérables à l'action des services de santé. Des études sur l'activité des soins et de leur impact sur la santé des femmes ont été réalisées en zones rurales du Burkina Faso. (34)

Dans les centres urbains, ces divers aspects n'ont pas encore été suffisamment étudiés alors que les femmes des villes ne semblent pas courir moins de risques de décéder des suites de leurs grossesses ou de leurs accouchements que leurs concitoyennes du milieu rural.

Aussi, proposons-nous d'étudier les facteurs susceptibles d'améliorer l'utilisation des services prénataux par les femmes enceintes ; nos résultats permettront de proposer des mesures adéquates de prise en charge de ces femmes pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

II. DEFINITION DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE MATERNELLES

2.1 Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant 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 les soins qu'elle a motivés mais ni fortuite, ni accidentelle (28).

Elle regroupe tous les décès maternels par causes obstétricales directes (ceux liés à la grossesse, au travail et suites de couche) et les décès maternels pour cause obstétricales indirectes (ceux qui résultent d'une maladie pré-existante indirecte aggravée par les effets physiologiques de la grossesse (28).

Le taux de mortalité maternelle donne la mesure de la probabilité pour une femme de mourir d'une cause liée à la grossesse. C'est l'indicateur le plus fréquemment utilisé.

Il devrait théoriquement relier au numérateur, le nombre total de décès maternels et au dénominateur, le nombre total de grossesses survenues dans le même laps de temps.

En pratique, il est difficile de comptabiliser le nombre total de grossesses et l'on préfère prendre au dénominateur, le nombre de naissances vivantes qui est une mesure indirecte du nombre de grossesses. (29)

2.2 Morbidité maternelle

La morbidité maternelle couvre l'ensemble des affections maternelles survenues au cours de la grossesse et pendant les 42 jours du post- partum, affections soit spécifiques à la gestante, ou aggravées par l'état de grossesse.

Du fait que les maladies diffèrent par leur nature, leur source, leur gravité et leur issue, il n'existe pas d'indicateur global de morbidité.

La morbidité ressentie correspond à la perception qu'a la femme des symptômes ou de ses malaises. Elle dépasse de loin, la morbidité diagnostiquée. Elle serait révélatrice de la morbidité réelle si elle était estimée par des enquêtes épidémiologiques (2).

III. CADRE D'ETUDE

Le cadre de notre étude est la ville de Ouagadougou. Il est le Chef lieu de la province du Kadiogo ; c'est aussi la capitale du Burkina Faso.

La population de cette ville a été estimée à 441.514 habitants en 1985 (16), elle connaît un taux d'accroissement de 7,8% par an ; cette population est répartie dans cinq communes, lesquelles regroupent trente secteurs (cf. figure n°1 en annexe 1).

Les femmes en âge de procréer représentent 22,86 % de la population du Kadiogo, soit 104.903 femmes en 1990.

Les formations sanitaires qui assurent des prestations de soins prénataux et obstétricaux aux femmes enceintes sont (6) :

- la maternité de l'Hôpital Yalgado
- huit (8) Centres Médicaux (CM) dont 4 centres médicaux ont des maternités ;
- huit (8) Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) dont un CSPS a une maternité ;
- Un (1) Centre de Santé Maternelle et Infantile mobile
- deux (2) maternités

Le personnel de santé dans ces formations sanitaires se regroupe comme indiqué dans le tableau 1.

Tableau I : Effectifs et qualification du personnel de santé travaillant dans les formations sanitaires offrant des soins de santé maternelle.

Formation sanitaire Personnel	Maternité de l'hôpital Yalgado Ouédraogo	Autres formations sanitaires offrant des soins prénataux et obstétricaux
Médecins	8	6
Assistantes de santé	14	9
Sages-femmes d'Etat	30	118
Infirmiers d'Etat	0	6
Infirmiers Brevetés	4	14
Accoucheuses auxillaires	1	44
Agents itinérants de santé	0	1
Filles de salles	10	50

Les différents programmes développés en faveur des femmes par le personnel sont des programmes de soins prénataux et d'assistance obstétricale.

Le programme de soins prénataux a pour objectifs de :

- donner des soins curatifs et préventifs aux femmes enceintes ;
- promouvoir la santé de la mère ;
- identifier et surveiller les grossesses à risque et les orienter vers une maternité où l'accouchement pourra se dérouler dans des conditions adéquates.

Les principales activités de ce programme sont : trois consultations prénatales au moins au cours de la grossesse, la vaccination antitétanique et la chimio-prophylaxie antipalustre et anti-anémique des femmes enceintes.

Au cours des examens des femmes enceintes, il est prévu :

- un interrogatoire
- un examen général
- un examen obstétrical
- une causerie éducative
- une vaccination antitétanique
- une chimio-prophylaxie à la chloroquine et au fer.

Les trois consultations prénatales sont réparties sur les trois trimestres de la grossesse. (3)

L'inscription d'une femme en consultation prénatale donne lieu à l'ouverture d'une fiche spéciale de suivi de cette femme jusqu'à son accouchement.

Le programme d'assistance obstétricale a pour objectif d'assurer de bonnes conditions d'accouchement à la femme. Pour cela, les différentes activités consistent à :

- surveiller la femme au cours du travail et au moment de l'accouchement ;
- décider des gestes d'assistance appropriés y compris la référence de la parturiente au niveau supérieur des soins
- donner les soins au nouveau-né ;
- surveiller la femme en suites de couche.

Les taux de couverture prénatale et obstétricale ont été en 1990, respectivement de 77 % et 62 % dans la ville de Ouagadougou. Ils sont les plus élevés du pays. (7)

Le taux de mortalité maternelle a été de 310 décès pour 100.000 naissances vivantes au cours de la même année. (7)

IV. OBJECTIFS

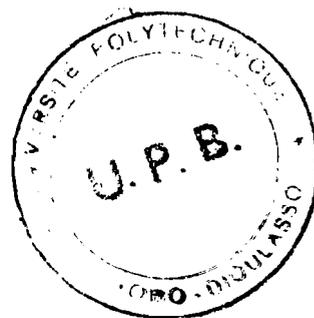
4.1 Objectif général

L'objet de notre étude est de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles dans la ville de Ouagadougou, par une meilleure offre des services prénataux.

4.2 Objectifs spécifiques

- Analyser la prestation des services urbains de soins destinés à la mère ;
- Analyser les attitudes et les pratiques du personnel de santé en rapport avec les soins de santé prénataux
- Analyser les attitudes, les pratiques et les connaissances des clientes en rapport avec les soins prénataux ;
- Identifier parmi les résultats d'analyse les facteurs susceptibles d'améliorer la qualité des services destinés à la mère et de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

V. MATERIEL ET METHODE



L'étude a eu lieu dans huit centres ayant chacun une SMI et cinq maternités de la ville de Ouagadougou. Elle a été réalisée en deux temps.

5.1 Au niveau des CSPS et des Centres médicaux :

On a réalisé une étude rétrospective sur les prestations des soins prénataux du 1er Avril 1989 au 31 Mars 1990.

Ensuite des interviews, des questionnaires et une observation participative ont été réalisés de Mai à Août 1991.

Les huit Centres choisis, ont été les premiers à intégrer tous les services prénataux tous les jours ouvrables.

Nous avons sélectionné un échantillon représentatif de 400 fiches de consultation prénatale parmi les fiches collectées durant la période choisie pour l'étude. Ces fiches ont été obtenues par un tirage systématique parmi les différentes fiches de consultation prénatale, classées selon leur date d'ouverture dans chaque Centre.

L'analyse des fiches a porté sur la recherche et le suivi des grossesses à risque par le personnel de santé lors des différentes séances de consultation prénatale.

La fiche de consultation prénatale a été dépouillée grâce à une fiche préparée à cet effet. La fiche de dépouillement est jointe en annexe. (Annexe 2)

Les résultats d'exploitation des fiches ont été complétés au besoin par les registres de la consultation prénatale.

Nous avons également interviewé 400 femmes enceintes, choisies par échantillonnage accidentel parmi les femmes enceintes qui ont consulté pendant la période de l'étude. L'interview a porté sur les attitudes, les pratiques et les

connaissances de ces femmes relatives à la consultation prénatale et aux soins qui leur ont été offerts. Les résultats de l'interview ont été recueillis à l'aide d'un questionnaire préalablement établi. (Annexe 3)

Nous avons enfin observé le déroulement de certaines séances de consultation prénatale afin d'apprécier les attitudes et pratiques du personnel lors des séances de consultation prénatale. Pour cette observation non participante, nous avons utilisé la fiche de supervision "type" élaborée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et de la Famille. (Annexe 4)

A la fin de l'observation non participante, nous avons recueilli les opinions des sages-femmes d'Etat sur la pratique de la consultation prénatale, sur l'organisation et la gestion de leurs services respectifs. (Annexe 5)

5.2 Au niveau des maternités

Nous avons réalisé une interview et un questionnaire durant la période de Mai à Août 1991. Les cinq maternités ont été tirées au sort parmi les sept que compte la ville.

Nous avons interrogé 260 nouvelles accouchées sur leurs attitudes, pratiques et connaissances en rapport avec les soins prénataux. Elles ont été choisies par échantillonnage accidentel parmi les femmes qui ont accouché dans les maternités où l'étude a été menée.

Un questionnaire a été établi à cet effet. (Annexe 6)

Comme dans les Centres de Consultations prénatales, nous avons également interrogé les sages-femmes d'Etat, responsables des maternités, sur les pratiques des sages-femmes d'Etat des CSPS et des femmes enceintes en rapport avec les soins prénataux. (Annexe 6)

Toutes les données ont été exploitées et analysées par ordinateur à l'aide d'un logiciel Epi Info version 5.0.

VI. RESULTATS

24

6.1. Résultats de l'analyse des dossiers de Consultation prénatale (CPN) dans les Centres de Santé.

400 fiches de consultations prénatales, réparties en nombre égal dans les 8 centres de santé maternelle et infantile ont été colligées. Ces fiches forment un échantillon représentatif de femmes enceintes examinées par le personnel pendant la période de l'étude. L'un des centres de santé maternelle et infantile n'a pas enregistré les données physiques et cliniques ni sur les fiches de consultations prénatales, ni sur le registre de consultation. Les résultats relatifs à ces données seront donc rapportés aux 350 fiches des 7 centres.

6.1.1 L'âge

16 des 400 femmes avaient un âge inférieur à 16 ans (tableau 2). Cet âge est considéré par la Direction de la Santé de la Famille comme âge seuil au dessous duquel une grossesse est à risque. 3 des 16 femmes ont reçu des conseils pour accoucher à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (CHN-YO).

Pour 24 femmes, l'âge n'a pas été mentionné dans les fiches.

Tableau II : Distribution des femmes en grossesse d'après leur âge.

Age	Femmes en grossesse dans les Centres de CPN	
	Nombre	%
age < 16 ans	16	4
âge >16 ans	360	90
âge inconnu	24	6
Total	400	100

Nous n'avons pas relevé de primipares âgées de plus de 30 ans.

6.1.2 Les antécédents obstétricaux

6.1.2.1 La gestation

12 femmes (soit 3% de l'effectif) ont présenté un avortement à répétition, 6 de ces femmes ont été adressées à une consultation de médecin (tableau 3). Pour 10 femmes, les antécédents n'ont pas été précisés.

Tableau III : Distribution des femmes en grossesse d'après les antécédents de gestation.

Gestation	Femmes en grossesse dans les Centres de CPN	
	Nombre	%
Avortement à répétition	12	3
Sans ATCD obstétricaux pathologiques	378	94,5
ATCD non précisés	10	2,5
Total	400	100

6.1.2.2 La parité

17 femmes (4% de l'effectif) étaient de grandes multipares ayant eu au moins 8 accouchements (Tableau 4). Parmi ces multipares, considérées comme porteuses de grossesses à risque, 15 ont été adressées à la Maternité du CHN-YO pour la surveillance de l'accouchement.

Chez 10 femmes, la parité n'a pas été précisée

Tableau IV : Distribution des femmes en grossesse

d'après leur parité

Parité	Femmes enceintes des Centres de CPN	
	Nombre	%
Nombre d'accouchement > 8	17	4,00
Nombre d'accouchement < 8	373	93,5
Parité non précisée	10	2,5
TOTAL	400	100

6.1.2.3 Les antécédents de morts-nés

6 femmes (1,5% de l'effectif) ont eu des mort-nés à leur dernier accouchement, mais aucune d'elles n'a été référée à un médecin.

6.1.3 Les antécédents médicaux et chirurgicaux

Une seule femme a subi une césarienne à son dernier accouchement. Elle a été adressée à la Maternité du CHN-YO pour la surveillance de son accouchement. Aucune femme n'avait d'antécédents médicaux pathologiques.

