

## SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
INTRODUCTION .....	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>2</b>
1-RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES .....	2
1.1- Anatomie .....	2
1.2- Physiologie .....	4
1.3- Fécondation .....	7
1.4- Le développement de l'œuf. ....	7
2 Quelques définitions.....	8
2.1-Grossesse normale . ....	8
2.2-Accouchement prématuré .....	8
2.3-Grossesse prolongée .....	8
2.4-Grossesses à risque .....	8
3- Grossesse proprement dite.....	8
3.1- Diagnostic positif .....	8
3.1.1-Eléments cliniques .....	9
3.1.2-Eléments paracliniques . ....	9
3.2-Diagnostic différentiel .....	10
3-3-Les facteurs de risque .....	10
3-4-Hygiène de la grossesse.....	10
4- Les consultations prénatales .....	11
4.1-Définition .....	11
4.2-Objectifs essentiels .....	12
4.3- Rythme des consultations prénatales .....	12
4.3.1- La première consultation .....	12
4.3.2- Les consultations prénatales intermédiaires .....	15
4.3.3-Les consultations prénatales du 8 <sup>ème</sup> et du 9 <sup>ème</sup> mois .....	16
4.4- Les éléments de surveillance .....	17
4.4.1- Pour la femme enceinte.....	17
4.4.2- Pour le fœtus .....	17
4.5- Les mesures préventives .....	18

4.5.2- Prévention du paludisme .....	18
4.5.3-Prévention du tétanos maternel et néonatal .....	18
4.5.4- Prévention contre l'anémie .....	19
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPUREMENT DITE .....</b>	<b>20</b>
1-Objectifs.....	20
1.1- Objectif général.....	20
1.2- Objectifs spécifiques.....	20
2- Cadre d'étude .....	20
2.1- Le secteur sanitaire .....	20
2-1-1-Situation géographique.....	20
2.1.2- Sectorisation.....	23
2-1-3-Aspect démographique.....	23
2-1-4-Les formations sanitaires.....	23
2-2-Les ressources humaines .....	23
2.3- Infrastructure.....	24
2.4- Les principales activités du centre .....	25
2.4.1- Les activités promotionnelles .....	25
2.4.2- Les activités curatives.....	25
2.4.3- Les activités préventives.....	25
2.4.4- Les autres activités du centre .....	25
2.5- La consultation prénatale .....	26
2.5.1- Le déroulement de la consultation prénatale .....	26
2.5.2-Le calendrier hebdomadaire de la consultation prénatale.....	26
2.5.3- Les matériels et équipements utilisés pendant la CPN .....	26
3- Méthodologie .....	27
3.1- Type d'étude .....	27
3.2- Mode de sélection .....	27
3.2.1- Critères d'inclusion.....	27
3.2.2- Critères d'exclusion .....	27
3.3-Paramètres.....	27
4- Méthode d'étude .....	28
5. Résultats .....	29
5.1 Données de base.....	29

5.2- Population d'étude .....	31
5.2.1 Les femmes enceintes d'après la situation démographique .....	31
5.2.2- Fréquence mensuelle.....	32
5.2.3 Fréquence trimestrielle.....	33
5.2.4-Fréquence semestrielle.....	34
5-3-Aspects épidémiologiques .....	35
5-3-1 L'âge.....	35
5-3-2 La gestité .....	36
5.3.3 La parité .....	38
5.3.3 Situation matrimoniale .....	39
5.3.5 Niveau d'instruction.....	40
5.3.6 Profession.....	41
5.3.7 Taux d'utilisation en CPN.....	42
5.3.8 Les nouvelles CPN durant l'année 2005 .....	43
5.3.9 Première CPN et âge des gestantes .....	44
5.3.10 Première CPN et gestité .....	45
5.3.11 Date de première CPN et âge gestationnel.....	46
5.3.12 Nouvelle CPN au 1 <sup>er</sup> trimestre de la grossesse .....	47
5.3.13-Femmes ayant fait la CPN jusqu'au troisième trimestre de la grossesse .....	48
5.3.14 Taux de couverture VAT2 ou plus.....	49
5.3.15 Intervalle intergénésiq ue et âge.....	50
5.3.16 Intervalle intergénésiq ue et gestité.....	51
5.3.17- Facteurs de risque .....	52
5.3.18- Examens biologiques .....	54

