

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
1-ANATOMIE DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR FEMININ	
1-1- Les organes génitaux externes.....	2
1-2- Les organes génitaux internes.....	3
1-3- Les glandes mammaires.....	6
2-RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA GROSSESSE	
2-1- Définitions	6
2-2- Diagnostic positif	7
2-3- Diagnostic différentiel	9
2-4- Durée de la grossesse et date probable de l'accouchement	9
2-5- Facteurs de risques	10
2-6- Hygiène de la grossesse	12
3- LA CONSULTATION PRENATALE	
3-1- Définition	14
3-2- Objectifs	14
3-3- Paramètres cliniques	14
3-4- Rythme de surveillance	14
3-5- Conseils à donner à la patiente	23
 DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE	
1-OBJECTIFS.....	24
2-CADRE DE L'ETUDE.....	24
2-1- Historique	24
2-2- Situation géographique	26
2-3- Organisation du service	29
2-4- Déroulement de la consultation prénatale au centre	31
3- METHODOLOGIE.....	33
3-1- Critère d'exclusion	32
3-2- Critère d'inclusion	32
4- RESULTATS.....	33

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1-COMMENTAIRES.....56

2-SUGGESTIONS.....61

CONCLUSION.....63

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1 : Poids fœtal en fonction de la hauteur utérine	20
Tableau 2 : Répartition de la population du secteur médical du CSB II Cité des assureurs Itaosy en l'an 2003.....	25
Tableau 3 : Listes des personnels du CSB II Cité des assureurs Itaosy.....	27
Tableau 4 : Fréquence mensuelle de la CPN au cours de l'année 2003.....	33
Tableau 5 : L'âge de la femme enceinte	34
Tableau 6 : La première consultation prénatale selon l'âge de la femme enceinte	35
Tableau 7 : La première consultation prénatale selon la gestité	36
Tableau 8 : Date de la première fréquentation du centre selon l'âge de grossesse	37
Tableau 9 : Consultations prénatales suivies durant la grossesse selon l'âge de la femme enceinte	38
Tableau 10 : Suivie de la CPN pendant la grossesse selon la gestité	39
Tableau 11: Répartition des consultations uniques durant la grossesse en fonction de l'âge de la grossesse	40
Tableau 12: Répartition des consultations suivantes selon l'âge de la grossesse	41
Tableau 13: Répartition selon le nombre de consultation suivi par la femme enceinte durant la grossesse	42
Tableau 14: Répartition selon le facteur de risques	43
Tableau 15: Répartition selon l'activité des femmes enceintes	45
Tableau 16: Répartition selon la situation matrimoniale des femmes enceintes	47
Tableau 17: : Répartition selon l'albuminurie de femmes enceintes	48
Tableau 18 : Répartition selon la sérologie syphilitique des femmes enceintes	49
Tableau 19 : Répartition selon les vaccinations anti-tétanique	50
Tableau 20: Répartition des groupes de vaccins	51
Tableau 21: Répartition selon la prophylaxie anti-palustre	52
Tableau 22: Répartition selon la prophylaxie anti-anémique.....	53
Tableau 23: Répartition selon la provenance.....	54
Tableau 24: Calendrier vaccinal de la femme enceinte et celle en âge de procréer.....	5

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma 1 : Organes génitaux externes de la femme.....	5
Schéma 2 : Organes génitaux internes de la femme.....	5
Schéma 3 : Carte géographique du secteur Médical du CSB II Cité Itaosy.....	26

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Plan du bâtiment du CSB II Cité des assureurs Itaosy.....	24
Figure 2 : Nombre de CPN.....	33
Figure 3: Age des gestantes	34
Figure 4: Date de la première CPN selon l'âge de la femme.....	35
Figure 5: Date de la première CPN selon la gestité	36
Figure 6: Age de la première consultation	37
Figure 7: Consultations prénatales suivies selon l'âge de la femme.....	38
Figure 8: Fréquence de la CPN selon la gestité.....	39
Figure 9: Consultations uniques selon l'âge de la grossesse.....	40
Figure 10: Consultations suivantes selon l'âge de grossesse.....	41
Figure 11: Répartition selon le nombre de consultations suivies.....	42
Figure 12: Les femmes à risque.....	44
Figure 13: Activités des femmes enceintes.....	46
Figure 14: La situation matrimoniale des femmes enceintes.....	47
Figure 15: Test d'albuminurie des femmes enceintes.....	48
Figure 16: La sérologie syphilitiques des femmes enceintes.....	49
Figure 17: Les vaccinations anti-tétanique des femmes enceintes.....	50
Figure 18 : Les groupes de vaccin antitétanique.....	51
Figure 19 :Prophylaxie anti-palustre des femmes enceintes.....	52
Figure 20 : Prophylaxie anti-anémique des femmes enceintes.....	53
Figure 21: Fréquence de la CPN selon la provenance.....	54

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATT	: Vaccination anti-tétanique
BdCF	: Bruits du Cœur Fœtal
CCC	: Communication pour un changement de comportement
CSB II	: Centre de Santé de Base niveau II
CPN	: Consultation prénatale
DIRDS	: Direction inter-régionale de développement sanitaire
DPA	: Date probable de l'accouchement
DDR	: Date des dernières règles
FAF	: Fer acide folique
HCG	: Hormone chorio- gonadotrophine
h	: Heures
HU	: Hauteur utérine
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
KG	: Kilogramme
m	: Mètre
cm	: Centimètre
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PF	: Planning Familial
SA	: Semaine d'aménorrhée
TV	: Toucher vaginal
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine.
%	: Pourcentage.
≥	: Supérieur ou égale
<	: Inférieur
h	: Heures

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Pendant la grossesse, la mère et le bébé sont exposés à de nombreux problèmes de santé, et nécessitent par conséquent un soutien et des soins particuliers.

Accoucher en toute sécurité, telle est la préoccupation majeure des futures mamans.

Afin de s'assurer de la santé de l'enfant et de sa mère, des examens permettent de préparer très en amont l'heureux évènement.

Il est tout aussi important qu'une femme soit en mesure de porter une grossesse et la mener à terme dans des conditions qui ne présentent aucun danger pour elle et son bébé(1).

Les visites prénatales sont une occasion d'effectuer un bilan simple de la mère, de fournir des soins préventifs, et, éventuellement un traitement et d'apprendre à la mère des mesures à suivre à la maison pour améliorer la chance de survie du nouveau-né.

Elles fournissent également une occasion de vacciner les mères contre le tétanos et d'administrer du sulfate de fer, de l'acide folique et de repérer les femmes souffrant d'hypertension artérielle ou ayant un risque élevé d'anémie, des maladies intercurrentes, etc...(2).

A Madagascar, le Centre de Santé de Base participe beaucoup à la surveillance de la grossesse à l'issue des consultations prénatales.

Nous allons prendre le CSB II Cité des assureurs Itaosy comme cadre de l'étude, car, ce centre reçoit plusieurs consultantes. C'est la raison de notre étude intitulée CONSULTATION PRENATALE au CSB II Cité des assureurs Itaosy en l'an 2003.

L'objectif de notre travail consiste à :

- démontrer l'importance des consultations prénatales,
- apprécier l'assiduité des femmes enceintes en matière de consultation prénatale,
- essayer d'apporter quelques suggestions pour améliorer la surveillance de la grossesse.

Ainsi, notre étude se divise en trois parties :

- la première partie est consacrée à la revue de la littérature,
- la deuxième partie est l'étude proprement dite,
- enfin, la troisième partie est réservée aux commentaires et suggestions,
- une conclusion générale clôture notre travail.

**PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE**

1-ANATOMIE DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR FEMININ : (3) (4) (5) (6)

L'appareil génital féminin est à la fois un organe de reproduction et de sexualité, il comprend : les organes génitaux externes, les organes génitaux internes, et les glandes mammaires

1-1-Les organes génitaux externes

La vulve comprend les organes génitaux externes formés par :

- **Le mont de Vénus** est une élévation de tissus adipeux recouvert de poils pubiens, il est situé en dessus de la symphyse pubienne et en avant de l'orifice vaginale et du méat urétral.
- **Les grandes lèvres** sont deux replis cutanés longitudinaux qui s'étendent vers le bas et l'arrière à partir du mont Vénus. Elles sont généralement recouvertes de poils mais seulement dans la partie supérieure et externe. Elles contiennent des tissus adipeux et des glandes sébacées.
- **Les petites lèvres** également des replis cutanés dépourvus de poils de tissus adipeux. Elles contiennent aussi des glandes sébacées, elles se réunissent à leurs parties supérieures au niveau du clitoris.
- **Le clitoris** est une petite masse cylindrique de tissus érectiles et de nerfs. Il est divisé en deux parties : le prépuce du clitoris , et le gland du clitoris

La fente située entre les petites lèvres est appelée le vestibule, il laisse voir :

- l'orifice vaginal,
 - l'hymen,
 - le méat urétral,
 - l'orifice de nombreuses glandes (glandes de Skène, de Bartholin), ces dernières sont à l'origine de la sécrétion qui augmente la lubrification lors des rapports sexuels,
 - l'orifice de la glande vestibulaire mineure.
- **Le périnée ou plancher pelvien** est composé de muscles et des fibres conjonctives, il constitue le plancher du petit bassin et laisse passer l'urètre, le vagin et l'anus. Il soutient les organes génitaux internes et est très sollicité lors de l'accouchement.

1-2-Les organes génitaux internes

- **Le vagin** est un conduit qui s'étend de la vulve au col utérin. C'est l'organe de la copulation ainsi que le guide de la descente du fœtus au moment de l'accouchement. Sa taille est de 8 à 12 cm de long et de 2 à 4 cm de large. C'est un canal souple extensible et il est tapissé d'un tissu qui ressemble à la peau. Il est obstrué partiellement par l'hymen dans sa partie inférieure, tandis que vers le haut son attache forme quatre culs de sac (antérieur, postérieur, droit et gauche). Sa vascularisation artérielle est assurée par les artères utérine et hémorroïdale, et les veines débouchent du plexus vaginal

- **L'utérus** est un muscle creux, c'est le site de la menstruation, de la nidation de l'ovule fécondé, du développement du fœtus et du travail au moment de l'accouchement. Sa forme est celle d'une poire renversée, l'utérus pèse 50 g chez la nullipare et 70 g chez la multipare, le contenu a une capacité de 4 à 5ml. La taille utérine dépend de l'âge, de la parité, et des influences hormonales liées à l'activité ovarienne. Chez une femme en activité génitale, l'utérus normal mesure 6 à 10 cm de longueur, 2 à 4 cm d'épaisseur et 5 cm de largeur. Avant la première grossesse il mesure environ 7 cm de long, 5 cm de large et 2,5 cm d'épaisseur, il est recouvert partiellement du péritoine et comprend :

- le fond utérin, en forme de dôme,
- le corps de l'utérus,
- le col de l'utérus,
- l'isthme utérin qui se trouve entre le col et le corps, où l'on trouve deux orifices, l'orifice interne, jonction de l'isthme et de la cavité, l'orifice externe où l'utérus débouche dans le vagin.

L'utérus est fléchi entre le col et le corps, c'est la position d'antéversion.

Il est maintenu par des ligaments (les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés et les ligaments ronds).

L'utérus est composé de trois couches de tissus :

- la couche externe : *Périmétrium* ou couche séreuse qui fait partie du péritoine viscéral,
- la couche intermédiaire : *Myomètre*, couche musculaire très épaisse, son rôle est d'expulser le fœtus lors de l'accouchement,
- la couche interne : *Endomètre*, c'est une membrane muqueuse, elle même composée de deux couches :
 - la couche fonctionnelle(elle tombe lors des règles) ,

- la couche basale(permanente, elle permet le renouvellement de la couche fonctionnelle après les règles).

La vascularisation de l'utérus se fait par les artères utérines qui proviennent de l'artère iliaque interne.

L'innervation émane du nerf pré-sacré.

- **Les trompes de Fallope** ou trompes utérines sont des conduits musculo-membraneux, elles communiquent utérine avec la cavité péritonéale. Elles sont longues de 10 à 12 cm et sont divisées en différentes portions de calibre différent dont :

- une partie utérine interstitielle de 1 cm sur 0,2 à 4 mm de diamètre,
- une partie isthmique cylindrique entre le ligament rond et le ligament propre de l'ovaire de 3 à 4 cm sur 2 à 4 mm de diamètre,
- une partie ampullaire flexueuse de 7 à 8 cm de long sur 8 à 9 mm de diamètre,
- une partie infundibulaire en forme d'entonnoir s'ouvrant par un orifice de 2 à 3 mm.

La base se festonne en 10 ou 15 franges.

- **Les ovaires** sont des glandes blanchâtres en forme d'amande dont la taille dépend de l'âge et de l'activité ovarienne. Ils sont situés en para-utérine, un peu en arrière, coiffés par les pavillons des trompes.

La vascularisation de ces organes se fait par l'artère utérine et l'artère ovarienne.

Chez la femme en activité génitale l'ovaire mesure : 2,5 à 5 cm de longueur, 0,6 à 1,5 cm d'épaisseur et 1,5 à 3 cm de largeur.

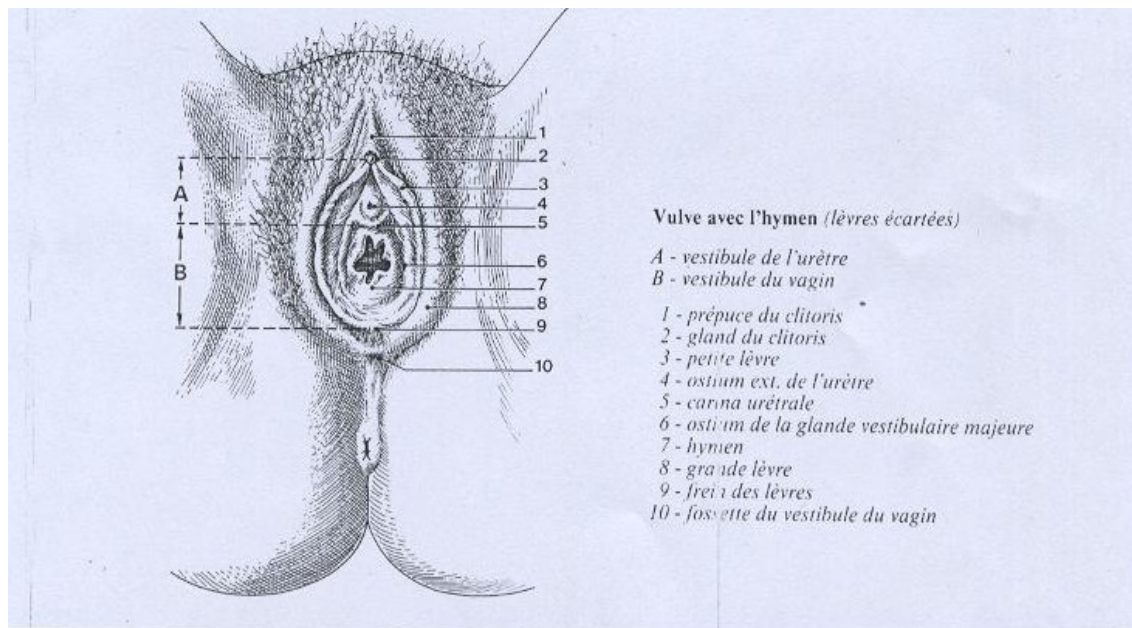


Schéma N°1 : Organes génitaux externes de la femme.(6)

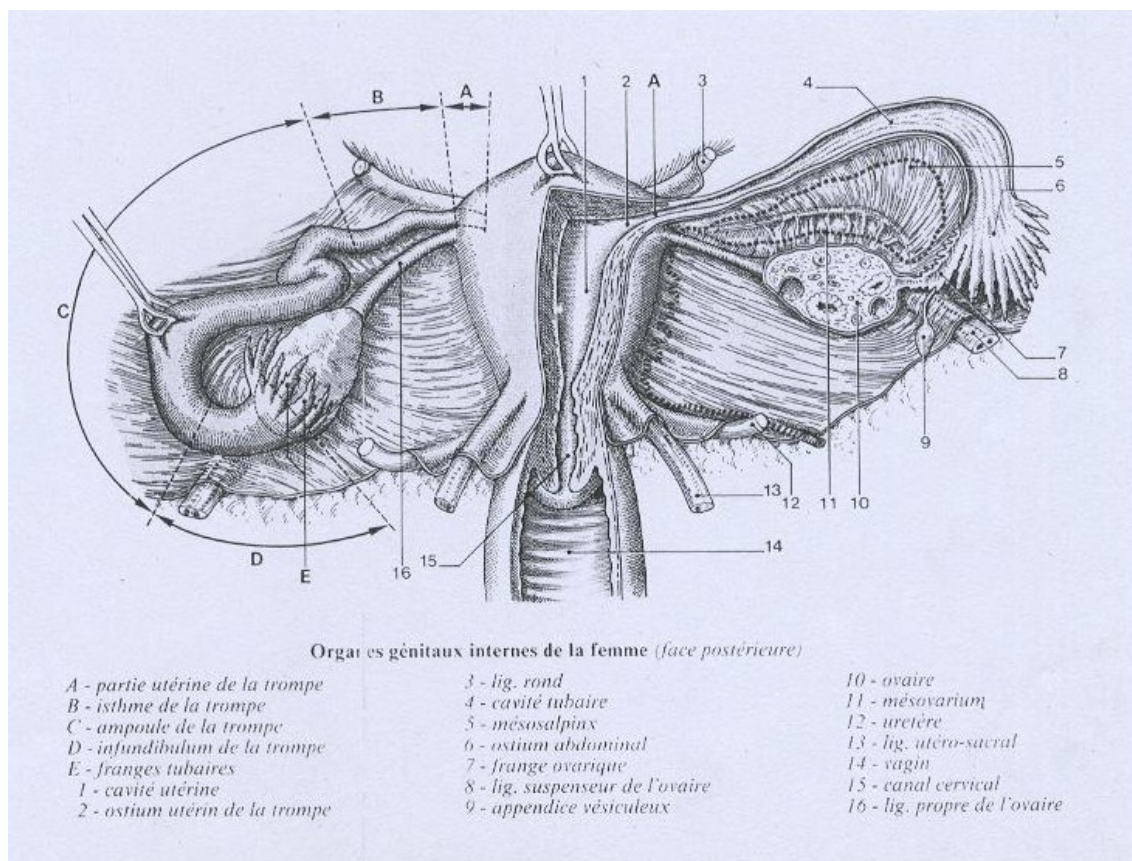


Schéma N°2 : Organes génitaux internes de la femme.(6)

1-3-Les glandes mammaires

Elles sont situées entre le sternum et le creux axillaire, et siègent sur un muscle appelé grand pectoral. Elles sont reliées à lui par du tissu conjonctif et elles s'étendent de la 3^{ème} à la 7^{ème} côte.

Chaque sein fait de 10 à 12 cm de haut et environ 10 cm de large. Un peu en dessous du sein on trouve une saillie cylindrique, le mamelon. Sur le mamelon se trouve l'abouchement des canaux galactophores et des fibres musculaires érectiles. Autour du mamelon, la zone pigmentée s'appelle l'aréole et elle contient des glandes sébacées.