Chez 95 femmes (24% de l'effectif) les antécédents médico-chirurgicaux n'ont pas été précisés.

6.1.4 Les signes physiques

6.1.4.1 La taille

La prise de la taille est souvent négligée par le Personnel de santé. Chez 240 femmes enceintes, (69 % de l'effectif) la taille n'a pas été mesurée. Chez les femmes enceintes où la taille a été mesurée, on n'a pas noté une taille inférieure à 152 cm, taille au dessous de laquelle la grossesse est considérée à

risque par le Ministère de la Santé.

6.1.4.2 Le poids

Aucune femme n'a présenté une prise de poids supérieur à douze kilogrammes, poids considéré excessif au cours de la grossesse. Chez 40 femmes, (11 % de l'effectif) le poids n'a pas été mesuré au cours des consultations prénatales.

6.1.4.3 La tension artérielle

A la première consultation prénatale, deux femmes ont présenté des tensions artérielles systolique et diastolique supérieures respectivement à 140 et à 90 mm de mercure. Aux deux consultations prénatales, suivantes, la tension artérielle systolique et diastolique étaient respectivement supérieures à 140 et à 90 mm de mercure chez deux autres femmes. Ces quatre femmes n'ont pas été référées à une consultation médicale.

La tension artérielle n'a pas été prise chez 154 femmes (44 % de l'effectif) à la première consultation prénatale, et respectivement chez 92 (43,6 %) et 43 (31,1%) des femmes examinées aux deux consultations prénatales suivantes (tableau 5).

Tableau V : Distribution des femmes enceintes suivant leurs chiffres tensionnels au cours des trois Consultations prénatales

Tension Artérielle (T.A)	Femmes enceintes examinées au cours des trois CPN					
	1ère CPN		2ème CPN		3ème CPN	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
T.A > 14/9	2	0,6	1	0,4	1	0,9
T.A < 14/9	194	55,4	120	56,3	66	60
T.A non précisée	154	44	92	43,6	43	31,1
Total	350	100	213	100	110	100

6.1.4.4 Les oedèmes aux membres inférieurs

7 femmes (2% de l'effectif) ont présenté des oedèmes aux membres inférieurs aux différentes consultations prénatales. Trois d'entre elles ont été référées à un médecin pour consultation médicale. La présence ou l'absence d'oedèmes aux membres inférieurs n'a pas été précisée chez environ 33 femmes examinées aux différentes consultations prénatales (tableau 6).

Tableau VI : Distribution des femmes enceintes d'après les résultats de la recherche d'oedème aux membres inférieurs au cours des trois consultations prénatales.

O. M. I.	Femmes enceintes examinées au cours des trois CPN					
	1ère CPN		2ème CPN		3ème CPN	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Présents	3	0,85	5	2,35	7	7,2
Absents	329	94	185	86,85	90	78,6
Non précisés	18	5,15	23	10,8	13	14,2
Total	350	100	213	100	110	100

6.1.4.5 L'anémie clinique

L'anémie clinique a été observée chez 2 à 5 % des femmes enceintes au cours des trois consultations prénatale. Quatre d'entre elles ont été référées pour une investigation approfondie chez le médecin à la première CPN. L'anémie clinique n'a pas été précisée chez 17 femmes à la 1ère consultation prénatale. (tableau 7).

Tableau VII : Distribution des femmes enceintes d'après les résultats de la recherche de l'anémie clinique au cours des 3 CPN.

ANEMIE CLINIQUE	Femmes enceintes examinées au cours des 3 CPN					
	1 CPN		2 CPN		3 CPN	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Présente	9	2,6	8	3,7	6	5,4
Absente	324	92,6	196	92	100	91
Non précisée	17	4,8	9	4,3	4	3,6
Total	350	100	213	100	110	100

6.1.4.6 La hauteur utérine

La hauteur utérine a été recherchée chez 99% de l'échantillon. Aucune d'elle n'a été identifiée comme pathologique au cours des consultations prénatales.

6.1.4.7 Les Bruits du coeur foetal

Ils ont été mesurés chez 90 et 100 % de l'effectif respectivement à la 2è et 3è Consultation prénatale. Aucune souffrance foetale n'a été notée.

6.1.4.8 Le Toucher Vaginal

Il n'a pas été pratiqué chez 340 femmes enceintes (97% de l'effectif) à la 1ère consultation prénatale. Dans les autres cas, le toucher vaginal n'a pas fourni d'information pathologique (tableau 8).

Tableau VIII : Distribution des femmes en grossesse d'après les résultats du toucher vaginal

Résultat du Toucher Vaginal	Femmes enceintes examinées au cours des 3 CPN					
	1ère CPN		2ème CPN		3ème CPN	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Non pathologique	10	3	2	3,8	4	3,6
Non précisé	340	97	211	96,2	106	96,4
Total	350	100	213	100	110	100

6.1.4.9 La présentation

Deux présentations de siège ont été identifiées et référées à la maternité du CHN-YO pour surveillance de l'accouchement.

A la 3è consultation prénatale, la recherche de la présentation n'a pas été effectuée chez neuf femmes. La pelvimet interne à la 3ème consultation est un acte négligé par le personnel de santé.

6.1.4.10 Les varices

Les varices n'ont pas été recherchées au cours des consultations prénatales.

6.1.5 Les signes biologiques

6.1.5.1 L'albuminurie : a été recherchée chez environ 93% des femmes enceintes examinées en consultations prénatales (tableau 9). Chez 6% d'entre elles, on a noté la présence d'albuminurie.

Moins du tiers des femmes ayant une albuminurie

ont été référées au médecin pour une consultation.

Tableau IX : Distribution des femmes enceintes d'après les résultats de la recherche d'albumine dans les urines.

Résultat de l'albumine	Femmes enceintes examinées au cours des 3 CPN					
	1 CPN		2 CPN		3 CPN	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Présence d'albumine	21	6	13	6,1	6	5,4
Absence d'albumine	256	73,1	175	82,2	96	87,3
Non précisé	73	20,9	25	11,7	8	7,3
Total	350	100	213	100	110	100

6.1.5.2 La glycosurie

Elle a été recherchée chez moins de 65% des femmes enceintes. Chez trois femmes, elle a été positive. Ces trois femmes ont été adressées en consultation médicale de référence.

6.1.5.3 L'électrophorèse de l'hémoglobine (HB)

Seules dix neuf femmes (5,4% de l'effectif) ont eu le résultat de leur électrophorèse de l'Hb. Toutes étaient homozygotes AA. Chez le reste des femmes, (94,60% de l'effectif) le résultat de l'électrophorèse de l'HB n'a pas été retrouvé.

6.1.5.4 Le groupe sanguin et le Rhésus

Ces examens ont été pratiqués chez 6% seulement des femmes de l'échantillon.

6.1.5.5 Le B.W et VDRL

Parmi les 264 femmes enceintes (66% de l'effectif) où le BW et le VDRL ont été recherchés, cinq femmes ont eu un résultat positif. Un seul cas positif a été référé en consultation de médecin.

6.1.5.6 Autres examens biologiques et échographiques

22 femmes ont subi un examen parasitologique des selles ; 14 ont présenté une infestation parasitaire et ont été déparasitées. 3 des 4 femmes qui ont subi un examen cyto bactériologique des urines étaient porteuses d'une infection urinaire. Elles ont été aussi traitées.

Chez 9 femmes, l'échographie a été demandée mais les résultats n'ont pas été retrouvés.

6.1.6 La prise en charge prophylactique des femmes enceintes

6.1.6.1 Prophylaxie à la chloroquine et au fer

La prophylaxie à la chloroquine et au fer n'a pas été mentionnée sur au moins 75 % des dossiers de l'échantillon.

6.1.6.2 La vaccination antitétanique (VAT)

A la 1ère consultation prénatale, 77% des femmes enceintes ont reçu la 1ère dose de VAT. Chez 22%, d'entre elles, aucune indication n'a été trouvée. 1% des femmes avait reçu la 3ème dose du VAT.

6.2 Synthèse de l'analyse des dossiers de la consultation prénatale dans les centres de santé

6.2.1 Les grossesses à risque relevées à l'interrogatoire

13% des femmes de l'échantillon ont présenté une grossesse à risque à l'interrogatoire (tableau 10).

Tableau X : Répartition des femmes enceintes d'après les facteurs de risques relevés à l'interrogatoire.

Facteur de risque	Femmes enceintes à risques	
	Nombre	%
Age < 16 ans	16	4
Avortement à répétition	12	3
Mort né au dernier accouchement	6	1,5
Parité > à 8	17	4,25
ATCD chirurgicaux	1	0,25
TOTAL	52	13

48% des femmes porteuses d'une grossesse à risque ont été orientées soit vers une consultation médicale soit vers une maternité pour une surveillance de leur accouchement (tableau 11).

Tableau XI : Répartition des femmes porteuses de grossesses à risque d'après les mesures prises par le personnel au cours des consultations prénatales.

Les femmes porteuses de facteurs de risques	Mesure prise par le personnel des centres de CPN		Absence de mesure prise	Total
	Accouchement sous assistance au CHN-YO	Consultation médicale spécialisée		
Age < 16 ans	3	-	13	16
Avortement à répétition	-	6	6	12
Accouchement > 8	15	-	2	17
Mort-né au dernier accouchement	-	0	6	6
ATCD chirurgicaux	1	-	0	1
TOTAL	19 (36,5%)	6 (11,50%)	27 (52%)	52

Légende (-) : sans objet

6.2.2 Grossesses à risque relevées lors de l'examen clinique

Environ 4 % des femmes examinées ont présenté des signes cliniques ou physiques pathologiques au cours des consultations prénatales. (tableau 12).

Tableau XII : Répartition des femmes en grossesse d'après la présence des signes cliniques ou physiques pathologiques

Signes cliniques ou physiques pathologiques	Nombre de femmes		
	1 ^è CPN	2 ^è CPN	3 ^è CPN
TA > 14/9	2	1	1
O M I	3	5	7
Anémie clinique	9	8	6
Présentation viscieuse	-	-	2
TOTAL	14 (4%)	14 (6,5%)	16 (14,5%)

Légende (-) : sans objet

2 des 14 femmes enceintes qui ont présenté des signes cliniques ou physiques pathologiques à la 1^{ère} consultation prénatale ont été adressées à une consultation médicale.

A la 3^è consultation prénatale, 9 femmes enceintes sur les 16 qui ont présenté des signes cliniques et physiques pathologiques ont été référées pour une prise en charge thérapeutique (tableau 13).

Tableau XIII : Répartition des femmes enceintes présentant des signes cliniques ou physiques pathologiques d'après les mesures prises par le personnel des Centres de CPN.

Les porteuses de Signes cliniques ou physiques pathologiques	Mesure prise par le personnel				Absence de mesures prises		Total	
	Accouchement sous surveillance		Consultation médicale spécialisée		1 ^è CPN	3 ^è CPN	1 ^è CPN	3 ^è CPN
	1 ^è CPN	3 ^è CPN	1 ^è CPN	3 ^è CPN				
TA > 14/9	-	-	0	0	2	1	2	1
O M I	-	-	-	3	3	4	3	7
Anémie clinique	-	-	2	4	7	2	9	6
Présentation vicieuse	-	2	-	-	-	0	-	2
Total	-	2	2	7	12	7	14	16

Légende (-) : sans objet

6.2.3 Grossesses à risque relevées à l'examen biologique

Environ 8% des femmes examinées ont présenté des signes biologiques pathologiques aux CPN (tableau 14).

Tableau XIV : Répartition des femmes en grossesse d'après la présence d'examens biologiques pathologiques aux 3 CPN.

Examen biologique pathologique	Nombre de femmes		
	1è CPN	2è CPN	3è CPN
Albumine (+)	21	13	6
Glycosurie (+)	2	1	0
BW et VDRL	5	0	0
TOTAL	28 (8%)	14 (6,5%)	6 (5,4%)

Environ 28% des femmes enceintes qui ont présenté des signes biologiques pathologiques à la première CPN ont été adressées en consultation médicale (Tableau 15).

Tableau XV : Répartition des femmes enceintes présentant des examens biologiques pathologiques d'après les mesures décidées par le personnel à la première CPN.

Les porteuses de signes biologiques pathologiques	Mesures prises par le personnel	Absence de mesure prise	Total
	Référées pour consultation médicale		
Albumine (+)	5	16	21
Glycosurie (+)	2	0	2
BW et ou VDRL (+)	1	4	5
Total	8 (28,6%)	20 (71,4%)	28

En Conclusion

- La prévalence des grossesses à risque recensées à l'interrogatoire lors de la consultation prénatale dans les huit (8) Centres de consultation prénatale est d'environ 13%.