### **TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES – DISCUSSIONS -**

<b>SUGGESTIONS .....</b>	<b>57</b>
1-Commentaires et discussions .....	57
2- Suggestions .....	63

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>66</b>
------------------------	-----------

### **ANNEXES**

### **BIBLIOGRAPHIE**

## LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1 : Vaccin antitétanique .....	19
Tableau2 : Données de base sur le rapport mensuel des femmes enceintes vues en CPN au cours de l'année 2005 .....	29
Tableau 3 : Les femmes enceintes d'après la situation démographique .....	31
Tableau 4 : Evolution des effectifs globaux des CPN au cours de l'année.....	32
Tableau 5 : Fréquence trimestrielle de la CPN au cours de l'année .....	33
Tableau 6 : Fréquence semestrielle de la CPN au cours de l'année .....	34
Tableau 7 : Répartition des gestantes selon l'âge.....	35
Tableau 8 : Répartition des gestantes selon la gestité.....	36
Tableau 9 : La primigestité et la multigestité .....	37
Tableau 10 : Répartition des gestantes selon la parité.....	38
Tableau11 : Répartition des femmes enceintes selon la situation matrimoniale.....	39
Tableau 12: Répartition des gestantes selon leur niveau d'instruction .....	40
Tableau 13 : Répartition des gestantes selon la profession .....	41
Tableau 14 : Taux d'utilisation de CPN.....	42
Tableau 15 : La variation des effectifs des nouvelles CPN par mois.....	43
Tableau16 : Répartition des nouvelles consultantes selon l'âge .....	44
Tableau 17: Variation de la première CPN selon la gestité .....	45
Tableau 18 : Date de la première consultation prénatale selon l'âge gestationnel .	46
Tableau 19 : Variation de l'effectif des nouvelles CPN au 1 <sup>er</sup> trimestre de la grossesse .....	47
Tableau 20 : Variation de l'effectif des femmes ayant fait la CPN jusqu'au troisième de la grossesse .....	48
Tableau 21 : Taux de couverture vaccinale par VAT2 ou plus des femmes enceintes .....	49
Tableau22 : Répartition selon l'intervalle intergénésiq ue et l'âge de la femme .....	50
Tableau 23 : Répartition des parturientes selon l'intervalle intergénésiq ue et gestité.....	51
Tableau 24 : Répartition selon les facteurs de risque .....	52

<b>Tableau 25 : Répartition des femmes effectuant la sérologie de la syphilis avec les résultats. ....</b>	<b>54</b>
<b>Tableau 26 : Répartition des femmes effectuant le test d'albuminurie avec les résultats.....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau 27 : Répartition des femmes effectuant le test de glycémie avec les résultats.....</b>	<b>56</b>

## LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : carte sanitaire d'Antsirabe I.....	21
Figure 2 : sectorisation du firaisam- pokontany Antsenakely-Andraikiba .....	22
Figure 3 : Données de base .....	30
Figure 4 : les grossesses attendues par rapport à la population totale.....	31
Figure 5 : effectifs globaux des CPN au cours de l'année .....	32
Figure 6 : Fréquence trimestrielle de la CPN au cours de l'année.....	33
Figure 7 : Fréquence semestrielle de la CPN au cours de l'année.....	34
Figure 8 : Age des gestantes .....	35
Figure 9 : la gestité des gestantes .....	36
Figure 10 : Répartition selon la primigestité et la multigestité.....	37
Figure 11 : la parité des consultantess .....	38
Figure 12 : la situation matrimoniale des femmes enceintes.....	39
Figure 13 : le niveau d'instruction.....	40
Figure 14 : la profession des gestantes .....	41
Figure 15 : Taux d'utilisation de CPN .....	42
Figure 16 : Variation des effectifs de toutes nouvelles CPN par mois.....	43
Figure 17 : l'âge des nouvelles consultantess .....	44
Figure 18 : première CPN et gestité .....	45
Figure 19 : l'âge gestationnel lors de la première C.P.N .....	46
Figure 20 : les nouvelles CPN au 1 <sup>er</sup> trimestre de la grossesse.....	47
Figure 21 : l'effectif des femmes ayant fait la CPN jusqu'au troisième trimestre de la grossesse .....	48
Figure 22 : Taux de couverture vaccinale par VAT2 ou plus des femmes enceintes .....	49
Figure 23 : l'intervalle intergénésiq ue et l'âge de la femme.....	50
Figure 24 : l'intervalle intergénésiq ue et la gestité des parturientes.....	51
Figure 25 : les facteurs de risque présentés par les gestantes .....	53
Figure 26 : sérologie de la syphilis avec les résultats .....	54
Figure 27 : les résultats de l'albuminurie .....	55
Figure 28 : résultats de la glycémie des femmes enceintes .....	56

## LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma 1 : Appareil génital de la femme .....	3
Schéma 2 : Le sein .....	3
Schéma 3 : Cycle menstruel .....	6
Schéma 4 : Infrastructure du CSBII d'Atsinanantsena ex-CSS.....	24

Rapport-Gratuit.com

## LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

<b>A.M.E</b>	: Allaitement Maternel Exclusif
<b>B.C.G</b>	: Bacille de Calmette et Guérin
<b>β-HCG</b>	: Hormon Chorion Gonadotrophin fraction β
<b>B.M.H</b>	: Bureau Municipal d'Hygiène
<b>B.S.D</b>	: Bureau de Santé de District
<b>C.C.C</b>	: Communication pour le Changement de Comportement
<b>C.H.R.R</b>	: Centre Hospitalier Régional de Référence
<b>Cm</b>	: Centimètres
<b>C.P.N</b>	: Consultation Périnatale
<b>C.S.B.II</b>	: Centre de Santé de Base niveau II
<b>D.T.C.H.V.B.PO</b>	: Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite virale B Poliomyélite
<b>E.C.B.U</b>	: Examen Cytobactériologique des urines
<b>F.I.G.O</b>	: Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
<b>F.N.U.A.P</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>F.S.H</b>	: Follicule Stimulating Hormon
<b>H.T.A</b>	: Hypertension Arterielle
<b>I.S.T</b>	: Infection Sexuellement Transmissible
<b>J.S.I</b>	: Jereo Salama Isika
<b>Kg</b>	: Kilogrammes
<b>Km</b>	: Kilomètres
<b>LH-RH</b>	: Lutéinising Hormon Releasing Hormon
<b>m</b>	: Mètres
<b>mg</b>	: Milligrammes
<b>M.S.R</b>	: Maternité Sans Risque
<b>N.F.S</b>	: Numération Formule Sanguine
<b>O.N.G</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>O.M.S</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>OR.SEC</b>	: Organisation des SECours
<b>P.C.I.M.E</b>	: Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants
<b>P.F.</b>	: Planification Familiale



<b>P.T.M.E</b>	: Prévention de la Transmission VIH SIDA Mère-Enfant
<b>S.A</b>	: Semaine d'Aménorrhée
<b>S.R.A</b>	: Santé de la Reproduction des Adolescents
<b>T.A</b>	: Tension Artérielle
<b>µg</b>	: Microgrammes
<b>U.S.A.I.D</b>	: United States Agency for International Development
<b>V.A.T</b>	: Vaccin Antitétanique
<b>V.I.H</b>	: Virus d'Immunodéficience Humaine
<b>%</b>	: Pourcentage
<b>≥</b>	: Supérieur ou égal
<b>=</b>	: Egal

## **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

Les centres de santé de base niveau II assurent actuellement les activités curatives (consultation externe, soins), préventives (Planning Familial, vaccination, Consultation Périnatale et promotionnelles (allaitement maternel, sel iodé...)). Parmi les activités préventives, la CPN constitue un élément essentiel de la surveillance de la grossesse. Ainsi, le suivi régulier de la Consultation Périnatale aboutit à une maternité sans risque.

Le principal but de la CPN est de dépister les facteurs de risque d'une grossesse, d'éduquer les femmes enceintes à l'hygiène de la grossesse, les orienter vers un centre spécialisé en cas de pathologie inquiétante, et surtout les préparer aux modalités de l'accouchement.

Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un demi million de femmes meurent dans le monde pendant la grossesse ou l'accouchement (1). C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi le CSBII d'Atsinanantsena ex-CSS d'Antsirabel comme cadre d'étude car ce centre reçoit plusieurs consultantes en CPN.