Chaque sein contient 15 à 20 lobes, ce sont des compartiments séparés par du tissu adipeux. Dans chaque lobe on trouve des compartiments plus petits, ce sont les lobules. Dans ces lobules se trouvent les cellules qui produisent le lait, les ascini ou alvéoles. Ces cellules vont amener le lait dans une série de tubules secondaires puis de là aux canaux intra-lobaires puis ensuite près du mamelon, ces canaux s'élargissent pour former des ampoules où le lait peut être entreposé

2-RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA GROSSESSE

2-1-Définitions (7) (8) (9)

La grossesse est un état physiologique normal débutant à la fécondation (fusion de gamète mâle le spermatozoïde avec le gamète femelle l'ovule) et se terminant par l'accouchement.

Une grossesse est dite pathologique quand il existe des maladies ou symptômes gravidiques ou des maladies non gravidiques pouvant être associées à la grossesse.

Les grossesses à risque selon l'OMS sont les gestations qui comportent une menace pour le développement normal du fœtus jusqu'à son terme et pour sa naissance dans un état satisfaisant d'une part, et une menace pour le bien être physique, mental, et social de la mère d'autre part.

2-2-Diagnostic positif

2-2-1-Signes cliniques (10) (11) (12) (13)

2-2-1-1-L'aménorrhée, le retard des règles est le signe le plus évident, et le plus précoce qui amène la femme à évoquer ce diagnostic. La valeur de ce signe est fondamentale si l'arrêt des règles est complet et indolore, chez une femme en période d'activité génitale, jusque là, régulièrement réglée.

L'aménorrhée est parfois plus difficile :

- à interpréter, notamment dans un contexte de règle irrégulier,
- à reconnaître en cas de grossesse pathologique entraînant des saignements.

2-2-1-2- L'augmentation de volume de l'utérus

Ce signe nécessite une grossesse de 1 mois pour être patent. Le volume de l'utérus est proportionnel à la durée de l'aménorrhée. Cette augmentation est sensible à la 5 à 6^{ème} semaine d'aménorrhée, elle devient évidente à partir du 2^{ème} mois de grossesse. Le fond utérin atteint l'ombilic vers 4 mois et demi de grossesse (22 semaines d'aménorrhée). L'accroissement à deux examens successifs est argument de valeur lorsqu'il y a doute.

Un utérus trop petit fait penser à une aménorrhée non gravidique, à une erreur dans la date des dernières règles, à grossesse interrompue ou extra-utérine.

Un utérus trop gros fait penser à une erreur dans la date des dernières règles, à un fibrome, éventuellement associée à une grossesse molaire, à une grossesse multiple.

L'utérus gravide prend une forme globuleuse, arrondie : les bords latéraux devenant perceptibles au toucher vaginal dans les culs de sac, c'est le signe de Noble.

La consistance de l'utérus devient ramollie dans son ensemble : « consistance de Figue mûre » .

2-2-1-3- Les modifications générales de l'organisme

Elles sont dominées par les signes sympathiques :

- Troubles digestifs :
 - La nausée et vomissement, ils sont pour le public presque synonyme d'être enceinte, et surviennent chez une femme sur deux se déclenchent principalement le matin au réveil par certaines odeurs pas nécessairement désagréables d'ailleurs,

qu'il s'agisse des fromages, des épices, des cosmétiques, des parfums mis fréquemment en cause alors qu'elles sont bien supportées en dehors de la grossesse.

- Une hypersialorrhée, surtout chez les femmes de race noire,
- Parfois une constipation.
- Des troubles nerveux : hyperémotivité, irritabilité, somnolence et vertige.
- Augmentation de volume des seins avec présence de tubercules de Montgomery.

2-2-2-Les signes paracliniques (13) (14) (15)

- Dosage des β HCG (hormone chorionique gonadotrope) dans le sang ou dans les urines, c'est un examen rapide, simple et peu coûteux :
 - le dosage urinaire reste valable comme diagnostic de grossesse et non comme moyen d'exploration ;
 - le dosage sanguin immunologique utilisant des anticorps monoclonaux, permet un dosage spécifique et sensible de la molécule totale d'HCG. Ce dosage plasmatique est plus sensible que les autres méthodes, et permet de détecter la grossesse dès l'apparition d'HCG (9ème jour post ovulatoire).
- L'échographie affirme le diagnostic et apprécie la viabilité, le siège du fœtus, elle précise l'âge de la grossesse, et permet la mesure de la longueur crânio-caudale et du diamètre bipariétale.

2-3-Diagnostics différentiels

Devant une aménorrhée, on peut citer les étiologies suivantes :

- causes d'ordre général,
- psychique (grossesse nerveuse),
- physiologique ou climatique (proximité de la ménopause ou de la puberté)
- endocrinienne : obésité,
- pathologique : endocrinopathie.

Devant l'augmentation du volume abdominal, le toucher vaginal élimine les tumeurs pelviennes :

- kyste de l'ovaire : séparé de l'utérus par un sillon arrondi, rénitent, il a tendance à refouler le corps utérin du côté opposé,
- le fibrome utérin,
- les associations de tumeurs avec la grossesse.

2-4-Durée de la grossesse et date probable de l'accouchement (16)

La datation du début de la grossesse est très importante : elle permet le calcul de l'âge gestationnel.

L'âge gestationnel s'exprime en semaines d'aménorrhée révolues (SA), à partir du premier jour des dernières règles normales.

Plusieurs méthodes sont appliquées pour calculer l'âge gestationnel et évaluer la DPA (Date Présumée de l'Accouchement) :

- *à partir de l'ovulation*, la durée moyenne de la grossesse est de 270 jours, ou 38 SA et 5 jours ou 9 mois solaires plus 10 jours, soit encore 10 mois lunaires,
- *à partir du premier jour des dernières règles*, le terme sera fixé : 40 SA et 4 jours après, soit 284 jours d'aménorrhée à l'aide d'un gestogramme qui indique la DDR (Date des dernières règles), DPA et les semaines d'aménorrhées,
 - selon le mode de calcul de Naegele, on ajoute 10 jours à la date du premier jour des règles puis on retranche 3 mois. Exemple : DR le 1^{er} janvier 2004 + 10 soit le 10 janvier 2004 (début de grossesse), 3 mois, donc le 10 octobre 2004(accouchement prévu). Cette manière de faire permet de tenir compte de la variation des mois de 28, 30 ou 31 jours.
- *Dans le cas contraire*, la détermination de l'âge gestationnel doit être faite par l'échographie dont c'est un des intérêts majeurs dans les trois premiers mois :
 - avant 6 SA : l'échographie est peu pertinente,
 - à 6 SA révolues : la mesure du sac embryonnaire (il passe de 10 à 20 mm de 5 à 6 SA) est peu précise,
 - de 6 à 12 SA révolues (précision + ou - 3),
 - après 12 SA révolues (précision +ou- 5 jours) : la confrontation entre la mesure du diamètre bipariétale et la longueur du fémur détermine l'âge gestationnel,

- au-delà de 22 SA (précision $\pm$ 7 jours) : il existe des paramètres encore très fiables parce qu'ils ne sont pas modifiés lors des circonstances pathologiques.

2-5- Facteurs de risques (17) (18)

2-5-1-Facteurs de risques mineurs :

- Age :
 - inférieur à 18 ans,
 - supérieur à 35 ans.
- Parité :
 - primipare,
 - grande multipare.
- Poids :
 - inférieur à 45 kg,
 - supérieur à 80 kg.

Gain de poids au cours de la grossesse non compris entre 8 et 12 kg.

- Contexte socio-économique ou conditions de vie difficiles.
- Hémorragie du premier trimestre.
- Taille inférieure à 150 cm (à moduler selon le contexte ethnique).

2-5-2-Facteurs de risques intermédiaires :

- Taille inférieure à 150 cm (à moduler selon le contexte ethnique).
- Boiterie, séquelles de poliomyélite.
- Antécédents obstétricaux :
 - enfants mort-nés, accouchements prématurés,
 - hémorragie de la délivrance,
 - symphyséotomie, ventouse, forceps,
 - infections urinaires,
 - pré-eclampsie modérée.

2-5-3-Facteurs de risques majeurs :

- Taille inférieure à 140 cm, ou anomalie évidente du bassin comme un diamètre promontoire-rétropubien inférieur ou égal à 9 cm, ou asymétrie notable.
- Antécédents de césarienne : se renseigner si possible sur l'indication antérieure et sur sa technique. Attention : césarienne corporéale encore pratiquée. Cet antécédent implique une nouvelle césarienne, voire la ligature consentie des trompes, étant donné le risque de rupture utérine. Dans le doute sur l'indication ou la technique de la précédente, il faut envisager de nouveau la césarienne.
- Antécédent de chirurgie utérine (myomectomie, plastie, ..).
- Pré-éclampsie majeure.
- Diabète, tuberculose, asthme, insuffisance cardiaque, anémie sévère.
- Grossesse gémellaire.
- Présentation de siège.
- Présentations dystociques : face, front, transversale.
- Hydramnios.
- Hémorragie du troisième trimestre.

2-6-Hygiène de la grossesse

Un certain nombre de règles d'hygiène doivent être respectées au cours de la grossesse :

- hygiène mentale,
- hygiènes digestives, corporelle, vestimentaire, sexuelle,
- loisirs, soins et travail modéré.

Ce sont des mesures prophylactiques destinées à protéger la femme enceinte et le fœtus in utero.

2-6-1-Hygiène alimentaire (19) (20) (21)

L'alimentation de la femme enceinte doit être bien équilibrée pour que le développement du fœtus puisse se dérouler normalement.

Les besoins énergétiques de bases sont estimés à 100 à 200 calories par jour supplémentaires au 2^{ème} trimestre, et, de 250 à 300 calories par jour supplémentaires au 3^{ème} trimestre.

Les besoins en protéines sont très augmentés de l'ordre de 20% de la ration avec 3,3g par jour supplémentaire, soit 60g/jour en début et 85g par jour à la fin de la grossesse.

Toutes les vitamines ont leurs rôles dans le développement des tissus du fœtus. Le fer doit être fourni également en quantité suffisante, car il entre dans la formation des globules rouges du fœtus, il aidera aussi à la mère à retrouver son stock vidé par l'enfant et éviter les anémies de la mère en fin de grossesse.

Les besoins en lipides sont peu modifiés par la grossesse, ils favorisent la croissance fœtale et la construction du système nerveux du fœtus.

Les besoins en glucides sont de l'ordre de 6g/kg/jour.

Le calcium et le phosphore sont nécessaires à la construction de squelette du fœtus.

Le tabac et l'alcool exercent une action toxique sur les organes maternels et fœtaux, responsables aussi de la diminution en taille et en poids du nouveau-né.

2-6-2-Hygiène mentale

Les accoucheurs conseillent aux femmes enceintes d'éviter les soucis, les émotions. Il faut une préparation psychologique des femmes enceintes à l'accouchement.

2-6-3-Hygiène corporelle

La propreté de la peau est la prophylaxie de bien des maladies infectieuses. Au cours de la grossesse, les douches sont recommandées et préférables au bain pratiqué quotidiennement.

La femme enceinte lavera ses organes génitaux externes à l'eau tiède et au savon 2 fois par jour.

2-6-4-Les rapports sexuels (22)

Les rapports sexuels sont tolérés à fréquence modérée. Dans les 2 ou 3 premiers mois de la grossesse, ils ne sont pas recommandés surtout s'il y a tendance aux fausses couches.

Ils sont également à éviter dans les 2 derniers mois, car ils peuvent provoquer l'apport des microbes pathogènes dans les voies génitales de la femme.

2-6-5-Les voyages, le travail, le sommeil et les sports

La femme enceinte doit dormir au moins 8 heures/jour, l'interdiction des voyages n'est formelle que si la grossesse n'évolue pas normalement ou quand le lieu de séjour choisi est dépourvu des ressources obstétricales.

Il faut éviter les fatigues excessives : travaux pénibles, tous les sports fatigants.

3 -LA CONSULTATION PRENATALE

3-1- Définition (23)

La CPN constitue un ensemble d'activité essentielle au suivi de la grossesse et qui permet entre autre de :

- dépister et traiter toute maladie que la mère peut avoir,
- aider la mère à rester en bonne santé en lui prodiguant des conseils et,
- déceler ou de prévenir les pathologies pouvant influencer sur le pronostic de l'accouchement.

3-2- Les objectifs (24)

Les principaux objectifs de la CPN sont :

- diminution de la mortalité et morbidité maternelle et infantile,
- surveillance et dépistage d'anomalies, sélection de grossesse à risque,
- prévention des complications, des anémies, du paludisme s'il est endémique et du tétanos néo-natal,
- éducation sanitaire et nutritionnelle, préparation à l'accouchement.

3-3-Paramètres cliniques

- Pour la femme enceinte : le poids, la taille, les urines, l'état général, la tension artérielle, la hauteur utérine (HU).
- Pour le fœtus : les bruits du cœur fœtal à partir du 5^{ème} mois, la présentation à partir du 7^{ème} mois, le dépistage de disproportion foeto-pelvienne à partir du début du 8^{ème} mois .

3-4-Rythmes des consultations

Au mieux, 7 consultations obligatoires.

Au pire, 3 consultations :

- la première au début de la grossesse,
- la deuxième au 6^{ème} mois,
- la dernière avant le terme.

Il faut s'assurer que la grossesse évolue de façon naturelle, ce qui est, et restera la règle dans la majorité des cas.

Aussi, rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux, susceptibles de transformer un état physiologique ou un état pathologique comportant des risques pour la mère et pour l'enfant.

3-4-1-Première consultation de surveillance prénatale (25)

Elle doit avoir lieu avant 14 semaines d'aménorrhée.

Les objectifs de cette consultation sont de :

- confirmer l'état de grossesse, son début et le terme probable,
- évaluer les facteurs de risques et connaître la patiente : environnement social, familial et professionnel.

Cette surveillance est essentielle pour apprécier le caractère normal ou pathologique de la grossesse, elle permettra de déceler les douleurs ou métrorragies qui sont des signes de grossesse ectopique, de menace d'avortement spontané, ou de grossesse molaire.

L'interrogatoire va rechercher :

- les antécédents familiaux :
 - contextes social et individuel (mariage, activité, condition de vie) qui jouent un rôle important dans la genèse de l'accouchement prématuré,

- âge inférieur à 16 ans ou supérieur à 35 ans,
- poids maigre et obésité,
- taille inférieure à 1,50 m,
- drogue, tabac illicite.
- Les antécédents obstétricaux :
 - nombre de grossesses antérieures,
 - accident obstétrical,
 - avortement ou fausse couche,
 - enfants vivants et morts,
 - césarienne antérieure.
- Les antécédents médicaux :
 - problème cardiaque : dyspnée d'effort,
 - insuffisance respiratoire,
 - hypertension artérielle, voire diabète ou syndrome vasculo-renal,
 - épilepsie, lupus, anémie,
 - transfusion, ictère récent, accès fébrile,
 - pathologies des voies urinaires,
 - traumatisme du bassin et de la colonne vertébrale.

L'examen clinique est essentiel, notamment les impressions cliniques sorte de coup d'œil du professionnel, évaluation de la taille, corpulence, poids antérieur à la grossesse, attitude physique sans oublier la prise de la tension artérielle.

L'auscultation cardio-pulmonaire est systématique lors de la 1^{ère} consultation. L'examen obstétrical : la palpation est peu informative avant 8 SA, l'examen au spéculum est indispensable, le toucher vaginal permet d'affirmer la taille et la forme de l'utérus et de palper les culs de sacs latéraux, à la recherche d'une pathologie annexielle, mais aussi l'état du vagin.

Le bilan minimal demandé dès le début de la grossesse est le suivant :

- Examens des urines : recherche de sucre et d'albumine dans les urines :
 - albuminurie : la présence d'albumine dans les urines peut orienter vers un problème rénal, complication possible en cours de grossesse,
 - glycosurie : la présence de sucre dans les urines peut traduire l'existence d'un diabète qui peut se révéler au cours d'une grossesse et qui impose alors une prise en charge médicale spécifique.
- Examens du sang :

- groupe sanguin (ABO, rhésus et phénotype érythrocytaire),
- RAI (Anticorps irrégulier anti-érythrocytaire) chez les femmes rhésus négatif,
- Numération formule sanguine (au plus tard au sixième mois).
- Dépistage obligatoire des infections suivantes :
 - syphilis : sérologie de la syphilis,
 - hépatite B (1^{er} dosage obligatoire au 6^{ème} mois, au mieux au premier trimestre) : antigénémie HBs.
- Contrôle de l'immunisation contre les infections suivantes (sauf en cas d'immunisation antérieure contrôlée) :
 - rubéole : sérologie de la rubéole,
 - toxoplasmose : sérologie de la toxoplasmose.
- Dépistage facultatif des infections suivantes Sérologies de :
 - l'hépatite C,
 - VIH ,
 - CMV(Cytomégalovirus).
- En cas d'anémie importante dépistée cliniquement :
 - déparasiter : mebendazole 2cp en une prise,
 - prescription de *fer sulfate* (cp 200mg) : 1 à 2 cp fois 3 par jour, pratiquement pour toute la durée de la grossesse et d'*acide folique* (cp 5 mg) : 1 fois 3 cp par jour pendant au moins 2 mois,
 - de toute façon, en zone rurale de pays en voie de développement, la grossesse accentue une anémie par carence endémique et il est recommandé de prescrire systématiquement : fer sulfate + acide folique (cp 200 mg +0,25mg) : 2 à 3 cp par jour à toutes les femmes enceintes.
- Dès la première consultation, procéder à une première injection d'anatoxine tétanique.
- Conseils hygiéno-diététique si possible diminution des travaux pénibles, supplémentation nutritionnelle en protéines.

3-4-2-Autres consultations (sauf 8^{ème} et 9^{ème} mois) (25)

Ces consultations ont pour objectifs de :

- vérifier la bonne évolutivité de la grossesse sur le plan clinique, biologique et échographique,
- confirmer que « tout se passe bien » en formulant les conseils adaptés,

- prendre des nécessaires si une anomalie est révélée par la patiente ou lors de la consultation.

- **L'interrogatoire**

Il est rare de devoir s'enquérir d'événements pathologiques survenus depuis la précédente consultation, ceux-ci ont généralement fait l'objet d'appel ou de consultation supplémentaire : fièvre, éruption, écoulement abondant, prurit, signes urinaires, saignements.

Les mouvements fœtaux sont perçus à partir de la 20^{ème} semaine.

Une activité utérine spontanée devient plus perceptible à partir du 6^{ème} mois et s'intensifie jusqu'au terme (allant de 1 à 4 contractions au maximum par heure) c'est la contraction de BRAXTON HICKS ; un surmenage physique, l'anxiété, majorent cette perception.

- **L'examen clinique**

Recherche d'une glycosurie et d'une albuminurie :

Il s'agit d'une recherche de glucose, de protéines et de trace d'infection dans les urines. Elle nécessite simplement le recueil des urines pendant la consultation, dans lesquelles est trempée une bandelette réactive.

- **L'examen général**

- Pesée : si possible, toujours sur la même balance, elle est estimée normale, une prise de 1 kg par mois pendant les deux premiers trimestres, et 4 à 500 g par semaine pendant la 3^{ème} trimestre. La prise de poids qui doit être harmonieuse, ne doit pas excéder 12 kg en moyenne à terme. Toute prise de poids rapide est considérée comme un signe d'alerte en particulier vasculo-renal.