- La prise en compte des résultats de la consultation prénatale en vue de la surveillance de la grossesse ou de l'assistance obstétricale n'est pas systématique chez le personnel de la consultation prénatale : [48% des grossesses à risques identifiées par le personnel à l'interrogatoire ont été orientées vers les centres recours pour une consultation spécialisée où pour la surveillance de l'accouchement ; Seule une femme sur six ayant de signes cliniques à risque à la première CPN a été référée contre une moyenne de un sur deux à la 3^e CPN. Seules 28% des femmes ayant présentés des signes biologiques à risques ont été également référées].

- Environ 1/3 des résultats de l'examen des femmes enceintes n'ont pas été précisés sur la fiche de CPN par le personnel au cours des séances de consultation prénatale.

6.3. Les résultats de l'observation non participante auprès des sages femmes d'Etat chargées de la consultation prénatale

6.3.1 La conduite de l'interrogatoire par le personnel aux trois consultations prénatales

A la première CPN, les sages-femmes d'Etat de tous les centres de consultation ont systématiquement recherché l'identité des clientes et leurs antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux.

La date des dernières règles a été systématiquement recherchée dans deux centres de consultation et les "plaintes" dans deux autres.

La date probable de l'accouchement n'a pas été estimée dans cinq centres de consultation.

La survenue d'une pathologie depuis la dernière consultation prénatale a été recherchée dans 3 centres à la 3^e consultation prénatale (tableau 16.)

Tableau XVI : Nombre de centres réalisant les différentes activités requises aux différentes consultations prénatales

Activités menées dans les différents centres de consultation prénatale.	Nombre de centres exécutant ces activités aux différentes CPN		
	à la 1 ^è CPN	à la 2 ^è CPN	à la 3 ^è CPN
Renseignement sur l'identité	8	-	-
Date des dernières règles	2	-	-
Date probable de l'accouchement	3	-	-
Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux	8	-	-
Plaintes de la femme	2	-	-
Information de la femme sur la suite de la consultation prénatale.	5	-	-
Consultation de la fiche et du carnet de consultation prénatale	-	8	8
Recherche d'une pathologie survenue depuis la dernière consultation.	-	3	4

Légende : le tiret dans le tableau signifie que l'information n'est pas recherchée à cette étape de la CPN.

6.3.2 La conduite de l'examen physique et clinique par le personnel aux trois consultations prénatales

L'examen des appareils a été systématiquement réalisé dans trois centres de consultation et seulement à la 1^{ère} CPN.

Six centres de consultation ont systématiquement pris la tension artérielle aux trois CPN.

La prise de la température, la vidange de la vessie avant l'examen obstétrical de la femme n'ont été

réalisées dans aucun des centres de consultation. Par contre, la mesure de la hauteur utérine se fait dans tous les centres de consultation et à toutes les CPN. Le toucher vaginal n'est réalisé que dans trois centres de CPN à la 1ère CPN et dans un centre à la 2ème et 3ème CPN (tableau 17).

Tableau XVII : Nombre de centres réalisant les différentes activités requises aux différentes consultations prénatales

Gestes exécutés dans les différents centres de consultation prénatale.		Nombre de centres exécutant ces activités aux différentes CPN		
		à la 1è CPN	à la 2è CPN	à la 3è CPN
Examen général		8	8	8
Prise de la tension artérielle		6	6	6
Prise de poids et mesure de la taille		8	8	8
Prise de la température		0	0	0
Examen des appareils		3	-	-
Vidange de la vessie avant l'examen de la femme		0	0	0
Installation sur table d'examen		8	8	8
Inspection et/ou Palpation	Visage et abdomen	8	7	6
	Seins	4	4	2
Pliage des jambes, repérage du bord supérieur de la symphyse pubienne et du fond utérin.		8	8	8
Mesure de la hauteur utérine		8	8	8
Exécution du toucher vaginal		3	1	1
Remplissage du carnet et de la fiche de consultation prénatale		8	8	8

6.3.3 Les examens biologiques demandées par le personnel aux 3 CPN

La recherche de l'albumine et du sucre dans les urines est systématique dans tous les centres à la 1ère CPN, dans sept centres, à la 2ème CPN et dans quatre centres à la 3ème CPN. Les autres examens biologiques sont uniquement prescrits à la 1ère CPN (tableau 18). Deux centres de consultation prescrivent la recherche de l'électrophorèse de l'Hb et cinq centres le groupe sanguin et le rhésus.

Tableau XVIII : Nombre de centres réalisant les différents examens biologiques requis dans les différents centre de consultation

Examens biologiques prescrits dans les différents centres de consultation prénatale.	Nombre de centres exécutant ces activités aux différentes CPN		
	à la 1è CPN	à la 2è CPN	à la 3è CPN
Albuminurie	8	7	4
Glycosurie	8	7	4
BW et ou VDRL	8	-	-
Groupe sanguin et rhésus	5	-	-
Electrophorèse de l'hémoglobine	2	-	-

Légende (-) : sans objet

6.3.4 Les mesures préventives prises par le personnel aux trois CPN

La prescription systématique de la chloroquine est faite dans six centres à la 1ère CPN, dans cinq centres à la 2ème CPN et dans sept centres à la 3ème CPN.

La prescription de fer est réalisée systématiquement

dans quatre centres de consultation à toutes les CPN. La vaccination antitétanique a été faite dans tous les centres aux deux premières consultations prénatales (tableau 19).

Tableau XIX : Nombre de centres réalisant les différentes mesures préventives prévues dans les différents centres

Mesures préventives dans les différents centres de consultation prénatale.	Nombre de centres exécutant ces activités aux différentes CPN		
	à la 1 ^è CPN	à la 2 ^è CPN	à la 3 ^è CPN
Prescription de la chloroquine	6	5	7
Prescription du fer	4	4	4
Vaccination anti-tétanique	8	7	-

Les causeries éducatives se font tous les jours ouvrables dans les centres et concernent toutes les femmes venues pour la consultation prénatale.

La date du rendez-vous suivant a été négociée dans tous les centres et à toutes les CPN.

CONCLUSION

L'exécution des activités de la consultation prénatale diffère selon les centres de consultation et varie aussi à l'intérieur d'un même centre de consultation d'une CPN à l'autre.

L'interrogatoire n'a jamais été exhaustif, ni méthodiquement mené. En particulier, la recherche des plaintes des femmes, les références aux résultats des CPN précédentes, l'information des femmes enceintes sur la date probable de l'accouchement et la date de visite

subséquentes ne paraissent pas importants chez le personnel des CPN.

A l'examen physique, la prise de la température, la vidange de la vessie avant l'examen de la femme et le toucher vaginal sont des activités marginales pour le personnel.

Enfin, le groupage sanguin et le Rhésus sont aussi négligés au cours du bilan biologique des femmes en grossesse ; est également négligée, la prescription prophylactique de la chloroquine et du fer.

6.4 Résultats de l'entretien avec les responsables de la consultation prénatale et de la maternité

6.4.1 Entretien avec les sages-femmes responsables de la consultation prénatale

6.4.1.1 Organisation du service

L'aire d'activité est bien définie et connue par tout le personnel. Il existe une carte délimitant la zone de responsabilité du service. Cette carte est affichée dans la salle principale.

La population de cette aire n'est cependant actualisée que dans trois centres de consultation prénatale.

Il existe une programmation annuelle des activités. Une rotation périodique du personnel entre les différents postes d'activités est également planifiée, de même que les départs en congés du personnel.

6.4.1.2 Le personnel et la formation continue

Il existe un document descriptif de chaque poste. Ce document est connu de tout le personnel.

La formation continue du personnel est basée sur les séminaires de formation organisés par le Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille. Généralement, un membre de l'équipe est désigné à tour de rôle par la responsable, pour participer aux dits séminaires.

6.4.1.3 Gestion des ressources

Il existe un inventaire à jour du matériel utilisé par le personnel. Nous l'avons vérifié en examinant les cahiers des entrées et sorties de matériel et des médicaments.

6.4.1.4 L'analyse périodique des activités par le personnel de santé

Elle est superficielle et ne concerne que l'aspect quantitatif des données qui sont recensées dans le service.

Une rencontre périodique de suivi des activités est prévue par le personnel dans chaque centre, mais nous n'avons pas pu consulter les procès-verbaux de ces rencontres.

6.4.1.5 Les activités des Centres de santé

6.4.1.5.1 Activités promotionnelles

- L'éducation pour la santé se déroule tous les matins de chaque jour ouvrable. Elle concerne l'hygiène alimentaire et corporelle, l'allaitement maternel, les vaccinations, l'espacement des naissances, l'importance d'une consultation prénatale, l'importance de l'accouchement dans une maternité.

6.4.1.5.2 Les activités préventives

Les activités préventives prévues dans les centres sont :

- La consultation prénatale
- La consultation postnatale
- La consultation infantile
- La planification familiale
- La vaccination des femmes enceintes et des nourrissons

Seule la consultation postnatale n'est pas réalisée dans les centres. Les responsables ont accusé le manque de temps, de personnel et le manque de matériel pour expliquer la non exécution de cette activité.

6.4.1.5.3 Autres activités

Des activités curatives sont aussi dispensées dans les centres. Ce sont :

- Les soins des femmes enceintes malades
- Les soins des nourrissons malades.

6.4.1.6 Les insuffisances relevées par les responsables des centres de CPN

Les responsables des Centres ont déploré :

- Le manque de matériel indispensable à l'examen gynécologique complet (gants, spéculum, etc), de matériel et de produits de stérilisation ;
- Le recours tardif des femmes enceintes aux consultations prénatales ;

- L'absence de résultats des examens biologiques prescrits lors des séances de consultation prénatale

6.4.1.7 Suggestion des responsables des centres de consultation prénatale

Les responsables ont suggéré le remplacement des fiches individuelles de suivi de la consultation prénatale par des registres.

Le registre facilitera, selon elles, le recensement, l'analyse et la conservation de l'information.

6.4.2 Résultats de l'entretien avec les responsables des maternités

Selon les responsables, le carnet de santé renferme tous les renseignements utiles et nécessaires pour le suivi et la détection des grossesses à risque.

Elles estiment qu'aucune donnée ne doit être exclue de ces carnets, mais déplorent que ces carnets ne soient pas toujours exhaustivement remplis par les sages-femmes travaillant dans les centres de consultation prénatale. Il manquerait en particulier les données suivantes :

- la prise de la tension artérielle
- la prise de poids des femmes en début et à la fin de la grossesse
- les résultats des examens biologiques
- les résultats du toucher vaginal
- la date probable de l'accouchement.

A la fin de l'entretien, les responsables des maternités ont émis des suggestions. Elles suggèrent que soient inscrits dans le carnet de santé les facteurs de risque de la grossesse et le pronostic de l'accouchement en fin de consultation prénatale d'une part, et la couleur du liquide amniotique, l'indice d'apgar, les périmètres crâniens et thoracique du nouveau-né d'autre part.

CONCLUSION

Un minimum de services est offert aux femmes enceintes dans les centres de consultation prénatale, mais selon les responsables, les femmes recourent tardivement aux séances de consultation prénatale.

Les outils de gestion des activités de consultation prénatale existent, mais ne sont pas rationnellement utilisés par le personnel pour améliorer leur travail, et la prise en charge des femmes enceintes.

Quelques plaintes générales sur l'insuffisance quantitative du matériel technique de travail ont été formulées par la plupart des responsables des centres de Consultation prénatale et des maternités.

6.5. Résultats de l'enquête auprès des femmes enceintes et des nouvelles accouchées

6.5.1. Source de l'information des femmes enceintes et des accouchées sur la consultation prénatale

34% des femmes enceintes ont été informées par le personnel de santé. Cet effectif est de 58% chez les nouvelles accouchées des maternités.

Les parents, la radio et/ou la télévision viennent respectivement en deuxième et troisième rang des sources d'information aussi bien chez les femmes enceintes des Centres de consultation prénatale que chez les accouchées (tableau 20).

Tableau XX : Répartition des femmes enceintes et des nouvelles accouchées d'après la source de l'information sur la nécessité de la consultation prénatale

Source de l'information	Femmes enceintes dans les centres de CPN		Les accouchées dans les maternités	
	Nombre	%	Nombre	%
Personnel de santé	136	34,00	151	58,00
Parents	85	21,3	34	13,1
Radio-télévision	86	21,5	41	15,8
Amies	30	7,5	18	6,9
Journaux	0	0,00	0	0,00
Affiches	0	0,00	0	0,00
Autres	63	15,7	16	6,2
Total	400	100	260	100

Les journaux et affiches ne jouent aucun rôle dans l'information sur la consultation prénatale, sans doute à cause du nombre trop élevé de femmes non instruites (62% de l'effectif des femmes enceintes sont analphabètes).