Les objectifs de notre étude sont de :

- démontrer l'importance de l'utilisation des CPN
- évaluer l'assiduité des femmes enceintes en matière de CPN
- évaluer le taux de couverture vaccinale et les facteurs de risque chez les femmes enceintes
- détecter les maladies au cours de la grossesse
- essayer d'apporter quelques suggestions pour améliorer le suivi de la grossesse

Notre travail se divise en trois parties :

- la première partie concerne la revue de la littérature
- la deuxième partie est consacrée à notre étude proprement dite
- la troisième partie est axée sur les commentaires, discussions, et une conclusion générale clôturera l'étude.

## **PREMIERE PARTIE**

## PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

### 1-RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

#### 1.1- Anatomie (2) (3)

a) Les organes génitaux externes.

Ils sont situés dans la région appelée « vulve » qui est entre les faces internes des deux cuisses .La vulve est limitée en haut par le pubis, en bas par le périnée et sur les deux côtés par les grandes lèvres. Cette vulve est constituée anatomiquement par :

- les grandes lèvres.
- les petites lèvres
- le clitoris
- l'hymen
- le méat urinaire
- les glandes de la vulve

b) Les organes génitaux internes.

Ils sont constitués par :

- le vagin
- l'utérus
- les trompes de Fallope
- les ovaires : ce sont les glandes génitales de la femme.

c) Les seins : c'est une paire de glandes qui reposent sur la paroi thoracique. Le sein présente une aréole qui est centré par le mamelon. Ce dernier est percé d'orifices par lesquels débouchent les canaux galactophores qui drainent le lait maternel. (Schema1 et schéma 2)

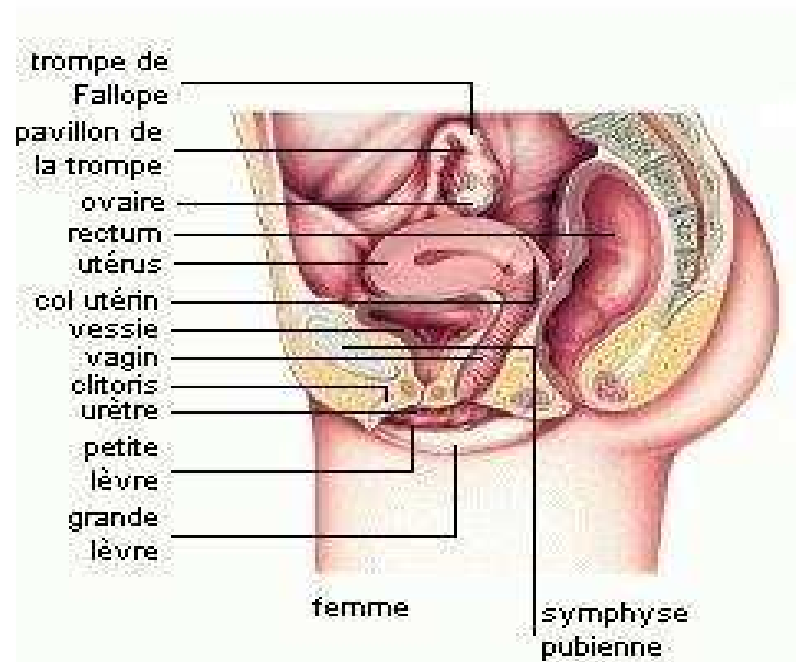


Schéma 1 : Appareil génital de la femme (Source : Le Petit Larousse 2003)