- Mesure de la pression artérielle (PA) : à chaque consultation prénatale. Avant l'examen obstétrical, après une phase de repos en position assise, bras nus, avec un brassard adapté (brassard pour obèse si la circonférence du bras est supérieure à 30 cm). La diastolique est définie comme le 4^{ème} bruit de Korotkoff (le 5^{ème} bruit est souvent très bas). Une systolique est 140 mm Hg et/ou une diastolique égale à 90 mm Hg , à 2 reprises, à 6 heures d'intervalle, est/ sont pathologique(s). Une élévation anormale de la PA fera rechercher systématiquement des signes fonctionnels d'hypertension.

- Inspection générale : elle comprend, en particulier, le rapport Taille/poids, l'examen de la peau (lésions et/ou cicatrices), des conjonctives, des dents et des gencives, la recherche d'une pathologie veineuse, la mise en évidence d'une myopie, d'une boiterie à la marche.

- Auscultation cardio-pulmonaire.

- Examen des seins au moins une fois en début de grossesse, à la recherche d'une anomalie du mamelon (bout de sein ombiliqué par exemple), d'une tumeur avec ou sans adénopathie axillaire et d'un écoulement mammaire ; la surveillance des seins pendant la grossesse fait partie des mesures générales de prévention et s'inscrit, en outre, dans le cadre de la préparation et de la prophylaxie de l'allaitement maternel.

- **L'examen obstétrical**

- Inspection de l'abdomen : à la recherche de cicatrices et avec observation, suivant le terme de l'utérus.
- Palpation abdominale : la patiente est installée en décubitus dorsal, membres inférieurs étendues, les mains de l'examineur sont posées à plat sur l'abdomen et dépriment doucement sa paroi de la pulpe des doigts ; l'exploration est méthodique et indolore, commençant par la région sus-pubienne, continuant par le fond utérin et se terminant par les parties latérales de l'utérus.

A partir de la 28^{ème} SA, la palpation devient un élément diagnostique et pronostique fondamental de l'examen obstétrical, avec ses 3 objectifs dans le temps et suivant le terme :

- étudier la consistance, la souplesse ou la tension (relâchement/contraction) et la sensibilité de l'utérus à la mobilisation,
- situer le ou les fœtus dans l'utérus (présentation, rapport de celle-ci avec le bassin maternel, position du fœtus, côté du dos et volume),
- apprécier le volume du liquide amniotique.

Par ailleurs, la palpation donne le plus souvent lieu à des mouvements actifs (perçus en moyenne à partir du 4^{ème} mois) ; excellent indice de réactivité du fœtus.

- Mesure de la hauteur utérine (HU) : En décubitus dorsal, vessie préalablement vidée, avec un mètre ruban déroulé à partir du bord supérieur de la symphyse pubienne, selon l'axe de l'utérus, jusqu'au fond utérin ; le chiffre correspondant à la hauteur est indiqué par le bord cubital de la main qui tient le mètre ruban (Giraud, 1982). Il faut insister sur l'intérêt de la mesure par un même examineur au cours de la grossesse. Entre 4 et 7 mois, on multiplie par 4 le nombre de mois pour obtenir la hauteur utérine moyenne correspondante (Vokaer, 1983). La règle est valable jusqu'à terme si l'on retranche 2 cm les 2 derniers mois (Lansac, 1990).

La hauteur utérine doit augmenter entre 2 examens successifs à 1 mois d'intervalle. Ses anomalies (excès ou augmentation trop rapide, insuffisance) doivent conduire à un certain nombre de diagnostics différentiels d'une pathologie ovulaire, fœtale et/ou maternelle. Il

pourra également s'agir d'une grossesse plus avancée ou plus jeune, voire d'un arrêt de la grossesse.

- Auscultation du bruit de cœur fœtal (BdCF) :

- à partir de 12 à 15 SA, la mise en évidence des souffles placentaires et/ou bruits du cœur requiert l'emploi d'un détecteur à ultrasons utilisant l'effet Doppler, placé au niveau de la région hypogastrique,
- à partir de 20 à 22 SA, l'auscultation à l'aide d'un stéthoscope obstétrical uni-auriculaire(stéthoscope de Pinard) est recommandée. La localisation des bruits du cœur varie avec le terme, la position, la présentation et le côté du dos du ou des fœtus (l'épaule antérieure est un bon repère).

L'auscultation fœtale doit, en outre, associer le comptage de la fréquence des bruits du cœur (à dissocier du pouls maternel). Le rythme de base se situe entre 110 et 160 battements/ minute. Des accélérations peuvent être contemporaines des mouvements actifs du fœtus.

Toute anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) : bradycardie, tachycardie, décélérations, arythmie, nécessite un bilan étiologique selon le terme et le contexte clinique comprenant, entre autre, une échographie Doppler et un monitoring .cardiotocographique.

- Toucher vaginal :

L'utilisation d'un doigtier stérile à usage unique, lubrifié ou non, est de rigueur. La femme est installée en position gynécologique sur un plan dur, vessie et (si possible) rectum vide ; la main abdominale permet de combiner le palper au toucher.

Le toucher vaginal a pour objectif au deuxième trimestre de rechercher plus spécifiquement des modifications cervicales. Le col est défini par sa position, sa longueur, sa consistance et son degré de fermeture et d'ouverture ; il est important de rappeler qu'il ne faut, en aucun cas, forcer l'ouverture du col, le cathétériser et dépasser son orifice interne avant terme ; cela afin d'éviter le risque infectieux et le traumatisme qui peut être responsable d'une rupture des membranes ou d'une hémorragie (attention aux languettes placentaires).Le segment inférieur se forme au troisième trimestre entre le corps et le col utérin ; d'abord épais, il s'amplifie et s'amincit en se moulant sur le pôle fœtal, généralement en fin de grossesse chez la primipare et en début de travail chez la multipare. La bonne ampliation est un élément favorable du pronostic de l'accouchement.

Le diagnostic de présentation, posé lors de la palpation abdominale, est confirmé par le toucher vaginal. Celui-ci précise la hauteur de la présentation (situation de son point le

plus bas par rapport au plan des épines sciatiques : présentation haute et mobile, appliquée, fixée, engagée ou basse).

L'examen clinique du bassin est essentiel et doit être systématique à la consultation du 8^{ème} mois. Il vise à dépister les anomalies de forme et de dimensions, ainsi qu'à rechercher des malformations et des lésions traumatiques (cals de fractures), il relève du spécialiste.

3-4-3-Dernière consultation avant le terme (26) (27) (28)

3-4-3-1-Etude de la présentation foetale

- La hauteur utérine (entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et le fond utérin, en dehors de toute contraction) est de 32 à 45 cm à proximité du terme.

Tableau N°1 : Poids fœtal en fonction de la hauteur utérine. (27)

Poids fœtal (g)	Hauteur utérine (cm)	Position et présentation
2100	27	Haute et mobile
2500	29	Haute et mobile
2800	30	Haute et mobile
3000	31	Haute et mobile
3150	32	Haute et mobile
3300	33	Engagée zéro
3450	35	Engagée ou plus

- Pôle céphalique :dur, régulier, donnant entre les mains une sensation de ballotement. Ce pôle est séparé du reste du corps par le sillon du cou, au-delà duquel on palpe la saillie du moignon de l'épaule.
- Pôle pelvien : plus volumineux, mou, moins régulier que le pôle céphalique et sans la présence du sillon du cou.

On définit la présentation : céphalique lorsque la tête est en bas, de siège lorsque la tête est trouvée dans le fond utérin, d'épaule lorsque les deux pôles sont trouvés chacun dans les flancs. A proximité du terme, ces deux dernières présentations nécessitent des dispositions obstétricales particulières.

- Recherche du dos : appuyer sur le fond utérin vers le bas, pour ployer le rachis du fœtus et explorer les faces latérales de l'utérus. Le dos est palpé comme un plan dur, les membres

sont perçus comme des petites saillies irrégulières. Le dos est défini par rapport à droite ou gauche de la mère, et en cas de présentation céphalique, indique le côté de l'occiput fœtal.

Se méfier des présentations hautes (possibilité de présentation transverse, d'obstacle praevia, de bassin rétréci,...).

3-4-3-2-Auscultation des bruits du cœur fœtal

Dans la région ombilicale, du côté du dos du fœtus, au niveau de l'épaule : ils doivent être réguliers, rapides (entre 120 et 160 par minute) non synchrones du pouls maternel.

3-4-3-3-Le toucher vaginal

Souhaitable à cette période :

- col : souvent postérieur, atteint à bout de doigt, normalement fermé chez la primipare, perméable à l'orifice externe en général chez la multipare.
- Segment inférieur : partie de l'utérus qui se développe pendant la grossesse entre le corps et le col, évasée et mince permettant de palper la présentation.
- La présentation : de nature céphalique (dure et régulière) ou siège (molle et irrégulière) ; en cas d'épaule (pas de présentation accessible au doigt avant le déclenchement du travail).
- Situation de la présentation par rapport au détroit supérieur : présentation haute et mobile chez la multipare avant le travail, fixée, c'est-à-dire qu'on ne peut la refouler chez la primipare, voire engagée à partir du 8^{ème} mois.
- Etude du bassin osseux.
- Examen du périnée à la recherche d'une cicatrice, d'un rétrécissement, d'une infibulation.

3-5-Conseils à donner à la parturiente

Tout excès est déconseillé. La grossesse n'est pas un long chemin, semé d'interdits et de permis alignés sur des listes ou la recherche de l'exhaustivité confine au ridicule et aggrave la culpabilité de patientes trop scrupuleuses ou négligentes.

- La suppression de l'alcool et surtout du tabac sont impératives.
- Nutrition, supplémentation.

- Activités physiques : il est souhaitable de garder une activité physique et les sportives ne cesseront pas brutalement toute activité. Il est important de se sentir bien dans son corps, les sports dangereux ou mécaniques ainsi que la compétition seront abolis. Les voyages et grands déplacements seront évités lors du dernier trimestre, il faut utiliser au mieux le repos prénatal notamment par des siestes l'après-midi, les rapports sexuels sans excès ne comportent aucun danger.
- Toute médication qui n'est pas formellement justifiée est à prohiber, notamment au premier trimestre de la grossesse. Pas d'automédication.
- Autres conseils : le lieu et l'équipe obstétricale responsable de l'accouchement seront précisés dès cette période pour répondre aux urgences liées aux événements pathologiques survenant en dehors des consultations prénatales, le conseil téléphonique est un élément à ne pas négliger : cela rassure, enfin, une préparation à l'accouchement avec l'équipe obstétricale est conseillée.

DEUXIEME PARTIE :

ETUDE PROPREMENT DITE

1-OBJECTIFS

Les objectifs de notre étude sont de :

- apprécier le degré de sensibilisation faite par le personnel de santé pour les femmes enceintes et en âge de procréer au CSB II Cité des assureurs Itaosy,
- inciter les femmes enceintes à fréquenter le centre,
- mettre en évidence la nécessité et l'importance de la prise en charge correcte de la grossesse,
- apporter quelques suggestions concernant la CPN.

2-CADRE DE L'ETUDE

2-1-Historique

Le CSB II Cité des assureurs Itaosy est un bâtiment clôturé avec la cour goudronnée, fondé en 1964,. A cette époque, il est nommé zone de démonstration en santé publique et le Professeur RAMANANIRINA en fût le premier médecin chef.

Depuis 1996, il est appelé CSB niveau II, bon nombre de médecins, sages femmes, infirmiers s'y sont succédés. Il est sous la direction du service de santé de district (SSD) d'Antananarivo Atsimondrano qui est lui-même coiffé par le Direction Inter-régional de développement Sanitaire (DIRDS) d'Antananarivo.

Le centre est constitué de 10 pièces et d'une grande salle qui sont réparties comme suit : - une grande salle pour le CCC,

- deux salles de consultation,
- une salle pour la santé scolaire,
- une salle pour la PF (planning familial),
- une salle pour la CPN,
- une salle pour la pesée et la surveillance nutritionnelle,
- une salle pour la vaccination,
- une salle de dispensation des médicaments,
- une salle de stockage des médicaments,
- deux WC.

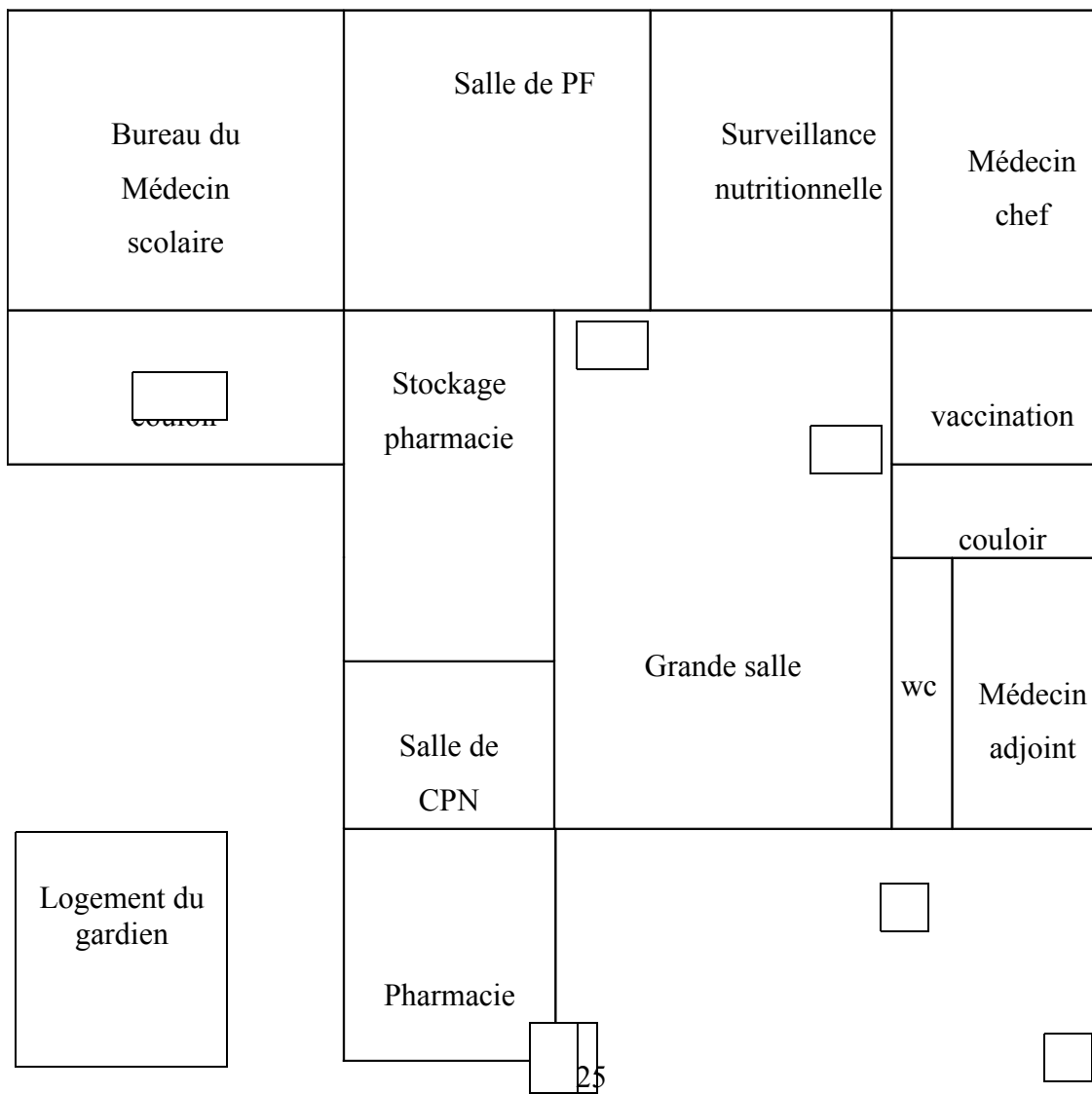


Figure N°1 : Plan du bâtiment du CSB II Cité des assureurs Itaosy

2-2-Situation géographique

Le centre est implanté dans la cité des Assureurs, inclus dans le Fokontany Ankany Sambatra, lui-même faisant partie de la commune rurale d'Andranonahoatra.

Il est situé à 7 Km à l'ouest de la capitale, et est relié au centre ville par des routes goudronnées.

Il est compris entre la boucle de l'Ikopa et le Sisaony avec une superficie de 40 Km² environ.

La population du secteur médical desservi par le centre est estimé à 18272 habitants pour l'année 2003 répartis dans 6 Fokontany de la commune rurale d'Andranonahoatra.

Tableau N°2 : Répartition de la population du secteur médical du CSB II Cité des assureurs Itaosy par Fokontany en 2003.

Nom des Fokontany	Population totale	Grossesse attendue
Akany sambatra	1162	52
Soamiampita	301	14
Akany firaisana	3415	154
Andranonahoatra	4746	218
Ambaniala	3952	178
Ambanilalana	4696	217
TOTAL	18272	822

Source : CSB II Cité des assureurs Itaosy.

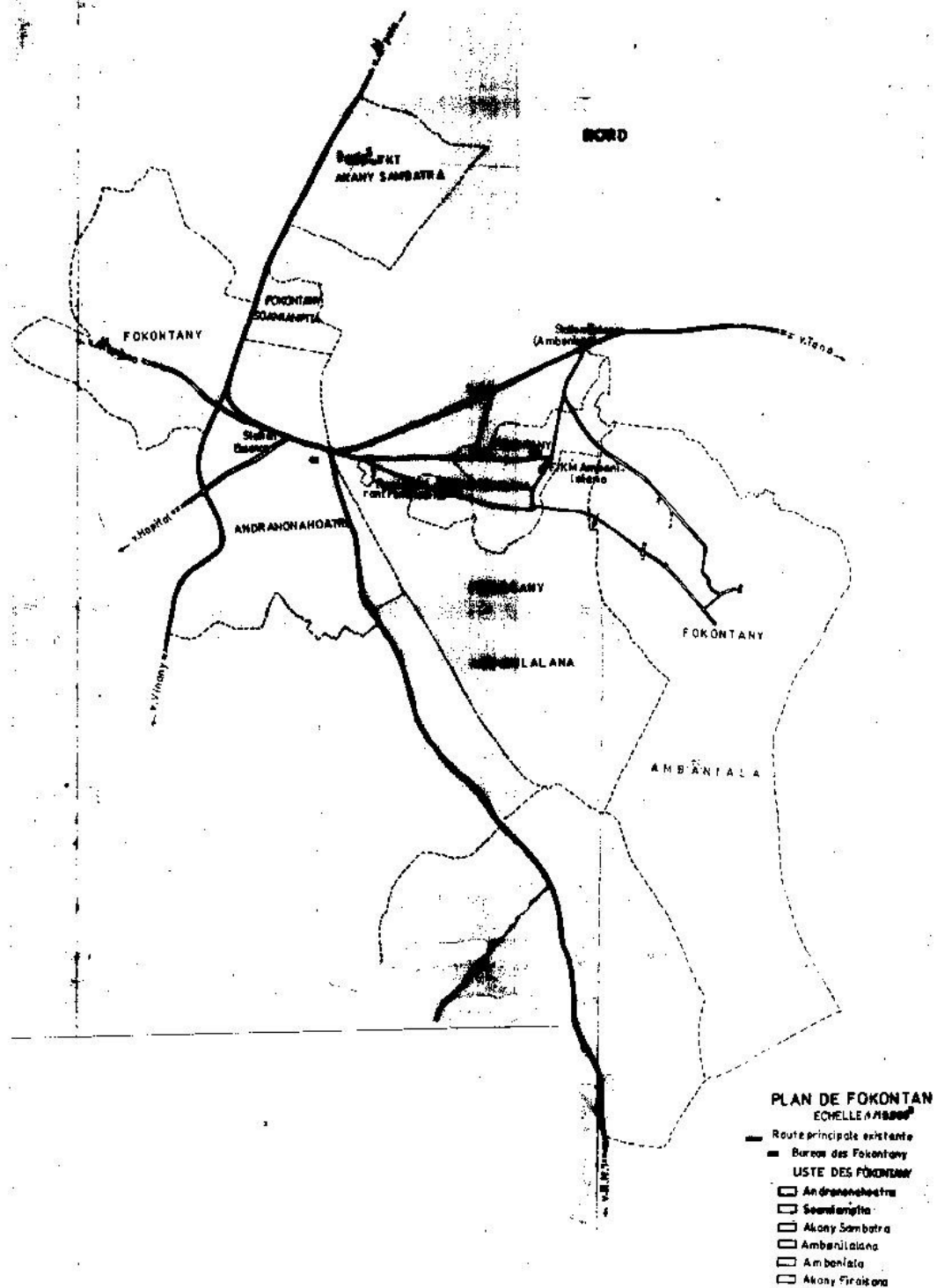


Schéma N°3 : Carte géographique du secteur Médical du CSB II Cité des assureurs Itaosy.