6.5.2 Information sur le but de la consultation prénatale

79,5% des femmes enceintes et 73% des accouchées des maternités affirment que la consultation prénatale a pour but de surveiller l'état de santé de la mère et 10% déclarent ne rien en savoir (tableau 21).

Tableau XXI : Répartition des femmes enceintes et des nouvelles accouchées d'après leur compréhension du but de la consultation prénatale.

Compréhension du but de la consultation prénatale	Femmes enceintes dans les centres de CPN		Les accouchées au niveau des maternités	
	Nombre	%	Nombre	%
Surveiller la santé de la mère	318	79,5	191	73,5
Surveiller l'évolution du fœtus	42	10,5	51	19,6
Ne sait pas	40	10	18	6,9
Total	400	100	260	100

Cette proportion élevée de réponses axées sur la santé de la mère et de l'enfant explique sans doute que seules moins de 3% des accouchées n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale.

6.5.3 Connaissance du calendrier de la consultation prénatale

321 femmes enceintes (80% de l'effectif) savent qu'il faut consulter le plus tôt possible au cours des trois premiers mois de la grossesse. Cependant, aussi bien les femmes enceintes dans les centres de consultation prénatale que les accouchées à la maternité, (environ 69% d'entre elles) ont été reçues à la première consultation prénatale après le premier trimestre de leur grossesse.

Parmi ces femmes enceintes qui ont été consultées au delà du premier trimestre de la grossesse, 31,5% n'avaient pas une explication à leur retard, 12% étaient en voyage, 4% ignoraient l'existence de la consultation prénatale (tableau 22). 19% des femmes n'ont pas répondu à la question.

Tableau XXII : Répartition des femmes enceintes d'après les causes de leur retard à la consultation prénatale.

Cause du retard à la 1ère CPN	Femmes enceintes de CCPN	
	Nombre	%
Ignorance de l'existence de la CPN	16	4
En voyage	48	12
Maladie	9	2,25
Pas d'explication	126	31,5
Pas de réponses	77	19,27
TOTAL	276	69

39 accouchées (15% de l'effectif) n'ont pas terminé leurs consultations prénatales avant l'accouchement. La principale cause évoquée était le changement de résidence.

6.5.4 Connaissance du nombre de consultations prénatales

Dans les Centres de consultation prénatale, 35% des femmes enceintes ignorent le nombre légal de consultations prénatales au cours de la grossesse, mais 62% pensent que ce nombre est au moins égal à trois.

10,4% des femmes enceintes estiment que le nombre de trois consultations prénatales est élevé.

En maternité 53% des accouchées avaient bénéficié d'au moins trois consultations prénatales (tableau 23).

Tableau XXIII : Répartition des femmes d'après le nombre des consultations prénatales effectuées au cours de leur grossesse.

Nombre de consultation prénatale	Femmes enceintes dans les centres de CPN	
	Nombre	%
Trois CPN et plus	138	53,00
Deux CPN	74	28,5
Une CPN	41	15,8
Aucune	7	2,7
TOTAL	260	100

6.5.5 Temps d'attente aux Centres de CPN

44,8% des femmes enceintes estiment que le temps d'attente au Centre de consultation prénatale est trop long. Les autres femmes enceintes le jugent acceptable.

Le temps moyen d'attente calculé par nos soins lors de l'observation non participante est de 153 minutes. Les femmes arrivent très tôt dès 6 H 05 minutes au Centre de consultation prénatale ; la consultation commence en moyenne à 7 H 30 minutes et prend fin à 12 H.

6.5.6 Accueil des femmes enceintes par le personnel

Il est estimé bon par 95% des femmes enceintes, et moyen pour 5% d'elles.

6.5.7 Satisfaction à l'égard des soins dispensés par le personnel

98% des femmes enceintes se disent satisfaites des soins qui leur ont été dispensés au cours de la consultation prénatale. Les 2% ont évoqué une mauvaise organisation du service, l'ordre d'arrivée des femmes au centre de CPN n'étant pas respecté pour le passage devant la sage-femme d'Etat.

6.5.8 Opinions des femmes enceintes et accouchées sur les examens biologiques prescrits par le personnel

14% des femmes enceintes des Centres de consultation prénatale estiment trop élevé le nombre d'examens biologiques qui leur sont prescrits. Dans les maternités, les examens prescrits et non réalisés varient de 27% à 73% environ (tableau 24).

2% des accouchées n'ont réalisé aucun examen biologique.

Tableau XXIV : Répartition des accouchées d'après la nature des examens prescrits et non réalisés.

Nature des examens biologiques prescrits	Les accouchées au niveau des maternités	
	Nombre d'examens prescrits	% des examens non réalisés
Albumine	260	27,69
Glycosurie	260	37,69
Electrophorèse de l'Hb	260	78,85
BW et/ou le VDRL	260	41,54
Groupe sanguin et rhésus	260	72,31

6.5.9 Suggestions des femmes enceintes des centres de CPN

Les femmes enceintes ont fait des propositions pour améliorer l'offre des consultations prénatales. Elles ont proposé principalement, l'amélioration de l'accueil et l'augmentation de l'effectif du personnel pour réduire le temps d'attente au Centre de consultation prénatale.



EN CONCLUSION

80% des femmes enceintes qui consultent dans les Centres de consultation prénatale connaissent au moins un objectif de la consultation prénatale.

L'essentiel de l'information relative à la CPN est fournie par le personnel de santé.

Les femmes enceintes se disent généralement satisfaites des soins et de l'accueil dans les services de Consultations prénatales, mais souhaitent l'amélioration de l'accueil et la réduction du temps d'attente au cours des séances.

VII. DISCUSSION

Les limites de la méthode

L'étude rétrospective menée au niveau des centres de Consultation Périnatale présente certainement des biais. La mauvaise conservation des dossiers des clientes et leurs remplissages souvent incomplets ont affecté la qualité des données collectées.

La sélection d'un même nombre de fiche dans chaque centre n'a pas tenu compte des taux différents de fréquentation de ces centres par les clientes. Les centres de faibles fréquentations ont donc été surreprésentés dans l'échantillon.

Notre étude ne s'est pas intéressée aux femmes enceintes qui ne sont pas venues en consultations prénatales. Les facteurs qui entraînent leurs réticences à venir dans les centres de consultation n'ont pas pu être recensés.

Le suivi des femmes enceintes à risque référées au niveau supérieur n'a pas pu être assuré par notre étude. On ne sait rien donc des faux positifs référés abusivement, ni des faux négatifs qui ont échappé à la référence.

La fréquentation régulière des consultations prénatales par les femmes enceintes, la détection et le suivi des grossesses à risque dépendent de plusieurs facteurs : les uns liées aux femmes, à leur famille, à leur communauté et aux services prestataires ; les autres à l'habileté, à la motivation et à la manière de faire de l'agent prestataire de service (20). Certains de ces facteurs méritent d'être discutés.

1. Le nombre de consultations prénatales

Le nombre de consultations prénatales pendant la grossesse est variable en fonction des moyens matériels et humains disponibles.

Seguy et collaborateurs le fixent à trois : une consultation prénatale à chacun des trimestres de la grossesse (32).

L'équipe du projet "santé pour tous de Kinshasa" (27) et Van Balen (36) estiment que deux consultations prénatales sont largement suffisantes. Pour l'un, la première consultation devra avoir lieu au cinquième mois et la deuxième au huitième mois. Pour l'autre, la première consultation prénatale doit avoir lieu au moment du premier contact et la deuxième à la fin de la grossesse. Il prévoit des examens de contrôles pour les femmes à risque anormalement élevé ou lors des complications.

Au Burkina Faso, le nombre de consultations prénatales est fixé à trois, une consultation à chacun des trimestres de la grossesse (3). Les déperditions entre les consultations prénatales sont importantes. Dans notre échantillon, seul le tiers de l'effectif des femmes enceintes a consulté trois fois ; 44% des femmes de ce même effectif ont trouvé qu'elles perdent trop de temps aux séances de consultations prénatales. Mais, la principale cause de la sous-utilisation des services nous semble être la nature préventive de cette activité. Les femmes "bien portantes",

porteuses d'une grossesse dont l'évolution et l'aboutissement sont plus souvent normales que problématiques ne sont pas personnellement convaincues de la prévention des visites prénatales. Nous partageons les recommandations de De Bernis selon lesquelles, il vaut mieux une consultation prénatale pour toutes les femmes enceintes que trois ou cinq pour une petite fraction d'entre elles (9). Il est montré que 80 à 85 % des facteurs de risques les plus importants peuvent être dépistés en une seule consultation dans l'immense majorité des cas (12). Une deuxième consultation s'avère nécessaire pour effectuer le pronostic de l'accouchement et décider des mesures obstétricales adéquates.

2. L'accueil

Un mauvais accueil des clientes par le personnel de santé au moment de la consultation prénatale pourrait réduire la fréquentation des centres par les femmes enceintes.

Dans notre étude, cet accueil a été estimé bon par la majorité des femmes enceintes ; avec la réserve que les clientes sont généralement réticentes à critiquer les personnels des soins dans les services de santé.

3. Les différents facteurs de risques de la grossesse

Les différents facteurs de risques en rapport avec les antécédents de la malade sont relevés à l'interrogatoire. Nougara a montré que plus de 60% des cas de facteurs de risque peuvent être identifiés à cette étape de la consultation prénatale (20). Ces facteurs de risques sont les suivants :

3.1 L'Age

Les adolescentes ayant des grossesses avant la fin de leur croissance sont davantage exposées aux risques que les autres.

En effet, au moment de leurs premières règles, la jeune fille a encore à gagner 4% en stature et 12 à 18 % en largeur du bassin (18). Par ailleurs, le taux de mortalité maternelle est très élevé chez ces mères précoces.

Au Nigéria par exemple, il a été montré que le taux de mortalité maternelle des filles de moins de 15 ans est sept fois plus élevé que chez les filles de 20 à 24 ans (18). Et au Niger, 80% des femmes qui présentent une fistule obstétricale provoquant une incontinence urinaire ou fécale ont entre 15 et 19 ans (26). Au Burkina, Lorenz a proposé 16 ans, l'âge au dessous duquel la grossesse est un facteur de haut risque (20)

Bien que la proportion soit faible dans notre étude (4% de l'effectif), ces jeunes filles n'ont pas reçu de conseils pour accoucher à la maternité de l'hôpital Yalgado Ouédraogo en raison du risque qu'elles courent.

3.2 Parité

Des études menées dans de nombreux pays ont montré que le risque de complications graves (hémorragies, infection, toxémie) et celui de la mortalité maternelle s'accroissent nettement après le troisième accouchement (21). A la Jamaïque, le risque de décès maternel est nettement plus accru de 43% chez les femmes qui mettent au monde entre 4 à 8 enfants que chez les femmes ayant 2 (19).

Soré a montré que plus de 84% des ruptures utérines traitées au centre Hospitalier National Yalgado en 1985 proviennent des grandes multipares (33).

D'après des études menées dans la ville de Ouagadougou, la population de femmes grandes multipares représentent 4 à 5,5 % des femmes enceintes (17,30).

En raison du haut risque que constitue la grande multiparité, 4 femmes enceintes grandes multipares sur 5 ont été orientées au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo pour la surveillance de leur accouchement.

La présence de mort-nés dans les antécédents des femmes enceintes est aussi un facteur de haut risque. Dans notre étude, aucune des 6 femmes ayant eu des antécédents de mort-nés à leur dernier accouchement n'a été orientée pour une consultation médicale.

3.3 Lorenz a déterminé la taille de la femme enceinte à 152 cm, taille au dessous de laquelle, la femme enceinte est porteuse d'une grossesse à risque (20). Au Burkina Faso, cette taille fréquemment associée aux accouchements dystociques ne semble pas reconnue par le personnel de santé comme un facteur de risque ; puisque les 2/3 des femmes enceintes de notre échantillon n'ont pas eu leur taille indiquée sur la fiche de consultation prénatale.

3.4 Les oedèmes des membres inférieurs, la tension artérielle et l'albuminurie constituent la triade de la toxémie gravidique. La toxémie fait partie des trois principales causes de décès maternels dans les pays en développement (21). Les oedèmes des membres inférieures et la tension artérielle n'ont pas été reconnus par le personnel de santé comme étant des facteurs de risques au cours de la grossesse parce qu'aucune des femmes enceintes ayant une tension artérielle élevée (TA supérieure à 14 et à 9 mm de mercure) et la moitié des femmes ayant un oedème aux membres inférieurs n'ont pas été référée aux médecins.



3.5 L'anémie chez une femme enceinte est un élément qui augmente le pourcentage de décès maternels.

Une étude portant sur 2500 femmes au cours de leur grossesse a relevé une nette différence de la morbidité et de la mortalité maternelles entre celles qui avaient été traitées pour leur anémie pendant la grossesse et celles qui n'avaient pas suivi de traitement (15).

Or, on estime que la moitié ou les deux tiers des femmes dans les pays en développement sont anémiées au cours de leurs grossesses (31).

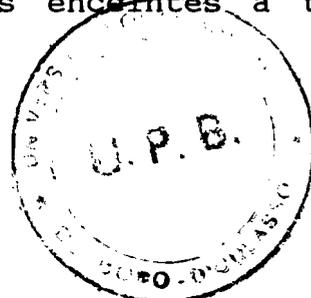
Kanyel a montré que dans la ville de Ouagadougou 30% des femmes enceintes avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl (17).

Dans notre étude, une faible proportion des femmes enceintes a présenté une anémie clinique. La prévention de l'anémie par le fer a été systématique au cours de la grossesse dans un centre sur deux. On peut se demander alors si l'anémie est vraiment recherchée par le personnel ou s'il n'est pas justifiable de prescrire systématiquement le fer à toutes les femmes enceintes à partir du dernier trimestre de la grossesse

3.6 L'examen gynéco-obstétrical n'est pas réalisé de façon exhaustive ; certains actes importants, tel que le toucher vaginal n'est pas souvent réalisé alors qu'il permettrait de prouver la présence effective d'une grossesse, faire le pronostic de l'accouchement en fin de grossesse, etc.

La non réalisation du toucher vaginal nous semble être le manque de détermination du personnel plutôt qu'à l'insuffisance du matériel. Cet acte pourrait être réalisé au moins chez toutes les femmes enceintes en fin de grossesse pour déterminer le pronostic de l'accouchement.

3.7 Dans notre étude, la recherche d'albuminurie a été presque systématique chez toutes les femmes enceintes à toutes les consultations prénatales.



En raison de son faible taux de positivité, l'albuminurie pourrait être recherchée comme le préconisent certains auteurs en cas d'hypertension artérielle, ou d'oedème des membres inférieurs (14).

3.8 La recherche de sucre dans les urines n'est pas inscrite sur la fiche de consultation prénatale. Mais cette recherche de sucre dans les urines se fait systématiquement dans tous les centres de consultation prénatale.

Comme pour l'albuminurie, en raison de son faible taux de positivité, la glycosurie pourrait être recherchée en cas de suspicion de diabète chez les femmes enceintes ou en cas d'antécédents familiaux de diabète, ou en cas de prise excessive de poids.

3.9 L'examen cyto-bactériologique des urines n'est prescrit dans le Centre qu'en cas de troubles mictionnels. Les infections urinaires étant la plupart du temps silencieuses et fréquentes au cours de la grossesse, on pourrait faire cet examen au moins une fois au cours de la grossesse.

3.10 En plus des incompatibilités foeto-maternelles qu'elles peuvent relater, la recherche du groupage sanguin et le Rhésus chez les femmes enceintes, permettent de corriger une hémorragie imprévisible. Le groupage sanguin est un examen inscrit sur la fiche de consultation prénatale, mais n'a pas été systématiquement recherché dans cinq centres sur huit.

3.11 Les hémoglobinopathies seraient présentes chez 29,8% des accouchées de la ville de Ouagadougou et elles favoriseraient la survenue d'une anémie chez les femmes enceintes.(17) Le personnel de santé devrait redoubler d'effort dans le dépistage des hémoglobinopathies chez les femmes enceintes en raison des risques d'anémie qu'elles courent.

3.12 Systématiquement prescrit dans tous les centres de consultation prénatale, la recherche du séro diagnostic de la syphilis, l'examen (BW et VDRL) ne figurent pas sur la liste des examens prénataux (fiche de CPN). De même, la référence pour le traitement des femmes ayant une sérologie positive n'a pas été systématiquement réalisée par le personnel. Ce facteur de risque ne semble pas important pour le personnel.

La prescription des examens biologiques est variable dans les différents centres ; Son uniformisation permettrait une meilleure analyse.

Le coût de revient de ces examens biologiques serait très élevé selon 14% des femmes enceintes. Il n'est pas rare de trouver des bulletins d'examen sans résultats dans les carnets de santé des accouchées.

4. Prophylaxie

L'association paludisme et grossesse est fréquente. Cette fréquence peut atteindre 14 à 44 % selon les régions, intensité maximale pendant les saisons de pluie. Cette association est parfois lourde de conséquence (réactivation du paludisme, avortement, mort in utero, accès palustre (10) paludisme congénitale, etc). C'est pour cela qu'au Burkina Faso, les femmes enceintes sont systématiquement soumises à un traitement prophylactique continu par la chloroquine au cours de leur grossesse.

Une étude réalisée dans les maternités de Ouagadougou en 1989 a montré que 10% des accouchées avaient des hématozoaires présents dans leur organisme.

Les femmes enceintes suivent-elles correctement cette prophylaxie antipalustre ? Où l'efficacité de la chloroquine devrait-elle être mise en cause ?

Nous pensons plutôt que les femmes enceintes négligent cette prévention continue au cours de la grossesse.

5. Dialogue avec les clientes

Le dialogue entre l'équipe sanitaire et les femmes enceintes permet de mener l'éducation sanitaire auprès des femmes et de répondre à leurs inquiétudes.

Ce travail éducatif et de préparation à la naissance doit être un objectif de l'équipe sanitaire ; efficace à court terme pour le bon déroulement de la grossesse en cours, la causerie favorise à long terme la prise de conscience de la population, de la nécessité des consultations prénatales. Les femmes seraient en effet, les meilleures propagandistes du travail de l'équipe de santé de la maternité (10).

Cette éducation pourrait être améliorée si le personnel faisait participer davantage les femmes enceintes aux causeries.

L'éducation pour la santé pourrait être intégrée aux autres activités au niveau des maternités (individuelle ou collective). On insistera alors sur la nécessité de la planification familiale dont l'application pourrait diminuer l'apparition de certains risques pendant la grossesse : les avortements provoqués, les grossesses aux âges extrêmes, les grossesses rapprochées, les grossesses chez les femmes qui ne désirent plus en avoir.

CONCLUSION DE LA DISCUSSION

L'incidence des grossesses à risques a été de 13% à l'interrogatoire.

La prise en charge des grossesses à risque en vue d'une surveillance de la grossesse et de l'assistance obstétricale n'est pas systématique chez le personnel de santé.

Les femmes enceintes venues à la consultation prénatale influencent l'exécution des activités au niveau des centres, d'une part, par le suivi irrégulier des séances de consultations prénatales, d'autre part, par la non réalisation des examens biologiques prescrits.

Pour combattre la mortalité maternelle, il ne suffit pas de dispenser des soins prénatals et de dépister des femmes à haut risque, il faut orienter les femmes vers une prise en charge préventive et curative. Malgré l'existence de centres de référence dans la ville, une faible proportion des grossesses à risque identifiées par le personnel de santé ont été référées au niveau supérieur pour une consultation de référence ou une surveillance de l'accouchement.

La référence des femmes enceintes à risques est généralement faible dans tout le pays où elle représente 15%. En zone rurale, ce taux est le plus bas 11,7 %. (5)

L'exécution de la consultation prénatale est incomplète et variable selon les centres. L'uniformisation et l'exécution complète de cette activité dans les centres permettraient un meilleur aperçu de la consultation prénatale.

Les femmes enceintes constituent un groupe social à risque. Ce risque est élevé dès le début de la grossesse et se poursuit environ un mois et demi après l'accouchement.

De l'aptitude du personnel de santé et de la communauté à identifier les femmes qui sont les plus exposées au risque, à les suivre pendant toute la période d'exposition et à prendre des mesures préventives et curatives appropriées, dépend la possibilité de réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 63 à 80% des décès maternels sont directement imputables à la grossesse ou à l'accouchement et 88 à 98% de la mortalité maternelle totale peut être évitée par des soins appropriés (19).

La consultation prénatale est un maillon essentiel de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles.

Au Nigéria, Kelsey a montré que le taux de mortalité maternelle est de 130 pour les femmes qui ont suivi une consultation prénatale. Ce taux passe à 2 860 (22 fois plus) pour les femmes non suivies (14). Des observations similaires ont été faites dans de nombreux pays (19).

Pour De Bernis par exemple (9), le suivi généralisé et systématique des grossesses explique en bonne partie, la baisse importante du taux de mortalité maternelle dans les pays industrialisés.

La consultation prénatale comporte en général les mêmes gestes ; certains peuvent être effectués par du personnel non spécialisé et d'autres réservés aux infirmiers, sages-femmes et/ou médecins. Le personnel chargé de la consultation prénatale dans notre étude est constitué de sages-femmes, infirmières et accoucheuses auxiliaires.

VIII. RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude, nous faisons les recommandations suivantes :

1. Amendement à la conception de la fiche de consultation prénatale :

- l'inscription de l'âge comme facteur de risque (âge inférieur à 16 ans et âge supérieur à 35 ans) ;
- l'inscription du BW et/ou du VDRL ;

2. Recommandation sur le remplissage du carnet de santé

2.1 Au personnel de la consultation prénatale

- l'inscription des facteurs de risques relevés à l'interrogatoire ;
- l'inscription du pronostic de l'accouchement à la fin de la consultation prénatale.

2.2 Au personnel des maternités

Une conclusion brève sur le déroulement du travail et de l'accouchement.

3. La recherche de l'albuminurie en cas d'hypertension artérielle, d'oedème des membres inférieurs et d'infections urinaires ;

4. La recherche de la glycosurie en cas de suspicion d'un diabète (obésité ou prise excessive de poids et antécédants familiaux de diabète) ;

5. La diminution du nombre de consultation prénatale à deux:
- la première consultation dans les quatre premiers mois de la grossesse ;

 - la deuxième consultation au huitième mois pour faire le pronostic de l'accouchement ;

Seules les femmes identifiées à risque devront être revues le plus souvent et autant que de besoin.

Cette limitation du nombre de consultation à deux va diminuer d'une part, la fréquentation inutile des centres par les femmes à grossesse sans risque c'est-à-dire celles dont les grossesses sont plus souvent normales que problématiques ; d'autre part, elle va réduire le temps passé par les femmes enceintes dans les centres et permettre au personnel de santé d'améliorer les méthodes de consultation prénatale et le suivi des femmes.

A la Direction Provinciale de la Santé du Kadiogo :

Nous recommandons :

1. L'exécution de toutes les activités prévues dans les Centres notamment la consultation post natale.

2. La sensibilisation accrue des femmes enceintes et des accouchées sur la nécessité et les composantes de la CPN pour augmenter le niveau de conscience des femmes.

3. Une formation continue du personnel par la multiplication des séminaires de recyclage sur le déroulement de la consultation prénatale, et sur la sensibilisation des femmes enceintes.

4. Une supervision régulière du personnel dans les activités menées dans les services, pour stimuler ce personnel à l'identification et à la prise en charge des grossesses à risque.

IX. CONCLUSION GENERALE

L'étude a eu à faire une évaluation des différentes activités des soins prénataux de la ville de Ouagadougou. Cette étude s'est principalement intéressée aux différentes composantes de la consultation prénatale ; elle s'est aussi orientée vers le personnel de santé dirigeant ces activités et aux femmes enceintes bénéficiaires de ces prestations d'un centre à d'autre. Il en est ressorti qu'il existait une variation et une exécution incomplète des activités dans les centres et aussi une fréquentation irrégulière de la consultation prénatale par les bénéficiaires.

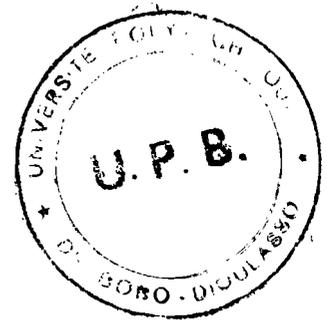
Une amélioration serait possible :

- En réorganisant les différents centres pour permettre l'exécution complète de toutes les activités prévues dans le service ;
- En mettant un accent particulier sur la sensibilisation des femmes enceintes et des accouchées dans les centres de consultations prénatales et dans les maternités, sur l'intérêt et la nécessité de la consultation prénatale ;
- En stimulant le personnel par une supervision régulière des activités menées dans les Centres.

L'étude s'est basée uniquement sur la consultation prénatale en milieu urbain. L'amélioration de cette activité dans cette zone ne suffirait pas à elle seule à réduire considérablement la morbidité et la mortalité maternelles dans la ville, mais pourrait être une référence. Il faut aussi orienter nos recherches et nos actions vers certaines activités de soins curatifs et promotionnels.