Source : CSB II Cité des assureurs Itaosy.

Tableau N°3 : Liste du personnel au CSBII Cité des assureurs Itaosy.

N°	Nom et prénom	Titre	Rôle et attribution
1	SAPHAR Eléonore	médecin	Médecin chef Consultation externe Coordinateur du service Responsable administratif.
2	RAKOTOARIVONONA Jean Fernand	médecin	Consultation externe Médicale, Expertise médico- légale IEC.
3	RABETOKOTANY Bodo Saholy	médecin	Inspecteur sanitaire Scolaire, visite médicale (préscolaire et classe d'examen)
4	CHEUK Bao Jocelyne	Sage femme	Vaccination
5	ANDRIATOMANGA Lalaina	infirmière	CPN et CPPN
6	RAZAFIMIARANA Lucie	infirmière	PF et IEC
7	RATRIMOSON Voahangiarisoa	Employée de service	Surveillance nutritionnelle du nourrisson
8	RAHARISOA Lucie	Employée de service	Surveillance nutritionnelle du nourrisson
9	RASOAZANANORO Odette	Assistante de service	PF
10	RALINIRANA Velo Norosoa	Employée d'administration	Enregistrement des fiches au service d'ISS
11	RAZAFINDRAVELO Marie F	Dispensatrice	
12	RAMANANTSOA Faly	Gardien	

2-3-Organisation du service

Le personnel du CSB II Cité des assureurs Itaosy est au nombre de 12.

2-3-1-La consultation médicale

Le centre reçoit en consultation externe la population environnante. En général, ce sont les pathologies courantes comme le paludisme, la toux, la diarrhée... qui y sont fréquentes.

Deux médecins diplômés d'Etat assurent la consultation du lundi au vendredi.

2-3-2-La surveillance de la mère

Plusieurs activités sont offertes par le centre pour la surveillance de la mère.

- La consultation prénatale :

Chaque femme enceinte a droit de bénéficier des consultations prénatales

- Le planning familial (PF) contribue à la santé de la mère et de l'enfant, favorise le bonheur familial. **(29)**

Le centre offre tous les jours ouvrables le matin de 8 heures à 12 heures le service de PF, et le taux d'utilisation s'accroît chaque année.

Elle permet au couple :

- d'avoir les enfants au moment où ils décident,
- d'avoir juste le nombre d'enfants qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins,
- d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

2-3-3-Surveillance de l'enfant

Elle a pour but d'assurer à l'enfant une croissance et un état de bien être physique, mental et social et pour objectif de réduire de 25% la mortalité infantile(-5 ans) et comprend :

- La vaccination **(30) (31)**

Chaque fois qu'il est possible, on essaie de faire plus d'une naissance à la fois. En général, les enfants à bas âge doivent être amenés 3 ou 4 fois à des séances de vaccination

pour recevoir leurs soins complets de vaccination. Outre, on donne aux femmes enceintes et en âge de procréer l'anatoxine tétanique (ATT) pour protéger leurs enfants à naître. Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande 5 doses pour couvrir la mère : les 2 premières doses ATT 1 et ATT 2 puis rappel au moins 6 mois après ATT 3, ATT 4 au moins un an après, ATT 5 au moins un an après.

Au centre, tous les vaccins sont disponibles : BCG, DTCP, Hépatite B, ATR, VAT (ATT et TF).

L'emploi du temps de vaccinations se répartit comme suit :

- tous les jours : DTCP et Hépatite B, et VAT,
- jeudi : BCG et ATR.
- La surveillance nutritionnelle et pesée : se font journalièrement et à fréquence mensuelle. En plus de la pesée, la prise de vitamine A au 6^{ème} mois, déparasitage et la chimioprophylaxie anti-palustre.

2-3-4-La visite médicale scolaire

D'après la politique nationale de la santé à Madagascar, concernant la décentralisation et le rapprochement de la population et le service d'inspection sanitaire scolaire, le CSB II fait la visite médicale des établissements scolaires de son secteur médical.

Au centre, les emplois du temps sont repartis comme suit :

- au mois de Juin à Août pour les préscolaires,
- au mois de Septembre à Avril pour les classes d'examen.

2-3-5-L'éducation pour la santé

Elle est un entretien avec les mères portant sur un thème bien défini et programmé en fonction des problèmes du maman, les activités d'éducation pour la santé permet d'enseigner, d'expliquer et de discuter sur les différents thèmes de la santé de la mère et de l'enfant. Au centre elle se déroule dans la grande salle et précède en général toutes les activités. C'est une causerie d'une dizaine de minutes et qui entre dans le domaine de CCC (Communication pour un Changement de Comportement). Une sage femme parfois des élèves infirmières assurent cette séance.

2-3-6-Autres activités

- Surveillance et luttres épidémiologiques : avec les personnels du Fokontany (Vaomiera sosyaly), le médecin chef conseille la population pour l'hygiène,
- Apprendre et avertir aux gens les maladies épidémiologiques (choléra, peste...).
- Constatation de décès et délivre un certificat de décès.

2-4- Déroulement de la Consultation Prénatale (CPN) au centre

2-4-1- Matériels d'équipements dans la salle de CPN :

- une table métallique blanche sans tiroir (référence 80X50),
- deux chaises virtueuses métalliques,
- une armoire métallique, deux fichiers en bois,
- un escabeau métallique à deux marches, une table d'examen gynécologique,
- un lavoir
- un mètre ruban, un tensiomètre
- stéthoscopes médicaux, un stéthoscope de Pinard,
- balance à pèse personne, avec toise
- doigtiers,
- registres, cartes maternelles.

2-4-2-Les activités au cours de la Consultation

La CPN s'effectue du lundi au vendredi dans la matinée. La prise de sang pour la sérologie syphilis se fait tous les 15 jours. Une fois la CCC faite, les consultantes vont attendre pour la surveillance. prénatale.

Au cours de la première CPN, nous avons fait un bref interrogatoire concernant : l'état civil, la gestité, la parité, il a fallut aussi demander aux gestantes la date des dernières règles (DDR) pour connaître la date probable de l'accouchement.

Par cet interrogatoire, on recherche :

- les antécédents médicaux : des tares comme l'hypertension artérielle, diabète,
- les antécédents chirurgicaux : notion d'intervention,
- les antécédents obstétricaux : notion d'accouchement dystocique, de mort

in- utero, ou mort-né, d'avortement ou d'accouchement prématuré, puis, demander le nombre d'enfant vivant et la date du dernier accouchement. Enfin, on demande le nombre de vaccin que la femme a déjà fait.

A partir de la 2^{ème} CPN, les examens cliniques restent identiques en commençant par :

⇒ la pesée et la mensuration,

⇒ la mesure de la tension artérielle : ainsi, chez la femme enceinte, la tension est généralement plus basse de deux points. Il est fondamental de contrôler la tension en début de grossesse. Certaines femmes développeront une hypertension pendant leur grossesse, soit continue au fil des mois, soit menaçante au troisième trimestre (dysgravidie ou prééclampsie). Cette hypertension pourra nécessiter des traitements parfois même de provoquer l'accouchement. L'hypotension est rare et gênante que si elle est mal tolérée.

⇒ les examens cliniques :

- L'inspection : conjonctives, seins, abdomen, varices, oedèmes,
- la palpation abdominale pour la présentation du fœtus,
- la mesure de la hauteur utérine, et l'auscultation des bruits du cœur fœtal,
- la recherche d'albuminurie et de glycosurie à l'aide d'une bandelette réactive.

Enregistrement des renseignements fournis et des résultats sur le carnet ou carte maternelle, registre de CPN.

⇒ La CPN se termine par la vaccination antitétanique qui se fait au service de vaccination.

3-METHODOLOGIE

C'est une méthode rétrospective concernant les consultations prénatales pratiquées au CSB II Cité des assureurs Itaosy en l'an 2003 du mois de Janvier au mois de Décembre sur 702 femmes enceintes.

Notre étude est basée sur la compilation des dossiers des CPN enregistrées dans le registre de CPN, dans les rapports mensuels d'activité. A défaut des renseignements, nous allons dépouiller les cartes maternelles, ce qui nous a permis de connaître les informations concernant les femmes enceintes.

3-1-Critères d'exclusion

Ce sont les femmes enceintes qui sont venues faire leurs consultations prénatales dans le CSB II Cité des assureurs, originaires des Fokontany non desservis par le secteur médical.

Les dossiers inexploitable : écriture illisible, renseignements insuffisants.

3-2- Critères d'inclusion

Ce sont des gestantes qui font leur CPN du Janvier au Décembre 2003 et domiciliées dans la commune rurale d'Andranonahoatra. Au total, il y a 702 consultantes, mais en tenant compte des critères d'exclusion, nous avons retenu 254 cas.

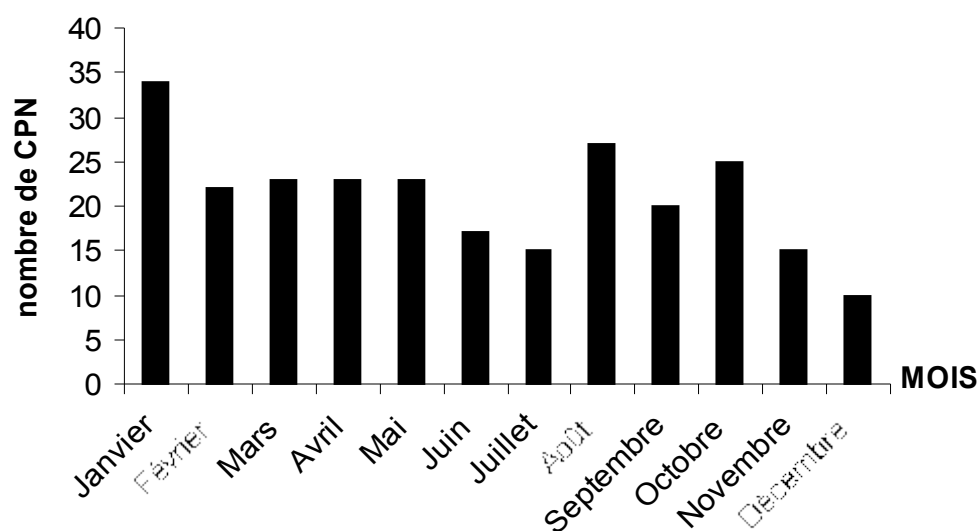
4-RESULTATS

Les résultats sont représentés sous forme de

- Tableaux, ils sont représentés sous formes de chiffres en valeur absolue et en pourcentage,
- figures par des diagrammes (en bâton et en secteur).

Tableau N°4 : Fréquence mensuelle de la CPN au cours de l'année 2003.

Mois	Nombre de CPN	Taux (%)
Janvier	34	13,38
Février	22	8,66
Mars	23	9,05
Avril	23	9,05
Mai	23	9,05
Juin	17	6,69
Juillet	15	5,90
Août	27	10,62
Septembre	20	7,87
Octobre	25	9,84
Novembre	15	5,90
Décembre	10	3,93



	<16 ans	16 à 17 ans	18 à 19 ans	20 à 35 ans	>35 ans	total
nombre	3	6	25	201	19	254
taux (%)	1,18%	2,36%	9,84%	79,13%	7,48%	100%
	3,54%		12,20%		86,61%	

Figure N°2 : Nombre de CPN par mois.

a- L'âge

Tableau N°5 : Age des femmes enceintes

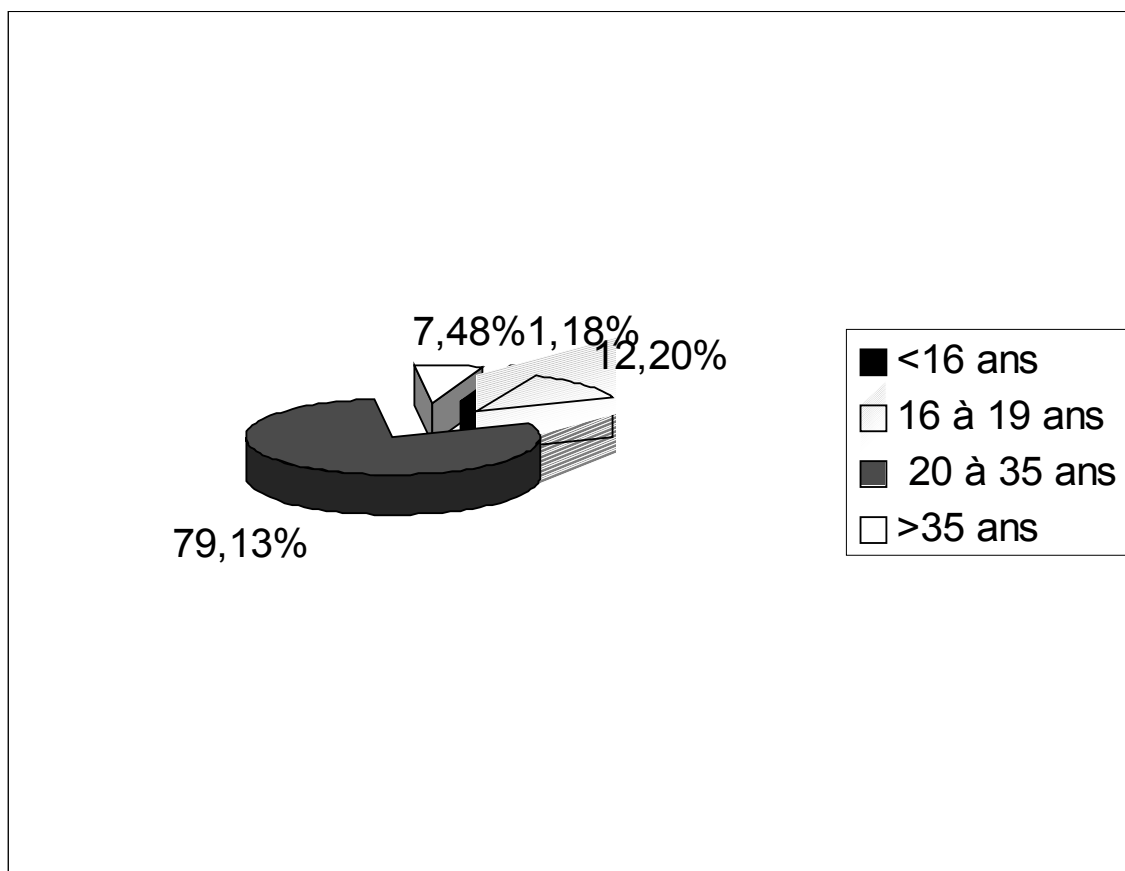


Figure N°3 : Age des gestantes.

b- La première consultation

Normalement la première CPN se fait avant le 4^{ème} mois de grossesse.

Tableau N°6 : La première consultation prénatale selon l'âge de la femme enceinte.

Age de la femme enceinte Age de la grossesse	≤ 19 ans	20 ans et plus	Total	Taux (%)
< 4 mois	7	43	50	19.68
≥ 4 mois	27	177	204	80.32
Total	34	220	254	100
Taux (%)	13.38	86.62	100	

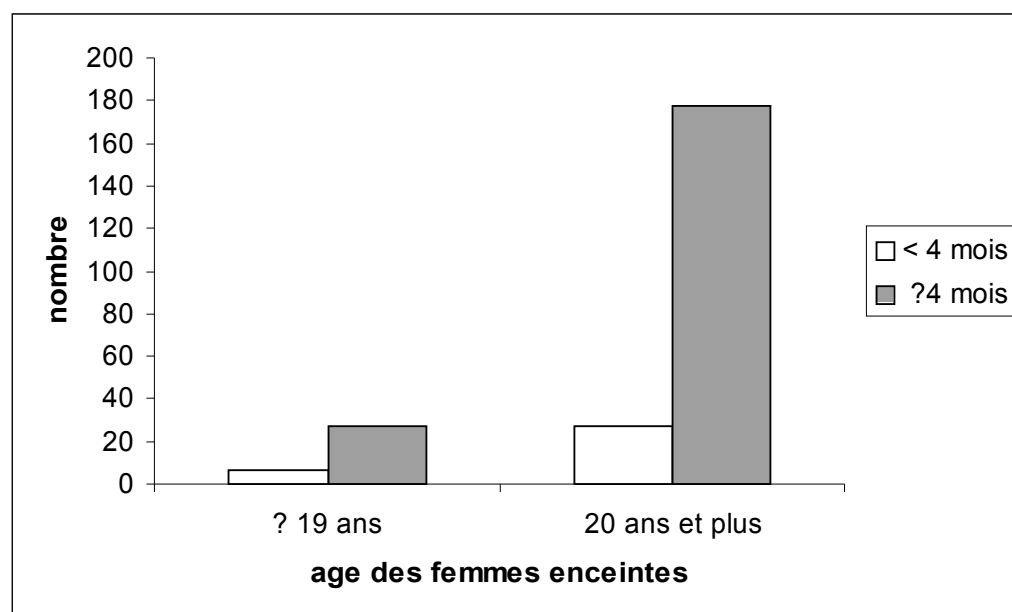


Figure N°4 : Date de la première CPN selon l'âge de la femme enceinte.

Tableau N°7 : La première consultation prénatale selon la gestité.