Outre la lutte sur le plan sanitaire, il faudrait en plus une action sur le plan politique, socio-économique et culturel. C'est à ce prix, que nous pourrions réduire considérablement le taux de mortalité et de morbidité maternelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES



- 1 - BOUVIER-COLLE, M.H ; DORMONT, S.- Maternité - Santé des femmes.
In : L'enfant en milieu tropical ; 1990 ; 187/188 ; 100 P
- 2 - BRUCKER, G ; FASSIN, D.- La morbidité.-
In : Santé publique : Paris : Ellipses ; 1989.- PP 344-350.
- 3 - BURKINA FASO.- Ministère de la santé de l'action sociale et de la famille.- Guide pratique pour les SMI dans une circonscription médicale.- Ouagadougou : M.S.A.S.F ; 1986.- PP 21-83.
- 4 - BURKINA FASO.- Ministère de la santé de l'action sociale et de la famille.- Programme national de santé maternelle et infantile.- Ouagadougou : M.S.A.S.F, 1987.- PP 3-7
- 5 - BURKINA FASO.- Ministère de la santé de l'action sociale et de la famille.- Rapport annuel des statistiques sanitaires.- Ouagadougou : M.S.A.S.F, 1988.- PP 3-21
- 6 - BURKINA FASO.- Ministère de la santé de l'action sociale et de la famille.- Rapport annuel des statistiques sanitaires.- Ouagadougou : M.S.A.S.F, 1989.- 91 P
- 7 - BURKINA FASO.- Ministère de la santé de l'action sociale et de la famille.- Rapport annuel des statistiques sanitaires.- Ouagadougou : M.S.A.S.F, 1990.- 82 P
- 8 - CORREA, P.- Importance du problème.- P 20
In : Séminaire sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement.- Paris: CIE, 1988.
- 9 - DESTANNE DE BERNIS, L.- Consultation prénatale.-
In : L'enfant en milieu tropical ; 1990 ; 187/188.- PP 41-72.

- 10 - DESTANNE DE BERNIS, L.- La prévention en obstétrique
In : L'enfant en milieu tropical ; 1984 ; 152/153.- PP 9
35.
- 11 - DIARRA, S.- Exposé Introductif : PP 5-7
In : Conférence régionale sur la maternité sans risque
pour l'Afrique francophone au sud du Sahara : rapport
final ; Niamey, du 10 janvier au 3 février 1989.- 68 P.
- 12 - ESSEX, B.J ; EVERETT, V.J.- Record card for antenatal
screening : use of a action oriented record card for
antenatal screening.
In : Tropical Doctor ; 1977 ; 7.- PP 134-138.
- 13 - GAUDENCE, H.N.- La santé maternelle et les facteurs
économiques et socio-culturels. PP 7-8.
In : Conférence régionale sur la maternité sans risque
pour l'Afrique francophone au sud du Sahara ; Niamey, du
30 janvier au 3 février 1989.- 68 P.
- 14 - HARRISSON. KELSEY, A.- Maternité - santé des femmes.
In : L'enfant en milieu tropical ; 1990 ; 187/188.- PP
5-41.
- 15 - HERBERG, S.- Les anémies par carence en fer et en
folates.
In : L'enfant en milieu tropical ; 1990 ; 186.- PP 10-25.
- 16 - INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET DE LA DEMOGRAPHIE.
Ouagadougou. Recensement général de la population 1985
Ouagadougou, 1988.- 330 P.
- 17 - KANYEL, S.- Impact de l'hémoglobinoopathie maternelle sur
le nouveau-né.- 124 P.
Th: Med : Ouagadougou (E.S.S.SA) : 1991.

- 18 - MOEMAN, M.L.- GROWTH of the birth canal in adolescent girls.
In: American journal of obstetrics and gynecology ; 1982
Vol 143 ; 5.- PP 528-532.
- 19 - Mortalité maternelle : soustraire la femme à l'engrenage fatal.
In : Chronique OMS ; 1986 ; Vol 40 ; 5.- PP 193-202.
- 20 - NOUGTARA, A.- Facteur de haut risque maternel : type et prise en charge des "cas à haut risque", au niveau des utilisatrices des services de santé maternelle dans la zone médicale de Safané : résumé de mémoire pour une maîtrise en santé maternelle et infantile.- Londres : Institut of Child health, 1989.- 10 P.
- 21 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Genève.-
Allocution du Docteur Mahler : Maternité sans risque.-
Naïrobi, du 10-13 février 1987.- non paginé.
- 22 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Genève.- Guide pour l'étude de la mortalité maternelle dans les pays en développement : taux et causes.- Genève : OMS, 1987.- 69P.
- 23 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Genève.- Initiative pour une maternité sans risque : un programme de recherche opérationnelle.- Genève : OMS, 1987.- 22 P.
- 24 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Genève.- Prestations obstétricales essentielles au 1er niveau de recours.- Genève : OMS, 1986.- 41 P.
- 25 - Les pertes d'urines.
In : Maternité sans risque : information sur les activités de santé maternelle dans le monde.- Novembre 1989 à février 1990 ; N° 1.- P 4.

- 26 - Pourquoi les femmes souffrent-elles et meurent-elles ?
In : Forum mondial de la santé ; 1989 ; Vol 10 ; 3/4.-
P 363.
- 27 - Projet santé pour tous Kinshasa ; soins de santé
préventifs et promotionnels.
In : Manuel du centre de santé ; Kinshasa ; Vol 2.- PP
76-78.
- 28 - ROGER, M ; ROUGEMONT, A.- Programme de santé maternelle
et infantile.- PP 583-595.
In : Rougemont, A. ; Brunet - Jailly, J.- La santé en
pays tropicaux.- Paris : Doin, 1989.- 751 P.
- 29 - ROYSTON, E. ; ARMSTRONG, S.- La prévention des décès
maternelles.-Génève : OMS, 1990.- PP 31-43.
- 30 - SAMA, C.R.- Mesure anthropométrique et retard de
croissance intra-utérin.- 100 P.
Th : Med : Ouagadougou (E.S.S.SA) : 1987.
- 31 - La santé.- PP 12-14
In : Situation de la femme dans le monde : Conférence
mondiale chargée d'examiner et d'évaluer les résultats de
la décennie des Nations Unies pour la femme.- Nairobi, du
15-26 juillet, 1985.- 22 P.
- 32 - SEGUY, B., BAUDET, T.H.- Révision accélérée en
obstétrique 2ème ed ; Paris : Maloine, 1983;- PP 89-116.
- 33 - SORE, A.- Rupture utérine à l'hôpital Yalgado Ouédraogo de
Ouagadougou.- 85 P.

Th : Med : Ouagadougou (E.S.S.SA) : 1986.

34 - SORGHO, G.- Activité de santé maternelle en milieu rural au Burkina Faso (Zone Solenzo).- 88 P.

Th : Med : Ouagadougou (E.S.S.SA) : 1986.

35 - STARRS, A.- Prévenir la mort tragique de la mère.- New-York: FNUAP, 1987.- 56 P.

36 - VAN-BALEN, H.- Services des soins de santé du 1er échelon; Unité de recherche et d'enseignement en santé publique : Institut de médecine tropicale.- antwerp, 1985 ; (Document non publié)

ANNEXES

ANNEXE 1

ANNEXE 2

FICHE DE DEPOUILLEMENT DE LA FICHE DE CONSULTATION PRENATALE

SMI DE

CLIENTE N°		P D S	T. A.	O E D	A L B	G L U	A N E M	V A R I	H. U.	B. D. C.	P. A B D O M I	T. V.	P R E	P R O M	V A T	P A P	AD Fe
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																

Légende: A = Pas fait
 B = Fait et RAS (examen normal)
 C = Fait avec conséquence pathologique présente et non notée
 D1 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et non
 référée ou non traitée
 D2 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et
 référée ou traitée

FICHE DE DEPOUILLEMENT DE LA FICHE DE CONSULTATION PRENATALE

SMI DE

CLIEN TE N°		P D S	T. A.	O E D	A L B	G L U	A N E M	V A R I	H. U.	B. D. C.	P. A B D O M I	T. V.	P R E	P R O M	V A T	P A P	AD Fe
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																

Légende: A = Pas fait
 B = Fait et RAS (examen normal)
 C = Fait avec conséquence pathologique présente et non notée
 D1 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et non référée ou non traitée
 D2 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et référée ou traitée

FICHE DE DEPOUILLEMENT DE LA FICHE DE CONSULTATION PRENATALE

SMI DE

CLIEN TE N°		P D S	T. A.	O E D	A L B	G L U	A N E M	V A R I	H. U.	B. D. C.	P. A B D O M I	T. V.	P R E	P R O M	V A T	P A P	AD Fe
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																

Légende: A = Pas fait
 B = Fait et RAS (examen normal)
 C = Fait avec conséquence pathologique présente et non notée
 D1 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et non
 référée ou non traitée
 D2 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et
 référée ou traitée

FICHE DE DEPOUILLEMENT DE LA FICHE DE CONSULTATION PRENATALE

SMI DE

CLIENTE N°		P D S	T. A.	O E D	A L B	G L U	A N E M	V A R I	H. U.	B. D. C.	P. A B D O M I	T. V.	P R E	P R O M	V A T	P A P	AD Fe
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																

Légende: A = Pas fait
 B = Fait et RAS (examen normal)
 C = Fait avec conséquence pathologique présente et non notée
 D1 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et non référée ou non traitée
 D2 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et référée ou traitée

FICHE DE DEPOUILLEMENT DE LA FICHE DE CONSULTATION PRENATALE

SMI DE

CLIENTE N°		P D S	T. A.	O E D	A L B	G L U	A N E M	V A R I	H. U.	B. D. C.	P. A B D O M I	T. V.	P R E	P R O M	V A T	P A P	AD Fe
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																
	1																
	2																
	3																
	4																

Légende: A = Pas fait
 B = Fait et RAS (examen normal)
 C = Fait avec conséquence pathologique présente et non notée
 D1 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et non référée ou non traitée
 D2 = Fait avec conséquence pathologique présente, notée et référée ou traitée

LEGENDE DE FICHE DE DEPOUILLEMENT

E.G.	: Etat Général
PDS	: <i>Risc de Poids > 12 kg</i>
ANEM	: Anémie
OED	: Oedème
T.A.	: Tension artérielle
A. G.	: Age de la grossesse
H. U.	: Hauteur uterine
B.D.C.	: Bruit du coeur foetal
SPE	: Spéculum
T.V.	: Toucher vaginal
ALB	: Albuminurie
GLU	: Glucosurie
ECHO	: Echographie
VAT	: Vaccin anti-tétanique
PAP	: Prévention anti-palustre
AD Fe	: Administration de fer
C. N°	: N° de la cliente
AGE	: 16 ans < âge < 35 ans
GEST	: Gesteté
PARI	: Parité
Nb E.	: Nombre d'enfants
P.P.	: Pathologie particulière
E. Hb	: Electrophorèse de l'Hb
Gs Rh	: Groupe sanguin Rh
B. W.	: B.W.
K.O.P.	: Selles K.O.P.
E.C.B.U.	: E.C.B.U.
Se TOX	: Sérologie toxoplasmose
Se R.U.	: Sérologie rubéole
S. M.	: situation matrimoniale
Ex PN	: Examen post-natal
Vari	: Varices
P. ABDOMI	: Paroi abdominale
PRE	: Présentation
PROM	: Promontoire

ANNEXE 3

Enquête au niveau de la SMI (cliente)

SMI de

Niveau d'instruction: 0; 1; 2; 3 *

1°) Quelle est le motif de votre consultation à la SMI ?

- CPN (pesée)
- Consultation post natale
- Contrôle des examens

2°) Qui vous a donné l'information : que vous devez venir en consultation quand vous êtes en grossesse ?

- Sage femme
- Conjoint
- Copine
- Parents
- radio
- journaux
- affiches
- autres

3°) A quoi sert selon vous le carnet de santé (pesée) ?

- Surveiller le bon déroulement de la grossesse
- A suivre mon état quand je suis malade
- A suivre l'état de l'enfant à la naissance
- Je ne sais pas (suivisme)

4°) Est-ce votre première grossesse ? Oui/Non

Si oui la dernière grossesse a-t-elle été suivie en CPN ? Oui/Non

5°) Age de la grossesse à la première consultation (HU)

6°) Si age supérieur à trois mois :

-savez-vous à quel age vous devez consulter pour la 1ère fois quand vous êtes en grossesse? Oui/Non quel âge ?

Si oui : Pourquoi ce retard ?

- 1 - ignorance de la grossesse
- 2 - information tardive de la CPN
- 3 - j'étais en voyage
- 4 - j'étais malade
- 5 - pas de causes

7°) Combien de fois vous devez consulter durant votre grossesse à la SMI ? -Ce nombre est-il élevé pour vous ?