Age de grossesse \ Gestité	Primigeste	Multigeste	Total	Taux (%)
< 4 mois	14	36	50	19.68
≥4 mois	58	146	204	80.32
Total	72	182	254	
Taux (%)	28.35	71.65		100

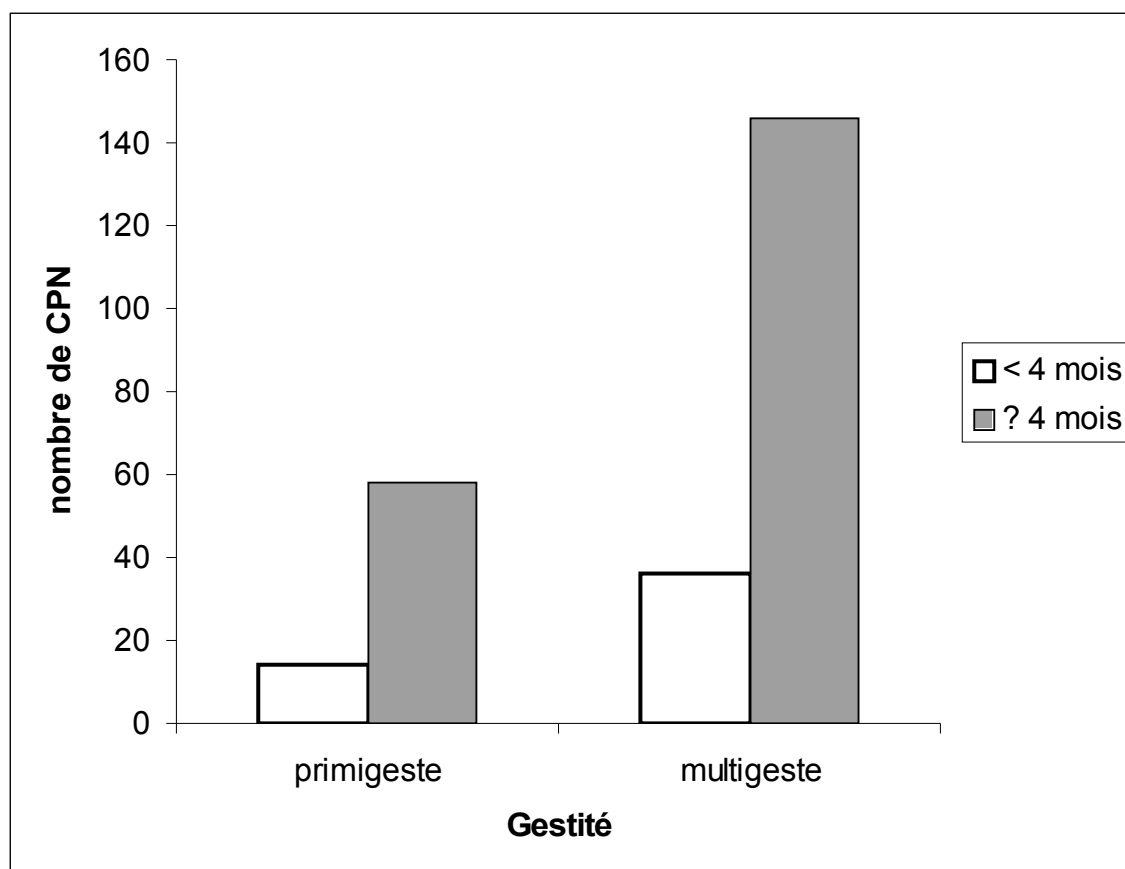


Figure N°5 : Date de la première CPN selon la gestité.

Tableau N°8 : Date de la première fréquentation des centres selon l'âge de grossesse.

Age de grossesse	< 4 mois	4 à 5 mois	6 à 7 mois	8 à 9 mois	total
nombre	50	124	69	11	254
Taux (%)	19.68	48.82	27.16	4.33	100

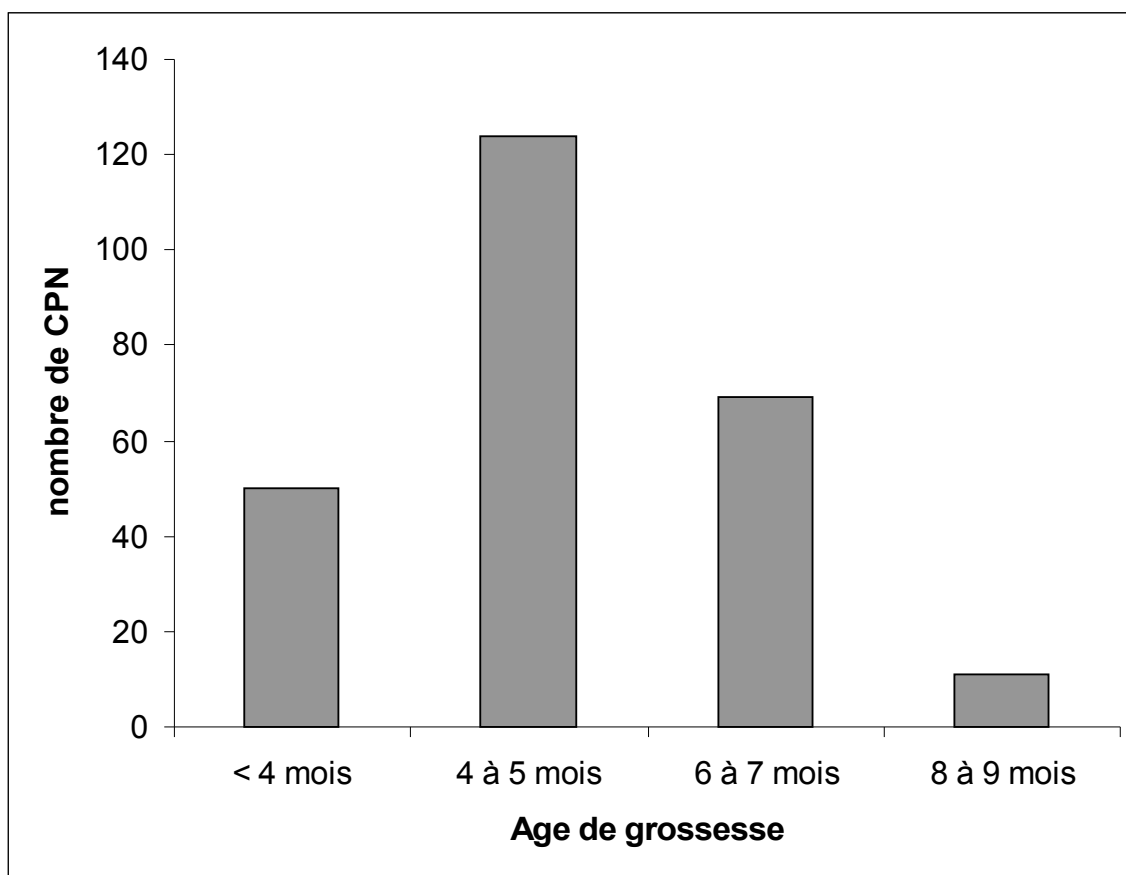


Figure N°6 : Age de la première consultation.

c - Consultations prénatales suivies

Tableau N°9 : Consultations prénatales suivies durant la grossesse selon l'âge de la femme enceinte.

Fréquence Age de la femme	Consultation Unique	Consultation Suivante	Total	Taux (%)
< 18 ans	7	27	34	13.38
≥ 18 ans	56	164	220	86.61
Total	63	191	254	
Taux (%)	24.80	75.20		

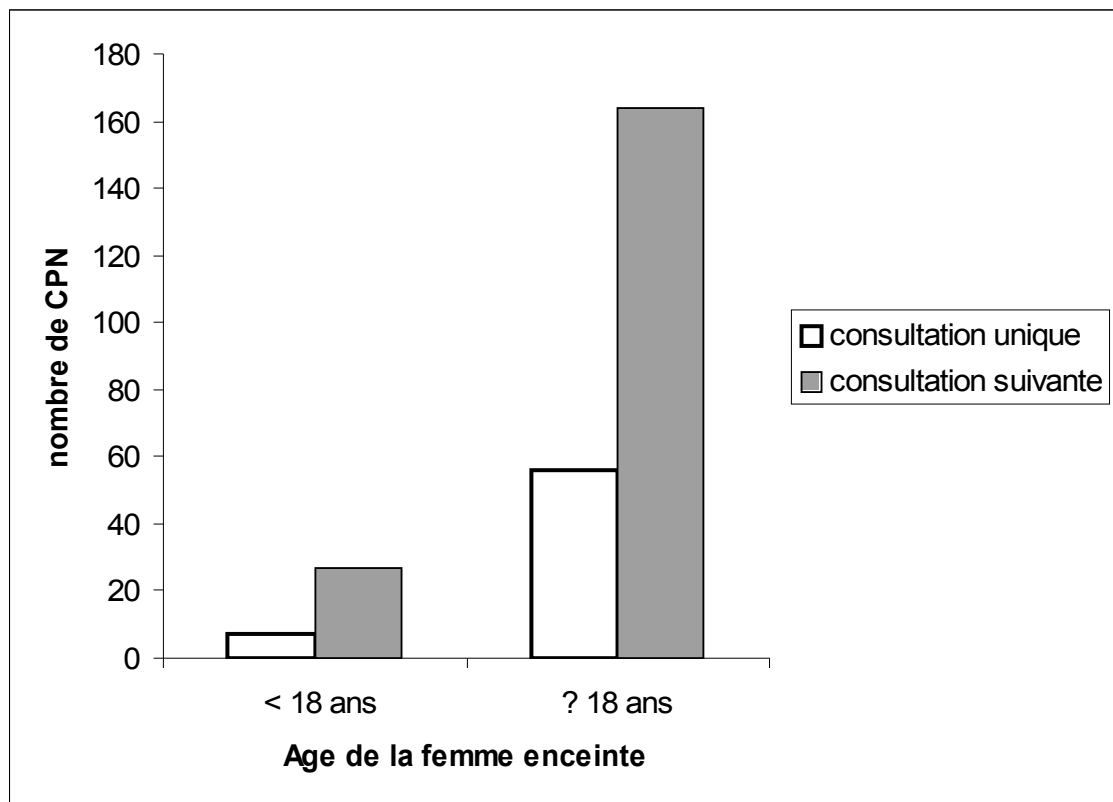


Figure N°7 : Consultations prénatales suivies selon l'âge de la femme

Tableau N°10 : Suivi de la CPN pendant la grossesse selon la gestité.

Consultation Prénatale Gestité	Consultation Unique	Consultation Suivante	Total	Taux (%)
Primigeste	16	56	72	28.35
Multigeste	47	135	182	71.65
Total	63	191	254	100
Taux (%)	24.80	75.20	100	

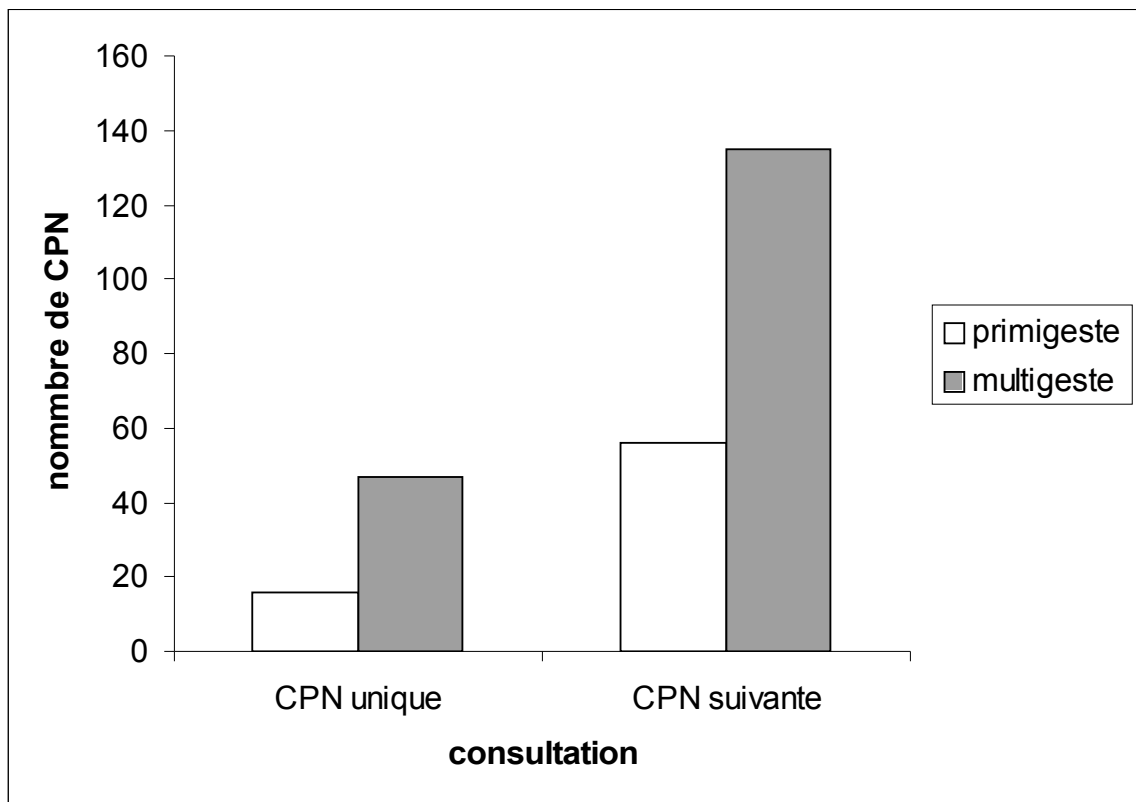


Figure N°8 : Fréquence de CPN selon la gestité.

Tableau N°11 : Répartition des consultations unique durant la grossesse en fonction de l'âge de grossesse.

Age de grossesse	< 4 mois	4 à 5 mois	6 à 7 mois	8 à 9 mois	Total
------------------	----------	------------	------------	------------	-------

Nombre	9	20	27	7	63
Taux (%)	14.28	31.75	42.86	11.11	100
		74.61%			

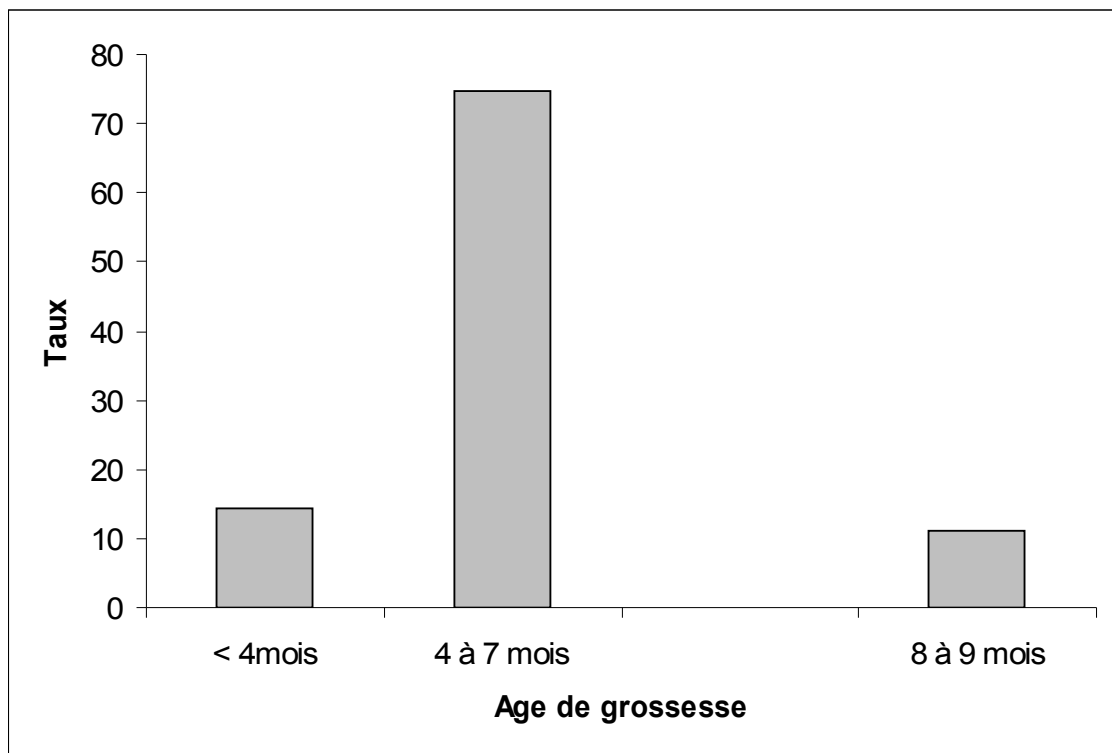


Figure N°9 : Consultation unique selon l'âge de la grossesse

Tableau N°12 : Répartition des consultations suivantes selon l'âge de grossesse.

CPN suivantes	< 4 mois	4 à 5 mois	6 à 7 mois	8 à 9 mois	Total
Nombre	41	104	42	4	191

Taux	1.46	54.45	21.98	2.10	100
------	------	-------	-------	------	-----

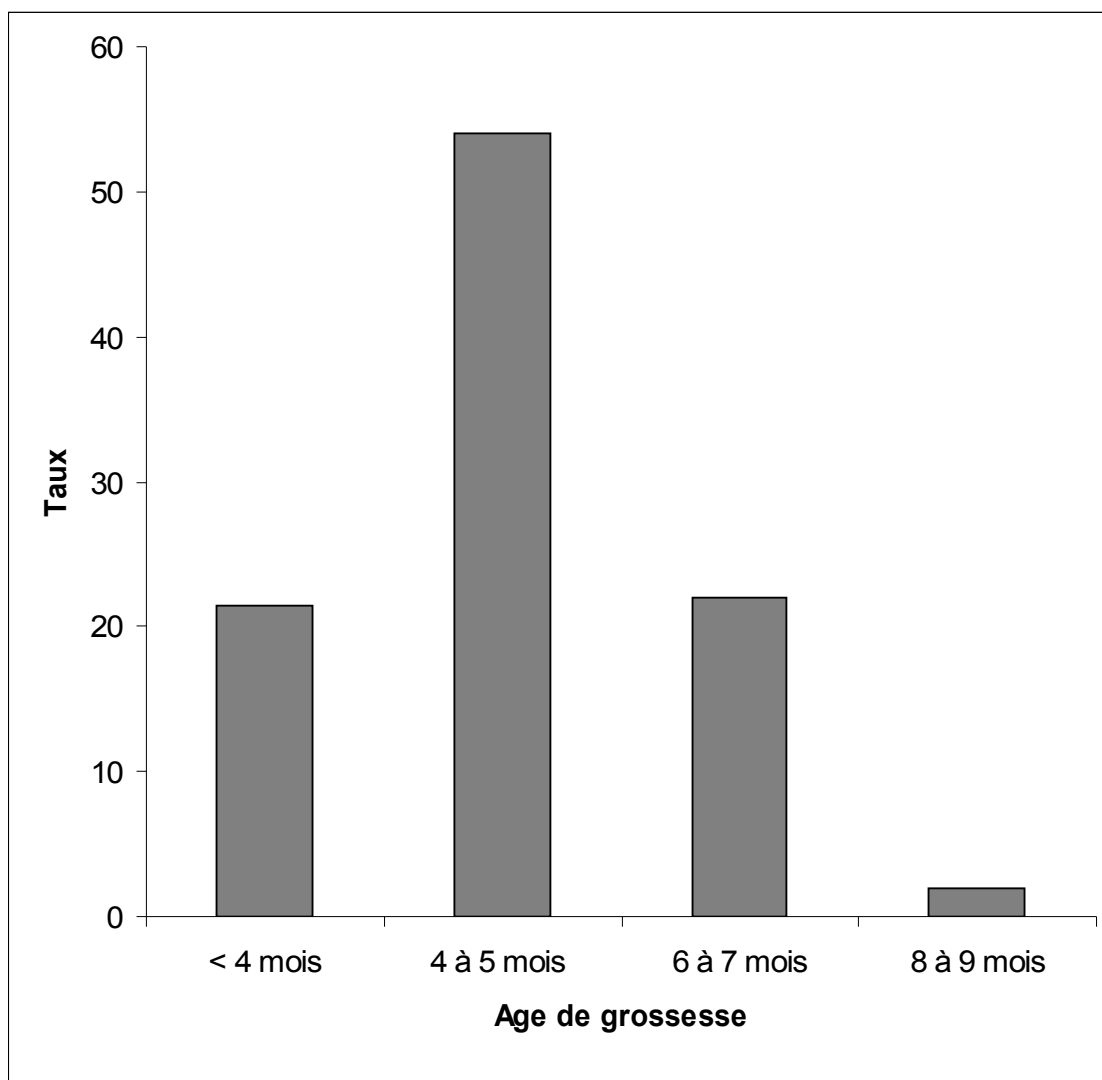


Figure N°10 : Consultations suivantes selon l'âge de grossesse.

Tableau N°13 : Répartition selon le nombre de consultations effectuées par la femme enceinte durant la grossesse.

	1 Consultation	2 consultations	3 consultations	4 consultations et plus
Nombre	63	45	55	91
Taux (%)	24.80	17.72	21.65	35.83

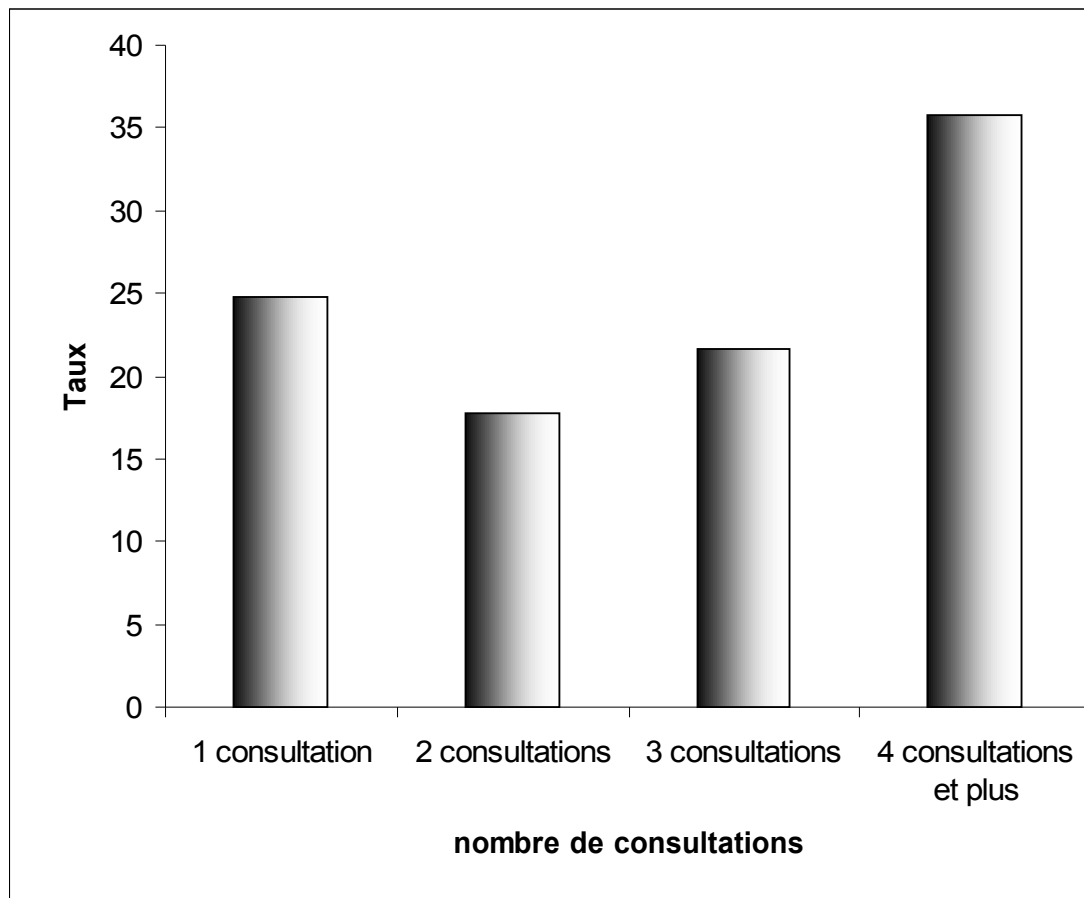


Figure N°11 : Répartition selon le nombre de consultations suivies.
d-Femmes à risques

On détermine les facteurs de risque de la grossesse par les critères suivants :

- âge < 18 ans ou ≥ 35 ans,
- parité ≥ 5 ,
- intervalle inter-genesique < 24 mois,

- mort-né au dernier accouchement,
- boiterie
- taille < 150 cm
- opération césarienne antérieure ou utérus cicatriciel.

Tableau N°14 : Répartition selon les facteurs de risque.

Facteurs de risque	Nombre	Taux (%)
Age < 18 ans et ≥ 35 ans	28	11.02
Parité > 5	3	1.18

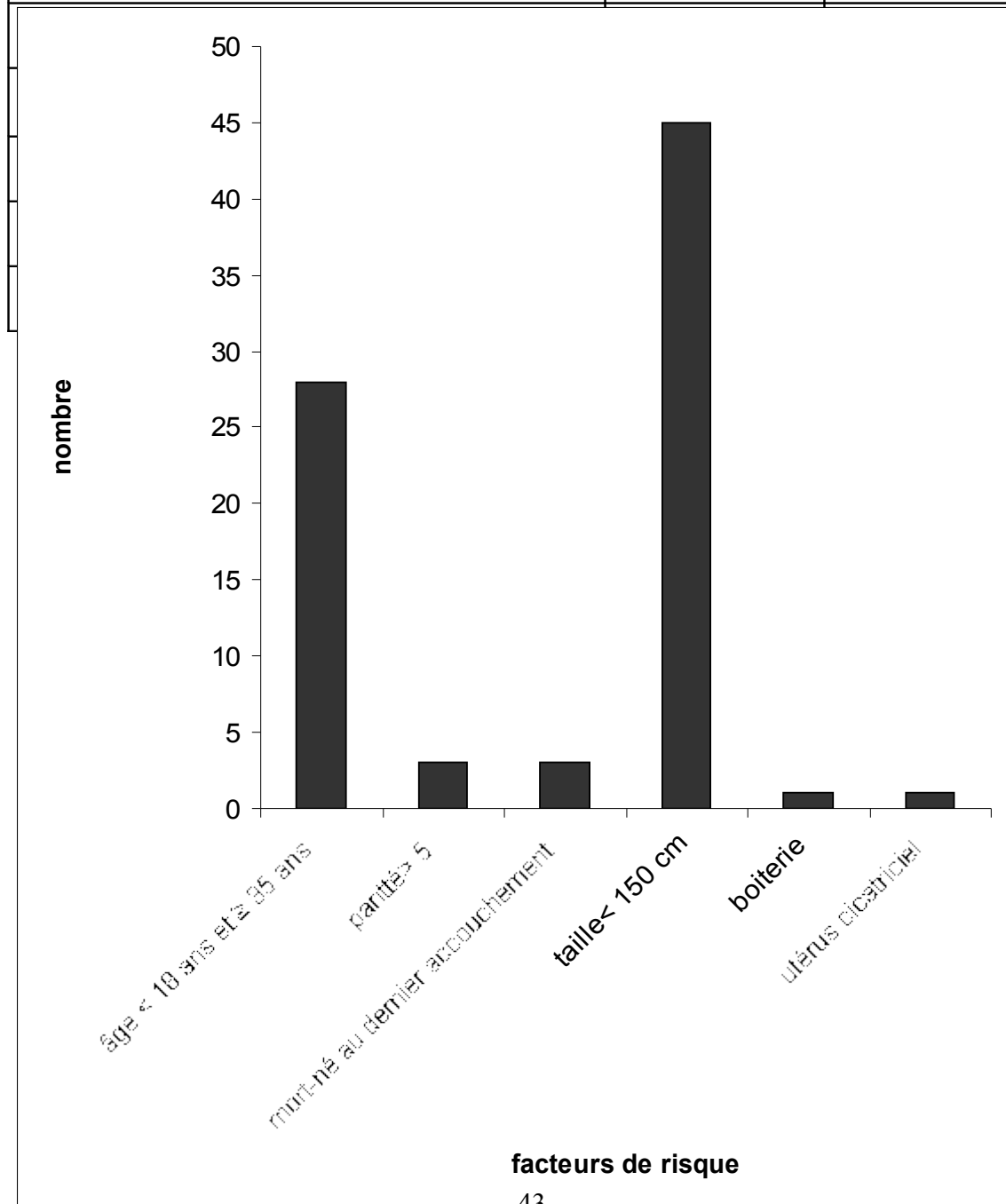


Figure N°12 : Les femmes à risque.

e-Activités des femmes enceintes

Tableau N°15 : Répartition selon l'activité des femmes enceintes.

Profession	Nombre	Taux (%)
Ménagère	129	51.79
Epicière	45	17.71
Couturière	38	14.96
Bureaucrate	10	3.94

Etudiante	6	2.36
Lessiveuse	6	2.36
Cultivatrice	6	2.36
Institutrice	4	1.57
Femme de chambre	3	1.18
Employée de zone franche	2	0.78
Gardiennne	2	0.78
Vendeuse	2	0.78
Coiffeuse	1	0.39
Total	254	100

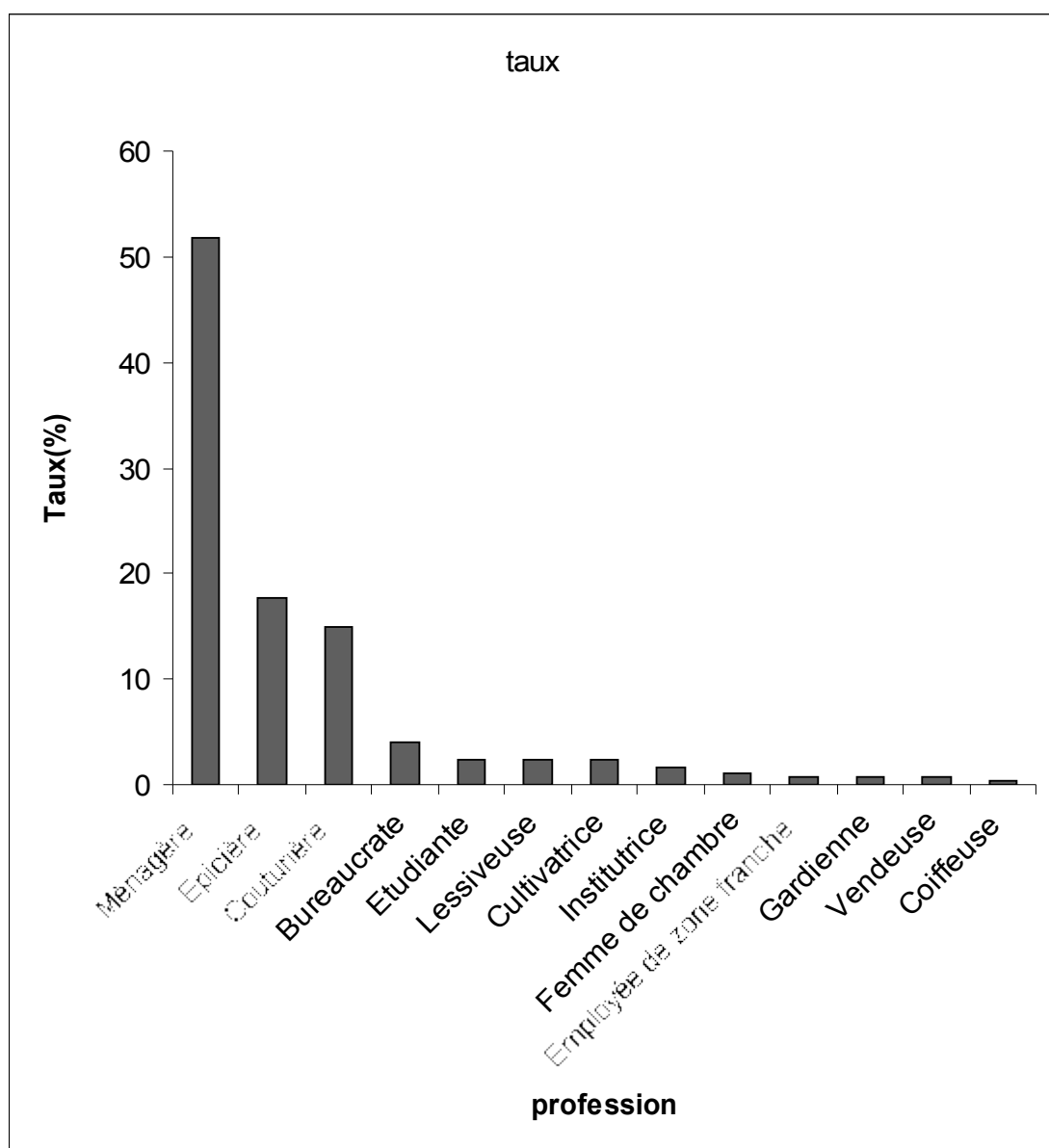


Figure N°13 : Activités des femmes enceintes

f-situation matrimoniale

Tableau N°16 : Répartition selon la situation matrimoniale des femmes enceintes.

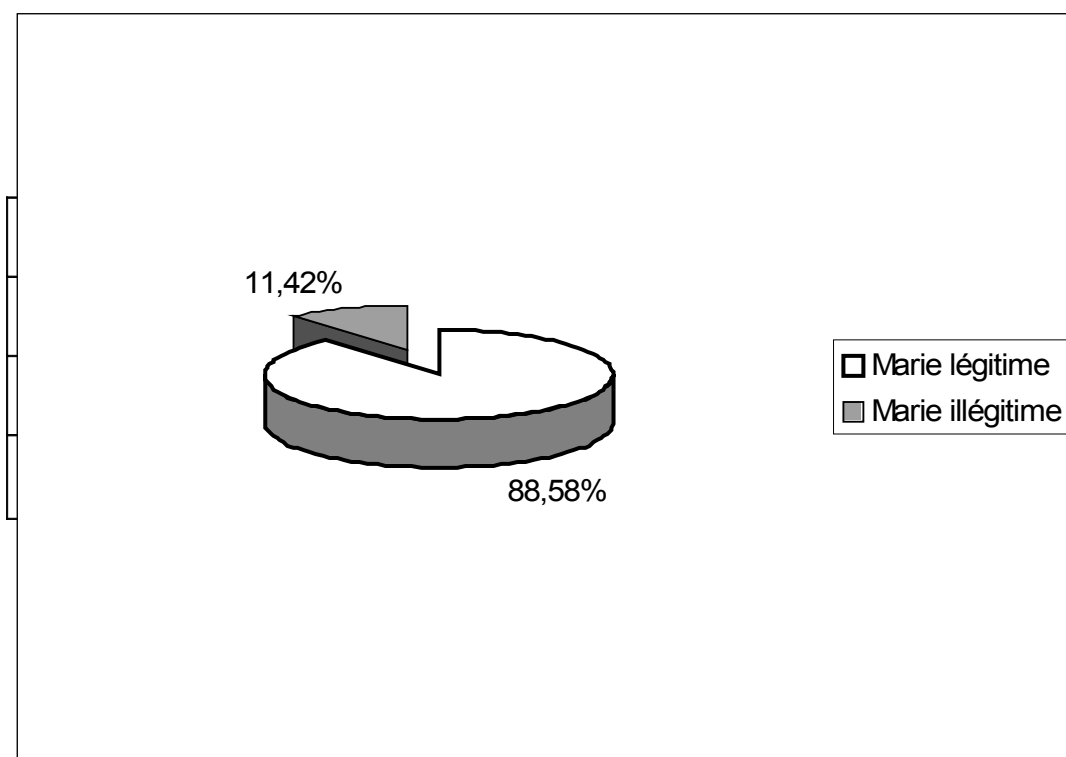


Figure N°14 : Situation matrimoniale des femmes enceintes.

g-Albuminurie

Tableau N°17 : Répartition selon l'albuminurie des femmes enceintes.

Recherches	Recherches Effectuées	Recherches Non effectuées	Recherches Négatives	Recherches Positives
Nombre	132	122	115	17

Taux (%)	51.97	48.03	45.27	6.70
----------	-------	-------	-------	------

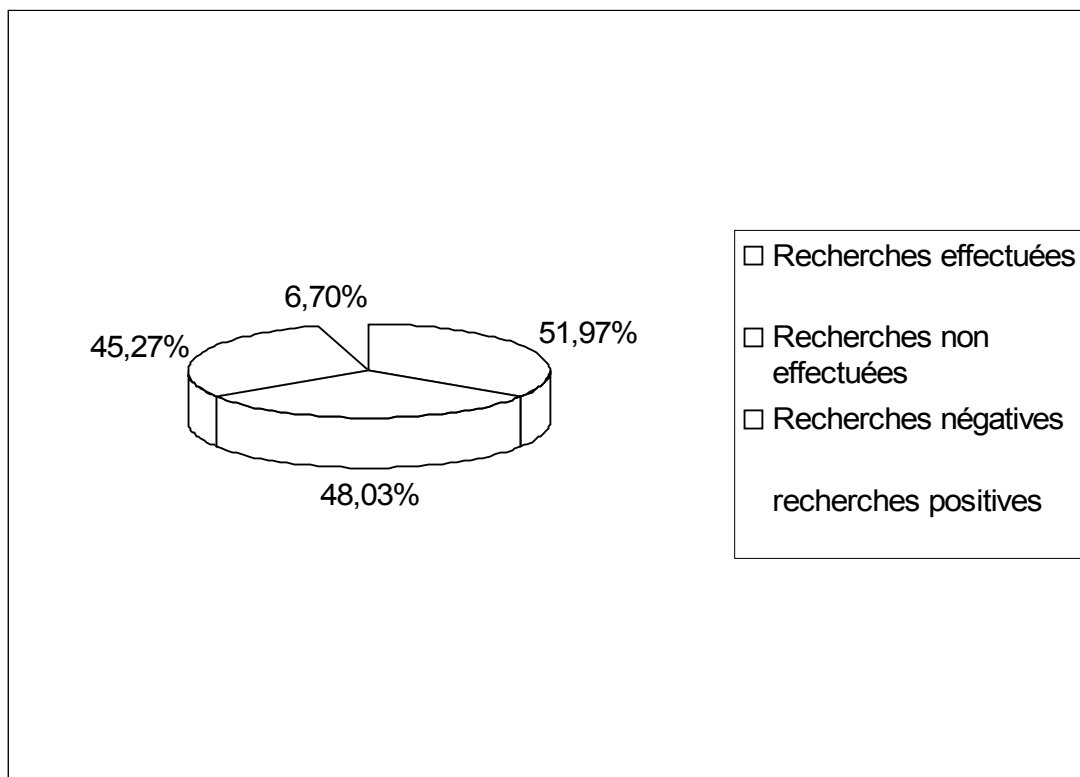


Figure N°15 : Test d'albuminurie des femmes enceintes.

h-Sérologie syphilitique

Tableau N°18 : Répartition selon la sérologie syphilitique des femmes enceintes.