8°) La patiente suit-elle une prévention antipalustre ? Oui/Non

9°) La patiente suit-elle une prévention antianémique ? Oui/Non

10°) Etes-vous satisfait des soins dispensés ? Oui/Non

11°) Mettez-vous beaucoup de temps à la SMI ? Oui/Non

12°) Trouvez-vous qu'il y a trop d'examens complémentaires à faire ?

13°) Comment trouvez-vous l'accueil à la SMI ? Bon/Moyen/Mauvais

14°) Que proposez-vous comme changement dans cette SMI

- Augmentation du nombre de personnel
- Réduction du nombre de CPN
- Réduction du nombre d'examens complémentaires
- Un meilleur accueil
- Rien du tout

* 0 = Pas instruite; 1 = primaire; 2 = secondaire; 3 = supérieur

VILLE DE OUAGADOUGOU

DÉCOUPAGE EN SECTEURS



IGB

Échelle 1:100 000

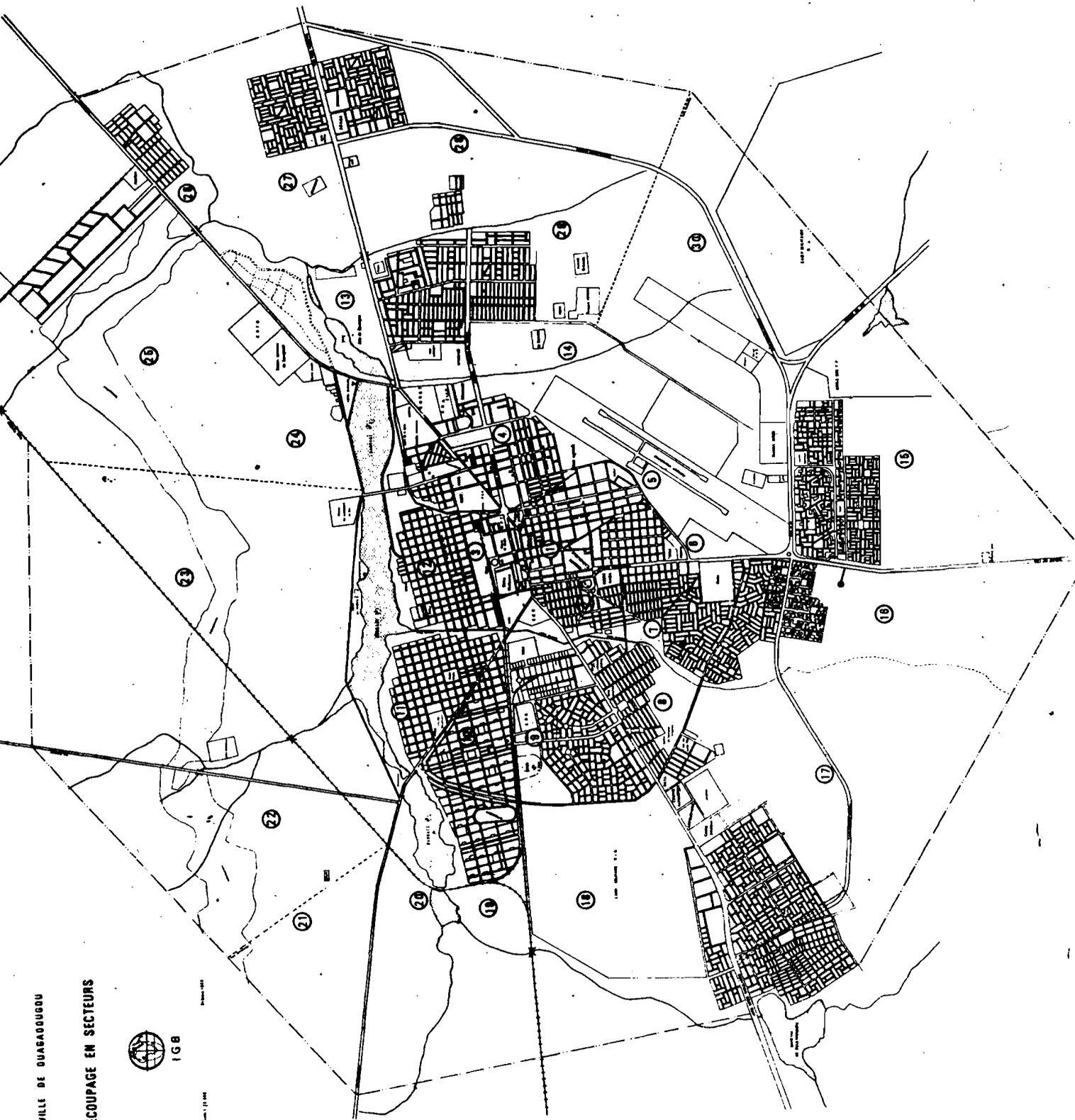


Figure n° 1

ANNEXE 4

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

SECRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE

FICHE DE SUPERVISION : 1ÈRE CONSULTATION PRÉNATALE

GESTES	CRITÈRES D'APPRECIATION	FAIT		OBSERVATIONS
		OUI	NON	
1. Faire l'interrogatoire				
1.1. Prendre les renseignements sur l'identité de la femme	Renseignements notés			
1.2. Demander à la femme la date de ses dernières règles	Date des dernières règles notée			
1.3. Poser les questions sur les antécédants : - familiaux - personnels - médicaux - gynécologiques - obstétricaux - chirurgicaux.	Renseignements notés			
1.4. Recueillir les plaintes de la femme	Plaintes recueillies			
1.5. Ecouter attentivement la femme	Femme écoutée attentivement			
1.6. Demander des informations complémentaires	Informations demandées			
1.7. Vérifier que tous les renseignements sont notés	Vérification faite			
1.8. Informer la femme sur la suite de la consultation	Information donnée			
2. Faire l'Examen Clinique				
2.1. Faire l'examen général				
2.1.1. Faire l'inspection de e				
a) allure de la femme	Résultats de l'inspection notés			
b) morphologie de la femme (morphotype)				
c) muqueuses				
d) dents				
e) langue				
f) membres inférieurs à la recherche des œdèmes et varicosités				
2.1.2. Prendre la tension artérielle de la femme	Tension artérielle de la femme prise			
2.1.3. Peser et prendre la taille de la femme	Femme pesée et taille prise et notées			
2.1.4. Prendre la tension de la femme	Tension notée			
2.2. Faire l'examen appareil par appareil :	Résultats notés			
- Appareil Cardio-vasculaire				
- " digestif				
- " respiratoire				

FICHE DE SUPERVISION : 1ÈRE CONSULTATION PRÉNATALE (SUITE)

GESTES	CRITÈRES D'APPRECIATION	FAIT		OBSERVATIONS
		OUI	NON	
2.3. Faire l'examen obstétrical				
2.3.1. Faire vider la vessie	Vessie vidée			
2.3.2. Demander à la femme de se déstabiliser				
2.3.3. Installer la femme sur la table d'examen				
* sur le dos	Femme couchée			
* jambes dans le prolongement	Jambes étendues et jointes			
2.3.4. Faire l'inspection et/ou la palpation de :				
* visage	Visage inspecté			
* abdomen	Abdomen inspecté et palpé			
* seins	Seins inspectés et palpés			
2.3.5. Demander à la femme de plier les jambes	Jambes pliées			
2.3.6. Repérer le rebord supérieur de la symphyse pubienne	Rebord repéré			
2.3.7. Repérer le fond utérin	Fond utérin repéré			
2.3.8. Mesurer la hauteur utérine	Hauteur utérine mesurée et notée			
2.3.9. Faire le TV combiné au palper				
2.3.9.1. Se laver les mains	Mains lavées avec du savon			
2.3.9.2. Nettoyer la vulve à l'aide d'un antiseptique de haut en bas	Vulve nettoyée de haut en bas			
2.3.9.3. Mettre un doigtier stérile	Doigtier stérile enfilé			
2.3.9.4. Introduire les 2 doigts munis de doigtier dans le canal vaginal et de l'autre main palper le fond utérin	Doigts introduits et fond utérin palpé			
2.3.9.5. Apprécier le volume et la forme de l'utérus	Forme et volume évalués			
2.3.9.6. Apprécier l'état du col et des annexes	Constats faits			
2.3.9.7. Examiner le doigtier à la recherche d'une anomalie	Doigtier examiné			
2.3.10. Informer la femme sur son état obstétrical	Information donnée			
2.3.11. Aider la femme à descendre				
2.3.12. Lui demander de se rhabiller.				
3. Remplir la fiche de CP et le Carnet de Santé de la Femme	Fiche et carnet remplis			

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

SECRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE

FICHE DE SUPERVISION : 1ÈRE CONSULTATION PRÉNATALE (SUITE)

GESTES	CRITÈRES D'APPRECIATION	FAIT		OBSERVATIONS
		OUI	NON	
4. <u>Prescrire les Examens para-cliniques jugés nécessaires</u>				
4.1. Faire rechercher l'albumine/sucre dans les urines	Examen demandé et réalisé			
4.2. Prescrire le VDRL				
4.3. Demander le groupage sanguin et rhésus				
4.4. Demander un test d'Emmel ou l'électrophorèse de l'Hb				
5. Informer la femme sur la nécessité de la prévention du paludisme et de l'anémie				
5.1. Prescrire l'antipaludéen adéquat	Prescriptions faites			
5.2. Prescrire un anti-anémique				
6. Estimer la date probable de l'accouchement et en informer la femme	Date approximative de l'accouchement notée et rétro-information donnée			
7. Négocier la date du prochain RDV	Prochain RDV fixé			
8. Remettre à la femme son carnet	Carnet remis à la femme			
9. Ranger la fiche dans le fichier	Fiche rangée dans le fichier			
10. Dire aurevoir à la femme et l'encourager	Salutation faite			

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

SECRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE

FICHE DE SUPERVISION : 2ÈME CONSULTATION PRÉNATALE

GESTES	CRITÈRES D'APPRECIATION	FAIT		OBSERVATIONS
		OUI	NON	
1. Faire l'interrogatoire				
1.1. Consulter la fiche et le carnet de santé	Carnet et fiche consultés			
1.2. Poser des questions pour rechercher les événements survenus depuis la 1ère consultation.				
- hémorragies	Renseignements notés			
- maladies				
- prise de médicaments, etc...				
- faire sortir la fiche du fichier				
2. Faire l'Examen clinique				
2.1. Faire l'examen général				
2.1.1. Faire l'inspection de :	Inspection faite et renseignements notés			
- muqueuses, conjonctives				
- dents, langue				
- membres inférieurs à la recherche des oedèmes et varices				
2.1.2. Prendre la tension artérielle	TA prise et notée			
2.1.3. Peser la femme	Femme pesée et poids noté			
2.1.4. Prendre la température	T° prise et notée			
2.2. Faire l'examen obstétrical				
- Faire vider la vessie de la femme	Vessie vidée			
- Faire installer la femme sur la table d'examen	femme couchée sur le dos			
* sur le dos				
* jambes dans le prolongement du corps	Jambes étendues et jointes			
2.2.1. Faire l'inspection et/ou la palpation de :				
- visage	visage inspecté			
- abdomen	abdomen ins. et palpé			
- seins	seins palpés et insp.			
2.2.2. Apprécier l'utérus				
- Repérer le rebord supérieur de la symphyse pubienne	rebord repéré			
- Repérer le fond utérin	fond utérin repéré			
- mesurer la hauteur utérine	hauteur utérine mesurée et notée			
- ausculter les BDC du fœtus	auscultation faite et notée			
2.2.3. Faire le TV combiné au palper				
2.2.3.1. Demander à la femme de plier les jambes	Jambes pliées			

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DE L'ACTION SOCIALE

SECRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE

FICHE DE SUPERVISION : 2ÈME CONSULTATION PRÉNATALE (SUITE)

GESTES	CRITÈRES D'APPRECIATION	FAITE		OBSERVATION
		OUI	NON	
2.2.3.2. Se laver les mains	Mains lavées au savon			
2.2.3.3. Nettoyer la vulve à l'aide d'un antiseptique de haut en bas	Vulve nettoyée			
2.2.3.4. Mettre un doigtier stérile	Doigtier enfilé			
2.2.3.5. Introduire les 2 doigts munis de doigtier dans le canal vaginal et de l'autre main palper le fond utérin	Doigts introduits et fond utérin palpé			
2.2.3.6. Apprécier le volume de l'utérus	Volume apprécié			
2.2.3.7. Examiner le doigtier à la recherche d'une anomalie	Doigtier examiné et apprécié			
3. <u>Remplir la fiche de CP et le Carnet de Santé de la Femme</u>	Fiche et carnet remplis			
4. <u>Prescrire les Examens para-cliniques jugés nécessaires</u>	Examens prescrits			
4.1. Faire rechercher l'albumine /sucre				
4.2. Prescrire le VDRL				
4.3. Demander le groupage sanguin rhésus	Examen demandé			
4.4. Faire la dose de VAT si nécessaire	Femme vaccinée			
4.5. Faire la prévention contre le paludisme	Instructions données			
4.6. Faire la prévention contre l'anémie	Instructions données			
4.7. Donner les conseils	Femme conseillée			
4.8. Négocier le prochain RDV	RDV fixé			
4.9. Remettre le carnet à la femme	Carnet remis à la femme			
4.10. Ranger la fiche dans le fichier	Fiche rangée dans le fichier			
4.11. Encourager et dire-aurevoir à la femme	Salutation faite			