	Recherches Effectuées	Recherches Non effectuées	Recherches Négatives	Recherches Positives
Nombre	130	124	110	20

Taux (%)	51.18	48.82	43.30	7.87
----------	-------	-------	-------	------

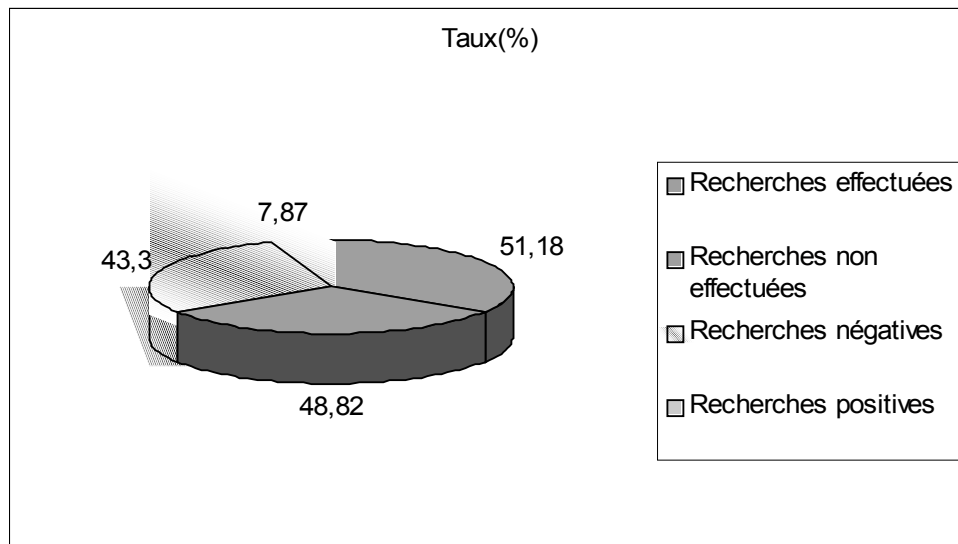


Figure N°16 : La sérologie syphilitique des femmes enceintes.

i-Vaccins anti-tétaniques

Tableau N°19 : Répartition selon les vaccinations anti-tétaniques.

	Non vaccinées	Vaccinées
Nombre	18	236
Taux (%)	7.09	92.91

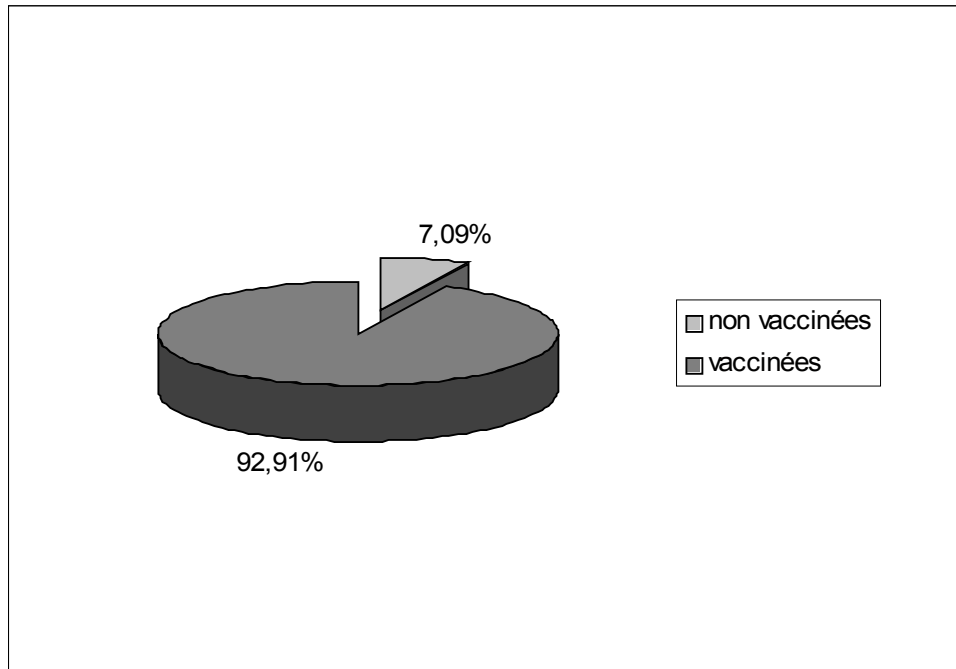


Figure N°17 : Vaccinations anti-tétaniques des femmes enceintes

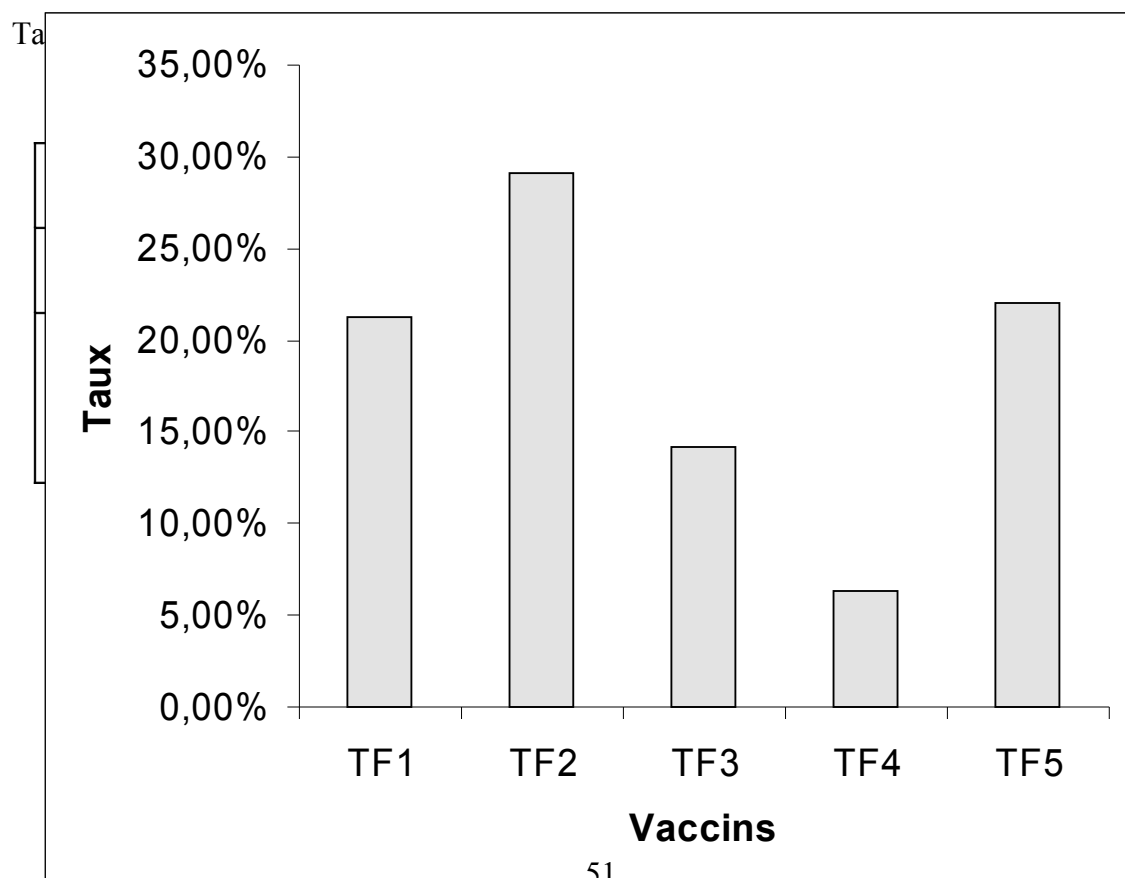


Figure N°18 : Les groupes de vaccins antitétaniques.

j-Prophylaxie anti-palustre

Tableau N°21 : Répartition selon la prophylaxie anti-palustre.

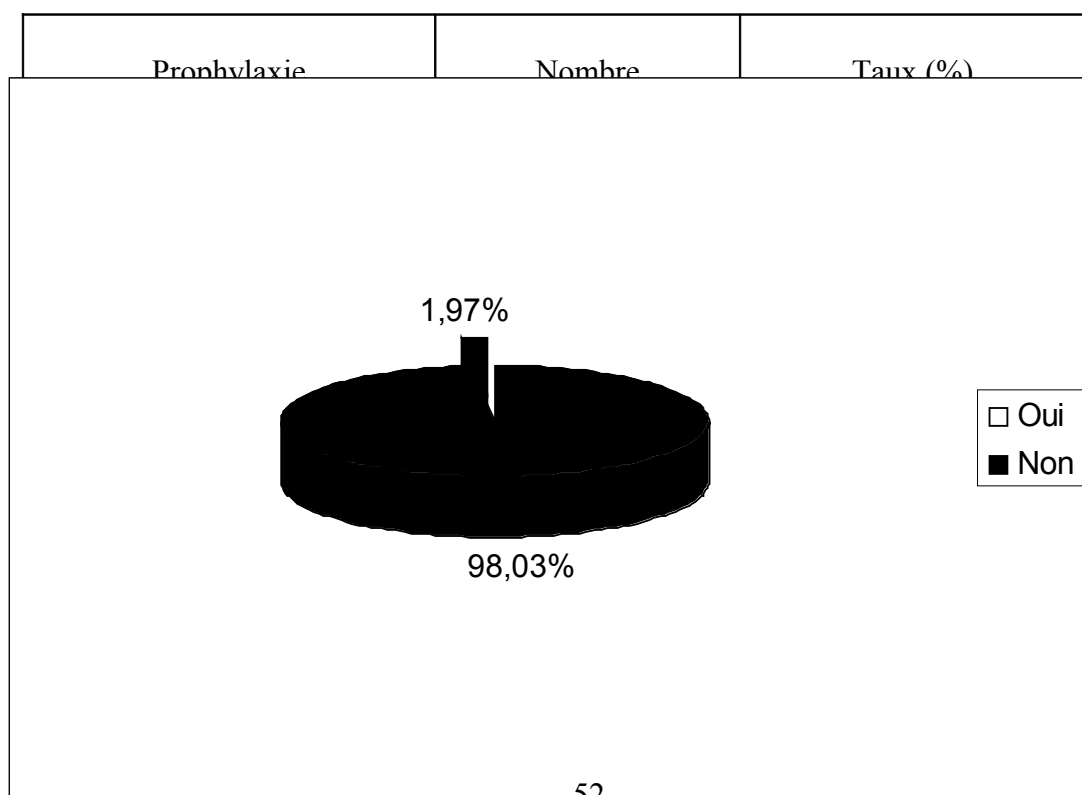


Figure N°19 : Prophylaxie anti-palustre des femmes enceintes.

k-Prophylaxie anti-anémique

Tableau N°22 : Répartition selon la prophylaxie anti-anémique.

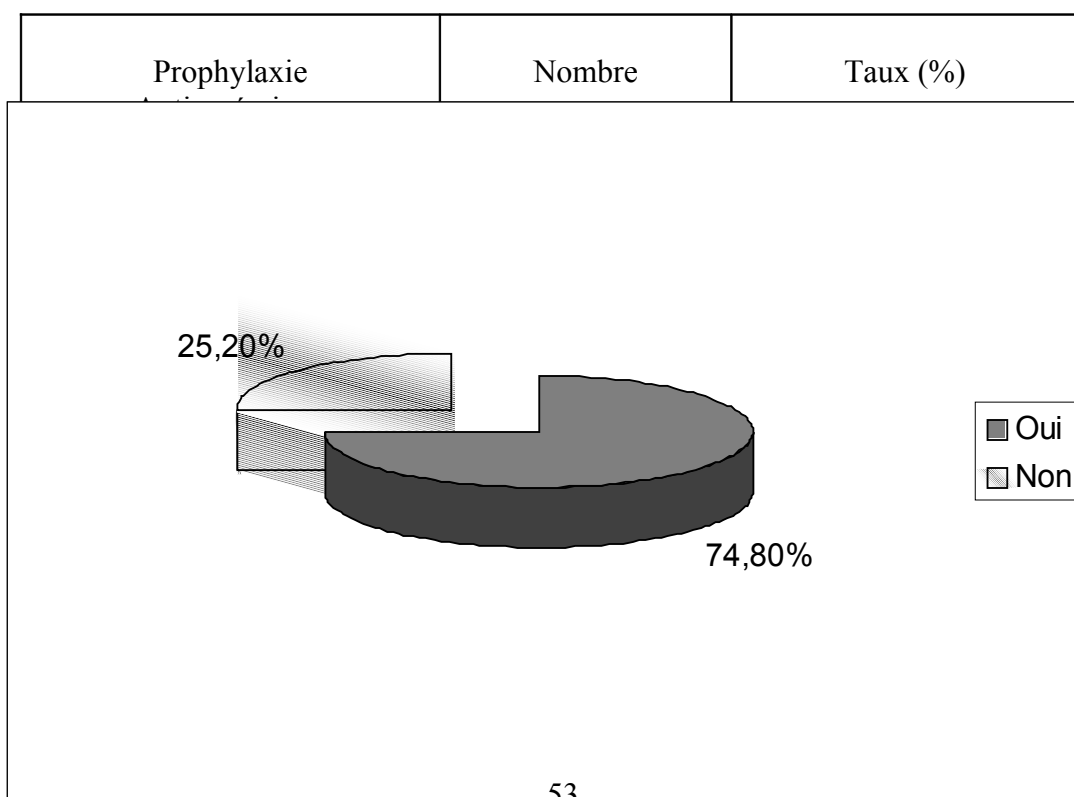


Figure N°20 : Prophylaxie anti-anémique des femmes enceintes.

Tableau N°23 : Répartition des femmes enceintes selon la provenance.

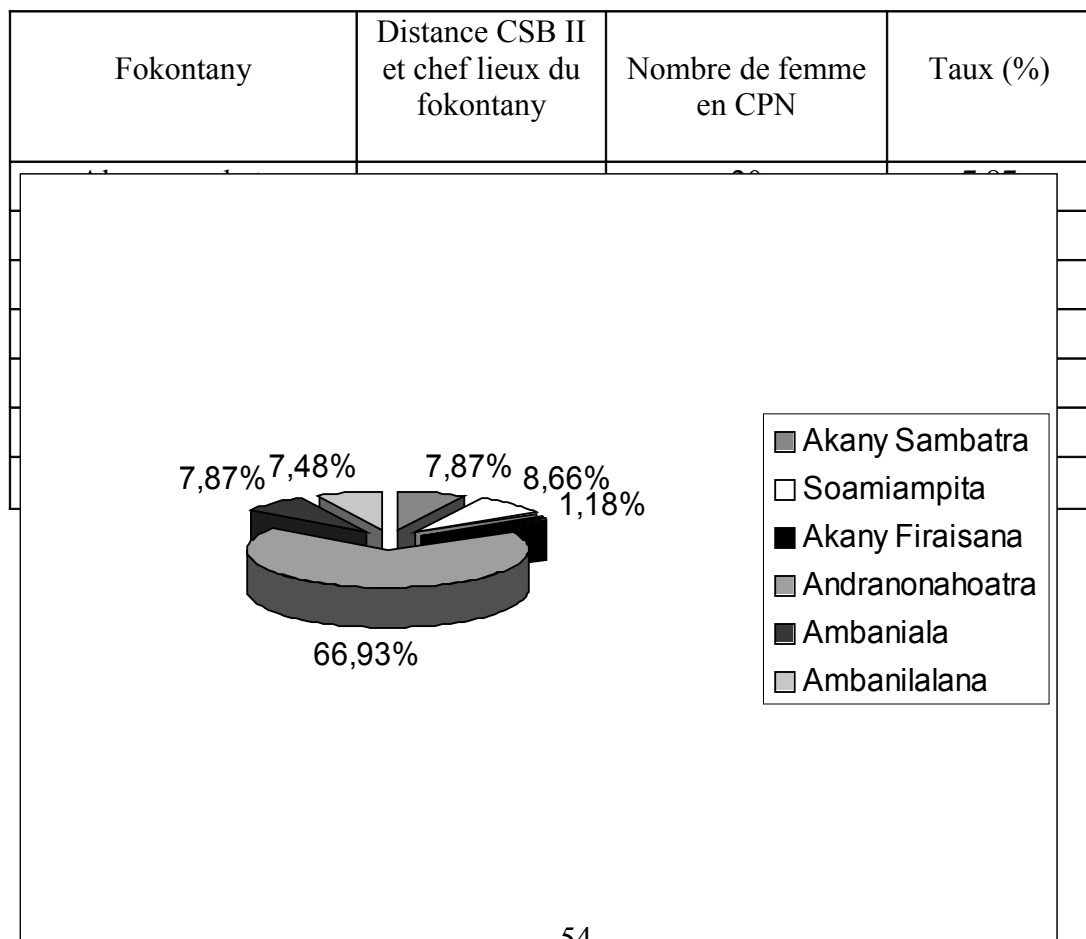


Figure N°21 : Fréquence de la CPN selon la provenance.

**TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS**

1- COMMENTAIRES

1-1-Fréquentation des CPN en 2003

254 femmes ont fait leur première consultation prénatale, qui est primordiale du fait qu'elle permet de confirmer la grossesse et d'évaluer les facteurs de risques.

Au tableau N°4, on constate la rareté des femmes qui ont suivi les consultations au cours du mois d'Août et de Décembre.

Les nombres des femmes enceintes fréquentant le centre chaque mois varient entre 10 et 34.

On en déduit que le faible pourcentage des femmes venues en CPN le mois de Décembre peut être due à la préparation de la fête de fin d'année d'où la forte fréquentation en mois de Janvier.

Par rapport au CSB II d'Antanimena, le taux de fréquentation est de 80 à 100 consultantes par jour selon une étude rétrospective en 2003.

1-1-1-Première consultation selon l'âge de la femme enceinte

- 220 gestantes (86,62%) ont un âge supérieur ou égal à 20 ans dont seulement 16,93% faisant la première consultation prénatale avant 4 mois et 69,70% qui ont leur première consultation après 4mois.
- 34 gestantes (13,38%) ont un âge inférieur ou égal à 19 ans dont : 2,75% faisant la première consultation avant 4 mois et 10,62% faisant la première consultation après 4mois.

En résumé, quel que soit l'âge de la femme enceinte, on note une nette prédominance de la première consultation après 4mois (80,32%), ceci peut être dû à la mauvaise habitude de cacher une grossesse débutante et l'ignorance de l'importance de la première consultation.

Et seulement 19,68% des femmes enceintes viennent consulter avant 4 mois.

1-1-2-Première consultation selon la gestité

- 182 femmes enceintes (71,65%) sont des multi gestes dont seulement 36 (14,17%) effectuent la première consultation avant 4 mois et 146 (57,47%) effectuent la première consultation après 4 mois.
- 72 femmes enceintes (28,35%) sont des primigestes dont 14 (5,51%) effectuent la première consultation avant 4mois et 58 (22,84%) effectuent la première consultation après 4 mois.

1-1-3-Première fréquentation du centre selon l'âge de grossesse

19,68% des femmes enceintes font leur première fréquentation au centre avant l'âge de 4 mois de leur grossesse, il y a encore des femmes qui ne viennent que dans le 6^{ème} mois même 9^{ème} mois (31,49%).

Certaines femmes préfèrent consulter au dernier mois de grossesse afin d'obtenir la fiche de surveillance qui sert de laissez passer à la Maternité.

1-2-Consultations prénatales suivies

1-2-1- Consultation suivie selon l'âge de la femme enceinte

- les gestantes d'âge supérieur à 18 ans 164 soit (64,57%) effectuent de nombreuses consultations et 56 femmes enceintes (22,04%) effectuent une consultation unique,
 - les gestantes d'âge inférieur à 18 ans 27 (10,63%) effectuent de nombreuses consultations et 7 (2,75%) effectuent une consultation unique,
- on peut en déduire que la maturité d'âge intervient à l'influence des suivi des consultations.

1-2-2- Consultation suivie selon la gestité

Pour les primigestes, 56 gestantes (22,04%) effectuent plusieurs consultations durant leur grossesse et 16 (6,30%) faisant une consultation unique.