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

SECRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE

FICHE DE SUPERVISION : 5ÈME CONSULTATION PRÉNATALE

GESTES	CRITÈRES D'APPRECIATION	FAIT		OBSERVATIONS
		OUI	NON	
1. <u>Consulter le carnet de santé et la fiche</u>	Carnet de santé et fiche consultés			
2. <u>Faire l'interrogatoire</u>				
2.1. Poser des questions pour rechercher les événements survenus depuis la dernière consultation	Questions posées et renseignements notés			
- hémorragies				
- maladies				
- prise de médicaments, etc..				
2.2. Inscrire sur la fiche les renseignements utiles				
2.3. Faire une causerie éducative en rapport avec son état	Causerie faite			
3. <u>Faire l'Examen clinique</u>				
3.1. <u>Faire l'examen général</u>				
3.1.1. Faire l'inspection de :				
- muqueuses	Inspection faite			
- dents, langue				
- membres inférieurs à la recherche des œdèmes et varices				
3.1.2. Prendre la tension artérielle	TA prise			
3.1.3. Peser la femme et prendre sa température	Pesée faite et T° prise			
3.2. <u>Faire l'examen obstétrical</u>				
3.2.1. Faire vider la vessie de la femme	Vessie vidée			
3.2.2. Inviter la femme à se déshabiller	Femme déshabillée			
3.2.3. Installer la femme sur la table d'examen	femme couchée sur le dos			
* sur le dos				
* jambes dans le prolongement du corps	Jambes étendues et jointes			
3.2.4. Faire l'inspection et/ou la palpation de :				
- visage	visage inspecté			
- abdomen	abdomen insp. et palpé			
- seins	seins palpés et inspectés			
3.2.5. Demander à la femme de plier les jambes	Jambes pliées			
3.2.6. Repérer le rebord supérieur de la symphyse pubienne	Rebord repéré			

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

SECRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE

FICHE DE SUPERVISION : 3ÈME CONSULTATION PRÉNATALE (SUITE)

GESTES	CRITÈRES D'APPRECIATION	FAIT		OBSERVATIONS
		OUI	NON	
3.2.7. Repérer le fond utérin	Fond utérin repéré			
3.2.8. Mesurer la hauteur utérine	Hauteur utérine mesurée			
3.2.9. Ausculter les BDC du fœtus				
3.2.10 Faire le TV combiné au palper				
3.2.10.1. Se laver les mains	Mains lavées au savon			
3.2.10.2. Nettoyer la vulve à l'aide d'un antiseptique de haut en bas	Vulve nettoyée			
3.2.10.3. Mettre un doigtier stérile	Doigtier enfilé			
3.2.10.4. Introduire les 2 doigts munis de doigtier dans le canal vaginal et de l'autre main palper le fond utérin	Toucher vaginal et fond utérin palpé			
3.2.10.5. Apprécier le volume de l'utérus	Volume de l'utérus évalué			
3.2.10.6. Explorer :	Exploration faite			
- le périnée				
- la vulve				
- le vagin				
- le col				
- le segment inférieur				
- la présentation				
- le bassin de la femme				
3.2.10.7. Examiner le doigtier à la recherche d'une anomalie	Informations notées			
3.2.10.8. Inviter la femme à descendre de la table	Femme descendue			
3.2.10.9. Inviter la femme à se rhabiller	Femme rhabillée			
3.2.10.10. Informer la femme sur l'examen obstétrical	Information donnée			
4. <u>Remplir la Fiche de CP et le Carnet de Santé de la Femme</u>	Fiche et carnet remplis			
5. <u>Prescrire les Examens para-cliniques jugés nécessaires</u>	Examens présentés			
5.1. Faire rechercher l'albumine/sucre	Examen demandé			
5.2. Demander l'électrophorèse Hb ou un test d'Emmel	Examen demandé			
6. Faire la dose de VAT si nécessaire	Femme vaccinée			

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA SANTE DE LA FAMILLE

FICHE DE SUPERVISION : JEME CONSULTATION PRENATALE (SUITE)

GESTES	CRITERES D'APPRECIATION	FAIT		OBSERVATION
		OUI	NON	
7. <u>Faire la prévention contre le paludisme</u>	Ordonnance établie			
8. <u>Faire la prévention contre l'anémie</u>	Ordonnance établie			
9. <u>Donner les conseils à la femme par rapport à son état</u>	Femme conseillée			
10. <u>Compléter la fiche de CP et le carnet de santé</u>	Renseignements complémentaires notés			
11. <u>Prescrire le traitement approprié en cas de nécessité</u>	Prescription faite			
12. Préparer la femme à l'accouchement (physique, psychologique, matériel)	Education faite			
13. Conseiller l'accouchement assisté	Conseils donnés			
14. Préparer la femme à l'allaitement				
15. Insister sur la nécessité d'emmener l'enfant le plus tôt possible à la consultation de nourrissons et la nécessité pour la femme de revenir pour la consultation post-natale	Conseils donnés			
16. Remettre le carnet de santé à la femme en insistant pour qu'il soit présenté à la maternité lors de l'accouchement	Carnet de santé remis à la femme			
17. Ranger la fiche dans le fichier	Fiche rangée dans le fichier			
18. Remercier et encourager la femme	Remerciements et encouragement faits			

ANNEXE 5

Grille de supervision générale d'une SMI

SMI de

I Organisation Générale du service

Activités	Critère d'appréciation	Oui	Non	Observations
<u>A. Elaboration et Organisation</u>				
l'aire d'activité est définie et connue par le personnel	1 il existe une carte de découpage administratif			
la population de cette aire est connue et réactualisée	2 il existe un document à ce sujet 3 il est affiché			
le centre SMI a des objectifs bien définis dans son plan annuel d'activité	4 il existe un document plan annuel dans le centre SMI 5 chaque membre connaît l'existence et est informé de son contenu			
il existe une programmation des activités annuelle, mensuelle, ou hebdomadaire	6 on peut consulter la fiche de programmation			
des rencontres périodiques sont organisées au niveau de l'ensemble de l'équipe	7 on peut consulter le PV des rencontres			
il existe un planning des congés de l'ensemble du personnel de l'année en cours	8 un tableau récapitulatif de l'ensemble de ces congés est affiché			

Activités	Critère d'appréciation	Oui	Non	Observations
B. PERSONNEL				
il existe une description des postes de l'ensemble du personnel	9 un document à ce sujet a pu être consulté			
chaque membre de l'équipe est informé de la description de ces postes	10 chaque membre possède un document descriptif			
le personnel bénéficie d'une formation continue	11 on peut consulter les rapports de supervision 12 il existe un programme propre à l'équipe 13 les comptes rendus et documents des séminaires sont disponibles			
avis sur la tenue du personnel de santé	14 propreté			

Activités	Critère d'appréciation	Oui	Non	Observations
C. RESSOURCES				
situation des différents matériels utilisés	15 il existe un inventaire à jour			
organisation rationnelle des entrées et des sorties du matériel	16 un cahier ou registre des entrées et sorties est effectivement tenu à jour pour les différents matériels			
organisation et entretien du matériel logistique	17 support à jour de chaque moyen logistique utilisé			
gestion financière	18 il y a un cahier de gestion tenu à jour entrée et sortie en caisse			
	19 on peut consulter les reçus établis à l'occasion des opérations financières			
occupation rationnelle de l'espace disponible	20 il existe une fiche descriptive de l'ensemble des lieux dont dispose la formation sanitaire			
état des lieux	21 propreté			

Activités	Critère d'appréciation	Oui	Non	Observations
D. SYSTEME DE CONTROLE				
recueil des statistiques sur l'ensemble des activités menées	22 on a pu consulter le rapport statistique des activités			
analyse périodique des données recueillies au niveau de la formation sanitaire	23 on a pu consulter le rapport de synthèse statistique			
l'analyse des données a été affichée sous forme de tableau dans la salle	24 le nombre de CPN par rapport au nombre de consultations post natale			
	25 le nombre et le type d'examens complémentaires effectués par mois par rapport au nombre de consultantes			
	26 l'âge de la grossesse à la première consultation			
évaluation annuelle des différentes activités menées	27 le rapport d'évaluation des activités menées existe			
les archives sont tenues à jour	28 les fiches contenant ses documents sont tenus à jour			

II Activité proprement dite

	Existence			Observations
	oui	intégré	non	
A. Activités promotionnelles - Education pour la santé - Assainissement				
B. Activités préventives - consultations prénatales - consultations postnatales - consultations infantiles - planification familiale - programme élargi de vaccination - réhydratation par voie orale				
C. Activité curative - soins des femmes enceintes				

ANNEXE 6

Enquête au niveau des Maternités (Personnel)

- Maternité de

- Qualification du Personnel: S.F.; Infirmière; A.S.

1 - Le carnet de santé renferme -t-il toutes les données qui vous sont utiles à l'accouchement de vos patientes ?

2 - Quelles sont les données inutiles dans ce carnet?....

3 - Quelles sont les données qu'il faut ajouter dans ce carnet ?

4 - Les carnets de santé sont-t-ils bien remplis par les sages femmes travaillant dans les SMI ? Oui/Non.

5 - Quelles types de données utiles que les sages femmes omettent de marquer ?

6 - Donnez-vous des conseils à la sortie de la femme ?
Oui/Non.

Si non, pourquoi ? - Excès de travail?

(en aide mémoire) - Manque de temps ?

- Problèmes de compréhension ?

- Ne fait pas partie du programme ?

- Autres

Si oui quels types de conseils ?

(en aide mémoire) - Examen du post-partum

- PF

- Vaccination du nouveau né

- Pesée régulière du nouveau né

- Allaitement maternel

- Autres

7 - Avez-vous une feuille clinique pour suivre progressivement l'évolution du travail jusqu'à l'accouchement? O/N

8 - Le matériel que vous avez permet-il de bien assister une femme pour 1 accouchement entocyque ?

Si non quel matériel ou produit d'urgence aimeriez-vous avoir?

- alcool

- antiseptique

- gant

- boîtes d'accouchement

- stérilisateur

- table d'accouchement

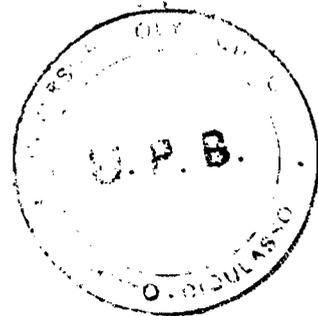
- autres

Que voulez-vous d'autres ?

- Une augmentation du personnel

- autres

9 - En cas de dystocie avez-vous les moyens logistiques pour évacuer la patiente vers les centres plus spécialisés. Oui/Non



SERMENT D'HYPOCRATE

"En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciplines, je promets et je jure 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 de salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 moeurs, ni favoriser les crimes.

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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque".

COMBARY Patrice Ali

TITRE : Etude de la qualité des prestations des services de santé maternelle en milieu urbain de Ouagadougou en vue de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.

82 pages ; 24 tableaux.

RESUME : L'Enquête s'est déroulée dans les S.M.I et les maternités de la ville de Ouagadougou sur une période de (2) deux mois.

Il est ressorti de l'enquête que d'une part, la prise en charge des grossesses à risques en vue d'une surveillance de la grossesse et de l'assistance obstétricale n'est pas systématique chez le personnel de santé; d'autre part, les femmes enceintes influencent l'exécution des activités au niveau des centres par un suivi irrégulier des séances de consultations prénatales et par la non réalisation des examens biologiques prescrits.

Une amélioration est possible :

- En réorganisant les différents centres de consultations prénatales.
- En réduisant le nombre de consultations prénatales.
- En sensibilisant d'avantage les femmes enceintes et les accouchées sur l'importance de la consultation prénatale.
- En stimulant le personnel par une supervision régulière des activités menées dans les centres.

MOTS CLES : - Mortalité et Morbidité maternelles

- Consultation prénatale
- Grossesse à risque
- Ouagadougou (Burkina Faso)

KEY WORDS - Maternal Mortality and Morbidity

- Antenatal consultation
- Pregnancy high risk
- Burkina Faso (Ouagadougou)