Pour les multi gestes, 135 gestantes (53,15%) effectuent plusieurs consultations et 47 (18,5%) une consultation unique.

D'après ces résultats, la majorité des multi gestes (71,65%) dont (53,15%) effectuent de nombreuses consultations, ces femmes ont compris la nécessité de la consultation.

1-2-2-Consultations uniques selon l'âge

Les consultations uniques sont nombreuses au cours du deuxième trimestre de la grossesse : c'est-à-dire 4 à 7 mois : 47 (74,61%).

Les taux sont de 14,28 % avant 4 mois et 11,11% après 8 mois.

1-2-3-Consultations suivantes selon l'âge de la grossesse

191 (75,20%) des gestantes, dont 104 (54,45%) viennent au terme de 4 à 5 mois.

Ces femmes sont assez motivées à suivre l'évolution de leur grossesse.

Ceci peut être dû à leur satisfaction durant la première CPN, de la CCC sur la nécessité de la surveillance de la grossesse.

1-3-Facteurs de risques

La grossesse à risque représente 31,89% des gestantes, c'est-à-dire au nombre de 81 dont : 17,72% ont une taille inférieure à 1,50 m et 11,02% ont l'âge ≤ 18 ans et ≥ 35 ans.

Cette situation est due à la morphologie des femmes Malagasy, et à la précocité de la vie productive des femmes Malagasy actuelles ainsi que le bas niveau d'instruction.

1-4-Activités des femmes enceintes

Est notée une grande fréquentation du CSB II Cités des assureurs Itaosy par les ménagères (51,79%), suivies par les épicières (17,71%) et les couturières (14,96%).

En résumé, ce sont les femmes des classes sociales modestes qui viennent en consultation au centre.

1-5-Situation matrimoniale

88,58% des gestantes sont mariées légitimement et 11,42% sont mariées illégitimement.

En général, une grossesse issue d'une union illégitime est cachée et mal suivie. Au centre la sage femme exige aux gestantes leur situation matrimoniale, cependant cette situation ne constitue pas un blocage psychologique pour les femmes vis-à-vis de la CPN.

1-6-Albuminurie

51,97% des femmes enceintes ont effectué le test d'albuminurie, 48,03% déclarent avoir oublié d'apporter le flacon d'urine et ignorent la valeur de ce test, ainsi, le centre ne dispose pas des matériels (flacon et réactif) pour la recherche d'albuminurie, donc on utilise au CPN la bandelette ALBUSTIX. 6,70% ont une recherche positive entrent dans le groupe à risque.

1-7-Sérologie syphilitique

48,82% des femmes enceintes n'ont pas effectué le prélèvement car elles déclarent avoir oublié la date de prélèvement, par peur d'injection ou méconnaissance de la raison de prise de sang, ou bien pour insuffisance de moyens financiers (coût de la sérologie 10 000 francs), 7,87% ont une sérologie positive.

1-8-Vaccination antitétanique des femmes enceintes

Toutes les femmes qui viennent pour la CPN doivent être vaccinés.

92,91% ont reçu des vaccinations antitétaniques dont :

- 21,26% des gestantes ne reçoivent que ATT1, donc elles ne sont pas protégées contre le tétanos,
 - 71,65% ont reçu ATT 2 et plus avec 22,04% des femmes protégées à vie car elles reçoivent les 5 doses de vaccin,
- or, 7,09% n'ont pas été vaccinés, par méconnaissance de l'utilité de la prévention du tétanos.

Selon l’OMS, le calendrier vaccinal chez la femme enceinte est décrit dans le tableau suivant :

Tableau N° 24 : Calendrier vaccinal de la femme enceinte et celle en âge de procréer (32)

Doses	Calendrier	Intervalle minimum	Durée de protection
VAT 1	Premier contact ou le plus tôt possible lors de la grossesse	-	-
VAT2	≥ 4 semaines après VAT1	1 mois	1 à 3 ans
VAT3	6 à 12 mois après VAT2 ou lors d’une grossesse ultérieure	6 mois	5ans
VAT4	1 an à 3 ans après VAT3 ou lors d’une grossesse ultérieure	1an	10 ans
VAT5	1 an à 5 ans après VAT4 ou lors d’une grossesse ultérieure	1 an	A vie

1-8-Prophylaxie antipalustre

Dans le centre, lors de la première consultation prénatale, on conseille aux femmes de prendre régulièrement 5mg/kg de poids : 2 comprimés à 150 mg par semaine en même jour jusqu’à l’accouchement et pendant un mois après l’accouchement.

98,03% des femmes enceintes reçoivent de la prophylaxie antipalustre.

1-9- Prophylaxie antianémique

La prescription de FAF (fer acide folique) se fait au 2^{ème} trimestre de la grossesse, au centre, seulement 74,80% des femmes enceintes ont bénéficié de la prophylaxie antianémique, ceci peut être du à la rupture du stock dans la pharmacie

Et à la hausse du prix dans le marché.

1-10-Résidence

66,93% des femmes enceintes sont issues du Fokontany d’Andranonahoatra.

2-SUGGESTIONS

Donner naissance à un enfant vigoureux et en bonne santé est le souhait de toute mère, la prise en charge de la grossesse doit être faite dès la conception, au moment et à distance de l’accouchement jusqu’à ce que l’enfant soit capable de se défendre lui-même. **(33)**

Face aux problèmes identifiés, nous essaierons de proposer quelques suggestions pour renforcer la surveillance prénatale en matière de la promotion de la santé maternelle et infantile.

2-1-Renforcement des activités de la communication pour un changement de comportement (CCC)

L'éducation pour la santé doit se faire dans toutes les formations sanitaires et être intégrée dans les programmes des soins de santé primaire, elle est considérée comme l'arme la plus efficace contre les problèmes relatifs à la surveillance de la grossesse.

Nous proposons d'obliger aux femmes d'assister à l'éducation pour avoir le minimum de précaution à prendre, pour cela, il faut bien organiser et diversifier les thèmes en fonction des circonstances, exemple : comment doit défendre contre le paludisme au cours de la grossesse.

Ainsi, une éducation sanitaire doit être effectuer pour la santé de masse périodique en collaboration avec la commune et les agents de santé du Fokontany en soulignant la nécessité et l'importance de la consultation prénatale. Il faut encourager les gestantes de consulter le plus tôt au centre avant 4 mois de grossesse et de consulter régulièrement en respectant la date de rendez-vous.

Il faut sensibiliser les grandes multipares et adresser au responsable de la Planning familiale.

2-2-Les médicaments et matériels

L'approvisionnement en médicaments et consommable doit être suffisant pour le bon déroulement des activités au centre, comme les médicaments essentiels (chloroquine, FAF, ...) doivent être disponibles régulièrement.

Concernant les matériels et équipements, un renouvellement est nécessaire car on ne dispose que des vieux matériels et en plus en mauvais états.

Si possible il est souhaitable d'installer un petit laboratoire pour les examens biologiques systématiques au cours de la grossesse comme l'albuminurie et glycosurie, les diverses sérologies (syphilis, toxoplasmose, rubéole) et groupage de sang.

L'installation d'un appareil échographique est utile pour le suivi de la grossesse

Au cours d'une grossesse normale, 3 échographies sont en général effectuées :

- la première réalisée pendant le 3^{ème} mois, permet de déterminer l'âge du fœtus et de dater la conception.
- L'échographie la plus importante, au cours du 5^{ème} mois a pour but de rechercher d'éventuelles malformations congénitales ; elle permet également, si les parents le désirent, de connaître le sexe de l'enfant.
- Une troisième échographie est généralement pratiquée au 8^{ème} mois pour bien connaître la position de l'enfant avant l'accouchement. (34)

2-3-La formation du personnel de santé

Le personnel de santé occupe une place primordiale dans le sens du développement sanitaire.

Pour cela, il faut envisager une amélioration des compétences des personnels dans le cadre de la formation continue intégrée

2-4-Renforcement des luttes contre les IST/ SIDA

- Augmentation de l'accessibilité au service et instauration des branches de lutte contre les IST/ SIDA
- . Facilitation de l'accès aux traitements en donnant gratuitement des médicaments appropriés.
- Si possible, diminution du coût de la sérologie à la portée de tous.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre travail est une étude rétrospective sur les activités au CSBII Cité des assureurs Itaosy . Et compilée à partir des dossiers des femmes enceintes qui ont fait leur consultation prénatale.

Il a pour but d'apprécier l'assiduité des femmes enceintes à fréquenter le centre.

Le nombre de femmes enceintes observées en consultation prénatale est de 254, D'après les résultats obtenus, nous pouvons conclure que :

- 3,54% des femmes enceintes ont un âge inférieur à 18 ans et 7,48% ont un âge supérieur à 35 ans ; les deux entrant dans les groupes des femmes à risques,
- 19,68% des femmes seulement viennent en consultation avant le 4^{ème} mois de grossesse, ce sont les classes sociales modestes dominées par les ménagères (51,79%), sinon pauvres qui viennent en consultation,
- les femmes enceintes illégitimes représentent 11,42%,
- 24,80% ne font qu'une CPN pendant leur grossesse,
- 35,83% des femmes enceintes effectuent 4 CPN,
- 31,89% des femmes sont à risques,
- 11,42% sont des femmes mariées illégitimement,
- 7,87% des femmes sont à sérologie syphilitique positive,
- 48,03% des femmes ne font pas le test d'albuminurie,
- 21,26% des femmes ne sont pas protégées contre le tétanos,
- 98,03% des femmes enceintes sont protégées contre le paludisme.

Face aux problèmes rencontrés au centre nous proposons comme suggestions :

- Renforcement des activités de CCC en faveur de la SMI/PF.
- Ravitaillement en médicaments et équipements du centre.
- Amélioration des compétences des personnels dans le cadre de la formation continue intégrée.
- Lutttes contre les IST/SIDA.

Nous avons pu constater par le biais de notre étude de la situation au CSB II que la marche vers la maternité sans risque se fait d'une façon désordonnée.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- OMS. Bureau régional de l'Afrique. Santé de la Reproduction AFR/INF/99.1.
- 2- Murray J, Gabriella N, Adey Judith Graeff, Rebecca Fields, Mark Rasmuson, René Salgado, Tina Sangai. Consultation prénatale et l'état de santé des nouveau-nés à l'INCE.Médecine d'Afrique Noire, Paris 2000 ; 47(5) : 233.
- 3- Rouvière H, Delmas A. Anatomie Humaine tome 2, tronc 15ème édition révisé par Vincent Delmas Masson, 2002 : 629-633.
- 4- Kinkel K, Challier E, CHU Necker, CHU Salpêtrière- Paris. Radio anatomie de l'appareil génital féminin, 2003.
- 5- RAKOTOVAO J P MDE-MPH Cours de Gynécologie- Obstétrique 1ère année, 2003 : 10.
- 6- Kamina P. Anatomie général, préface du professeur A. Gouazé, éditeur : maloine, 1986 : 241.
- 7- Chauvet M.P, Depret S, Monnier J.C. Grossesse à haut risque, accouchement dans les situations extrêmes maternelle et fœtale. Revue du praticien, 2002 ; 199 ; 49 (2) : 151.
- 8- La surveillance de la grossesse à partir des documents multiples utilisés en CPN au Congo Brazzaville (LT). Médecine Tropicale, 2002 : 196.
- 9- Mauvais J, Taurelle R, Gynécologie. édition Vigot, 1984 : 73.
- 10- François Aubert/ Philippe Guittard. Les signes de la grossesse avant 12 SA. L'essentiel médical de poche. Ellipse Aupelf /uref ; 2ème édition, 1995 : 319.
- 11- Rudigoz RC. Grossesse : diagnostic, surveillance clinique, indications des examens complémentaires, réglementation. Revue du praticien, 1999 ; 49 : 303-310
- 12- André Mazer A , Marc Sankale M. Guide de médecine en Afrique et Océan Indien.

2^{ème} édition, 1990 : 321.

- 13- Soutoul JH et Bertrand J, Body G. La consultation en gynécologie diagnostic de la grossesse, édition Marketing, 1994 : 134.
- 14- Raphaël S : le guide Marabout des Médecines douces . Les problèmes gynécologiques, 2001 : 232-236.
- 15- Fillon. Gynéco-obstétricien, clinique des Augustines Malestroit FMC du 20 Février 2001. Surveillance de la grossesse.
- 16- Médecin sans frontière. Obstétrique en situation d'isolement. 1^{ère} édition ; Hatier, 1992 : 15-23.
- 17- Gallot D, Laurichesseh, Lemery D. Développement fœtal, prévention des infections médicaments toxiques, irradiation. Revue du praticien, 2002 ; 52 ;(7) :751-64
- 18- Colau JC, Grossesse normale, Besoins nutritionnels d'une femme enceinte. Revue du praticien 2002 ; 52,(11) : 1237-43
- 19- Thoulon P CH, Thoulon JM, Hygiène de la grossesse In Thoulon JM,Puech F.Boog. G eds. Obstétrique.Paris Ellipses. Aupelf / Uref , 1995 :156-160.
- 20- Randriamahafaly R A : CPN au CSB II Analamahitsy juin 2000. Thèse médecine 2001.
- 21- Gepner A. Service de Nutrition, Maladies métaboliques et endocrinologie, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille. Hoecht internat, Besoin nutritionnels de la femme Enceinte, Juin 1999 : 335
- 22- Ritter(j) et Philippe(E) gynécologie. La menstruation normale. Encycl.Méd chir Paris, 1957; 155 A10: 1.
- 23- N.M.Koffi, A Coulibaly, S Gloyd, O Ake. Le carnet de santé dans la surveillance de

- 24- Thoulon J.M. Surveillance prénatal In thoulon J.M, Puech F Boog G, eds
Obstétrique, Paris : Ellipses. Aupelf / uref, 1995 : 54-156.
- 25- Agenor J, In Doctissimo. Les examens médicaux et la surveillance de la
grossesse. 2003,
- 26- OMS. Maternité sans risque. Dossier Mère-enfant. Guide pour une maternité
sans risque ; 1996.
- 27- Lansac, Berger.J et Magnin. Grossesse normale, Obstétrique pour le praticien.
Paris, SIEMP, 1986 : 8-77.
- 28- MIN.SAN. Protocoles / guides de prise en charge pour une maternité sans
risque à l'usage des Centres de Santé de Base et des Hôpitaux de District, juin
1999.
- 29- Anon Programme de santé de maternité et infantile. 1991-1995, Antananarivo
: 10-70.
- 30- Roue R, Rapp C ; Anatoxine tétanique. Prévention du tétanos. Revue du praticien,
2002 : 877-80,
- 31- OMS. PEV. Formation des cadres moyens, 2001.
- 32- MIN SAN et du PF. Calendrier vaccinal, Aventis Pasteur, 2004.
- 33- PSI Madagascar avec le soutien de l'USAID. Le mensuel, février 2003 : 9.
- 34- Grossesse : Echographie au premier trimestre de la grossesse, presse médicale,
2000 :564.

ANNEXE

DATE PRESUMEE D'ACCOUCHEMENT

Jour	Mois	Année	

Prénoms Née le

	OUT	NGN
MARIEE	☐	☐

ANTECEDENTS		
D.D.R		
FACTEURS DE RISQUE	Oui	Non
- AGE : < 16 ans		
> 35 ans		
- Taille < 1,5 m		
- TA > 140/80 mmHg		
- Boiterie		
- Parité > 5 enfants		
- Césarienne au dernier Acc.		
- Mort né au dernier Acc.		
- Drépanocytose SS		
VACCINATION	DATES	
VAT 1		
VAT 2		
VAT 3		
VAT 4		
VAT 5		

Consultations prénatales	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e
ELEMENTS DE SURVEILLANCE								
T.A.								
ALB/OEDEMES								
Prise de Poids								
ICTERE (Conjonctives)								
SAIGNEMENT								
HAUTEUR UTERINE								
B D C								
PRESENTATION								
Référence pour Accouchement								
- VAT								
CHLOROQUINE								
Fer Ac/folique								
Recherche active								
Date de Rendez-vous								

MINSAN/UNICEF

[illegible]

Date/heure de l'accouchement

TALICHNEC

VELIRANO

Eto anatrehan'i ZANAHARY , eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HYPPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy ahita izay zava-miseho ao ny masoko , ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra arapinoana ,ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabin'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse,

Signé : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo,

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and surname : MIRANTSOA Hajanirina Ghislain.

Title of the thesis : PRENATAL SUPERVISION'S ON THE CSB II OF CITE DES ASSUREURS ITAOSY IN 2003.

HEADING : PUBLIC HEALTH.

Number of tables : 24 **Number of pages :** 63 **Number of figures :** 21

Number of annexes : 1 **Number of schemas :** 3 **Number of references :** 34

SUMMARY

The prenatal consultation constitutes a whole of essential activity to the follow-up of pregnancy and allows detecting and treating any disease that the mother can have. This also helps mothers to remain in good health after providing them advices.

Our study is about the “prenatal consultation” at the CSB II Cité des assureurs Itaosy in 2003:

- 19,68% of the women only come in consultation before the 4th month of their pregnancy.
- 24,80% only make CPN during their pregnancy.
- 31,89% of the women are at risk.
- 7,87% of the women is with positive syphilitic serology.

Towards these problems encountered in the center, we propose as suggestions:

- Reinforcement of the activities of CCC in favour of the SMI/PF.
- Supply in drugs and equipments to the center.
- Improvement of competences of the personnel within the framework of a continuous integrated training.
- Fight against IST/AIDS.

Key-Words : Pregnancy-pregnancy at risk-prenatal control- assiduity- serology.

Director of thesis : Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe.

Assisted by : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal.

Address : Lot ITH 67 Amboatavo Itaosy .Antananarivo Atsimondranovo.

Nom et prénoms : MIRANTSOA Hajanirina Ghislain.

Titre de la thèse : CONSULTATION PRENATALE AU CSB II CITE DES ASSUREURS ITAOSY EN L'AN DE 2003.

RUBRIQUE : SANTE PUBLIQUE ;

Nombre de tableaux : 24 **Nombre de pages** : 63 **Nombre de figures** : 21

Nombre d'annexe : 1 **Nombre de schémas** : 3 **Nombre de références** : 34

RESUME

La consultation prénatale constitue un ensemble d'activité essentielle au suivi de la grossesse et qui permet entre autre de dépister et traiter toute maladie que la mère peut avoir, d'aider la mère à rester en bonne santé en lui prodiguant des conseils.

Notre étude est rétrospective sur « la consultation prénatale » au CSBII Cité des assureurs Itaosy en l'an 2003 dont :

- 19,68% des femmes seulement viennent en consultation avant le 4^{ème} mois de grossesse,
- 24,80% ne font qu'une CPN pendant leur grossesse,
- 31,89% des femmes sont à risques,
- 7,87% des femmes sont à sérologie syphilitique positive,
- 21,26% des femmes ne sont pas protégées contre le tétanos,

Face aux problèmes rencontrés au centre nous proposons comme suggestions :

- Renforcement des activités de CCC en faveur de la SMI/PF.
- Ravitaillement en médicaments et équipements du centre.
- Amélioration des compétences des personnels dans le cadre de la formation continue intégrée.
- Lutte contre les IST/SIDA.

Mots clés : grossesse-grossesse à risque- surveillance prénatale- assiduité- sérologie .

Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe .

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal.

Adresse de l'auteur : Lot ITH 67 Amboatavo Itaosy Antananarivo Atsimondrano.