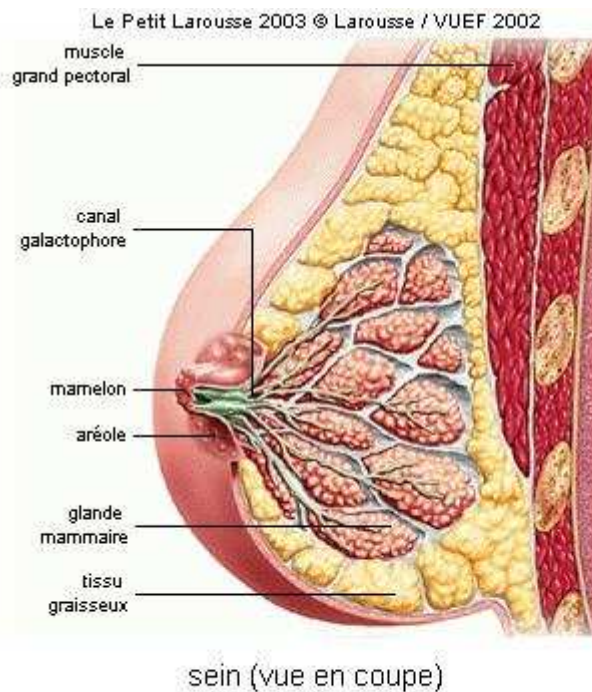


Schéma 2 : Le sein (Source : Le Petit Larousse 2003)

## 1.2- Physiologie (4) (5)

Durant toute la phase de fertilité, c'est-à-dire de la puberté à la ménopause, le corps de la femme connaît périodiquement de nombreuses modifications ayant pour but de l'amener à un état optimal pour une éventuelle fécondation. L'ensemble de ces modifications s'appelle : « le cycle menstruel ». Sa durée moyenne est de 28 jours, mais peut varier entre 25 et 35 jours. Ce cycle est sous la dépendance d'un système hormonal qui comprend trois éléments :

- un centre de commandes qui est l'axe hypothalamo-hypophysaire
- des centres de relais qui sont les deux ovaires
- des organes cibles qui sont les trompes, l'utérus, le vagin et les seins.

\*Le centre des commandes :

°L'hypothalamus, situé au niveau de la base du cerveau, contrôle l'activité de l'hypophyse par l'intermédiaire d'une substance hormonale, la LH- RH.

°L'hypophyse, placée dans la selle turcique, secrète plusieurs sortes d'hormones dont les gonadotrophines. Ce sont des hormones qui stimulent les gonades, c'est-à-dire les ovaires chez la femme. Ces gonadotrophines sont :

- la FSH ou hormone de stimulation folliculaire, assure la maturation des follicules
- la LH ou hormone lutéinique, induit l'ovulation une fois par cycle menstruel. (Schéma 3).

\* Les centres de relais

Les ovaires produisent les cellules sexuelles de la femme : les ovules. A l'origine ces derniers sont des petites formations cellulaires appelées follicules, présentes en très grand nombre dans l'ovaire.

°Au début de chaque cycle, sous l'action de la FSH certains follicules vont se mettre à croître et mûrir et vont sécréter les oestrogènes.

°Au bout d'une semaine de croissance et de maturation, un follicule prend le dessus sur les autres qui vont involuer.

°Au 14<sup>e</sup> jour d'un cycle habituel de 28 jours, sous l'influence d'une brusque augmentation de la sécrétion de LH et, dans une moindre mesure de FSH, le follicule se rompt, libérant l'ovule qui entame alors sa migration dans la trompe qui l'a capté.

°Ensuite ce qui subsiste de l'ancien follicule devient le corps jaune qui tout en continuant à produire les oestrogènes se met à sécréter de la progestérone.

\* Les organes cibles

-le vagin et les trompes : les oestrogènes favorisent une vascularisation et une croissance de bonne qualité de leurs muqueuses.

-le col de l'utérus : une abondante production d'oestrogène stimule la sécrétion de la « glaire » qui favorise le cheminement des spermatozoïdes vers les trompes et les protège des agressions microbiennes.

-la muqueuse utérine : dans la phase dite pré- ovulatoire, sous l'influence des oestrogènes, ses cellules se multiplient et son épaisseur augmente nettement au cours de la phase post-ovulatoire ou lutéale, sous l'action conjuguée des oestrogènes et surtout de la progestérone, il y a prolifération des vaisseaux sanguins et de nombreuses glandes. Ces dernières secrètent et accumulent de grandes quantités de substances qui vont nourrir l'œuf qui viendrait s'implanter en cas d'une éventuelle fécondation, s'il y a pas de fécondation la muqueuse s'atrophie ; le corps jaune dont la durée de vie est de 14 jours disparaît, et les productions d'oestrogène et de progestérone cessent La muqueuse utérine devient fragile et friable, elle se décolle, entraînant un saignement : ce sont les règles, qui marquent la fin du cycle et le début du cycle suivant.



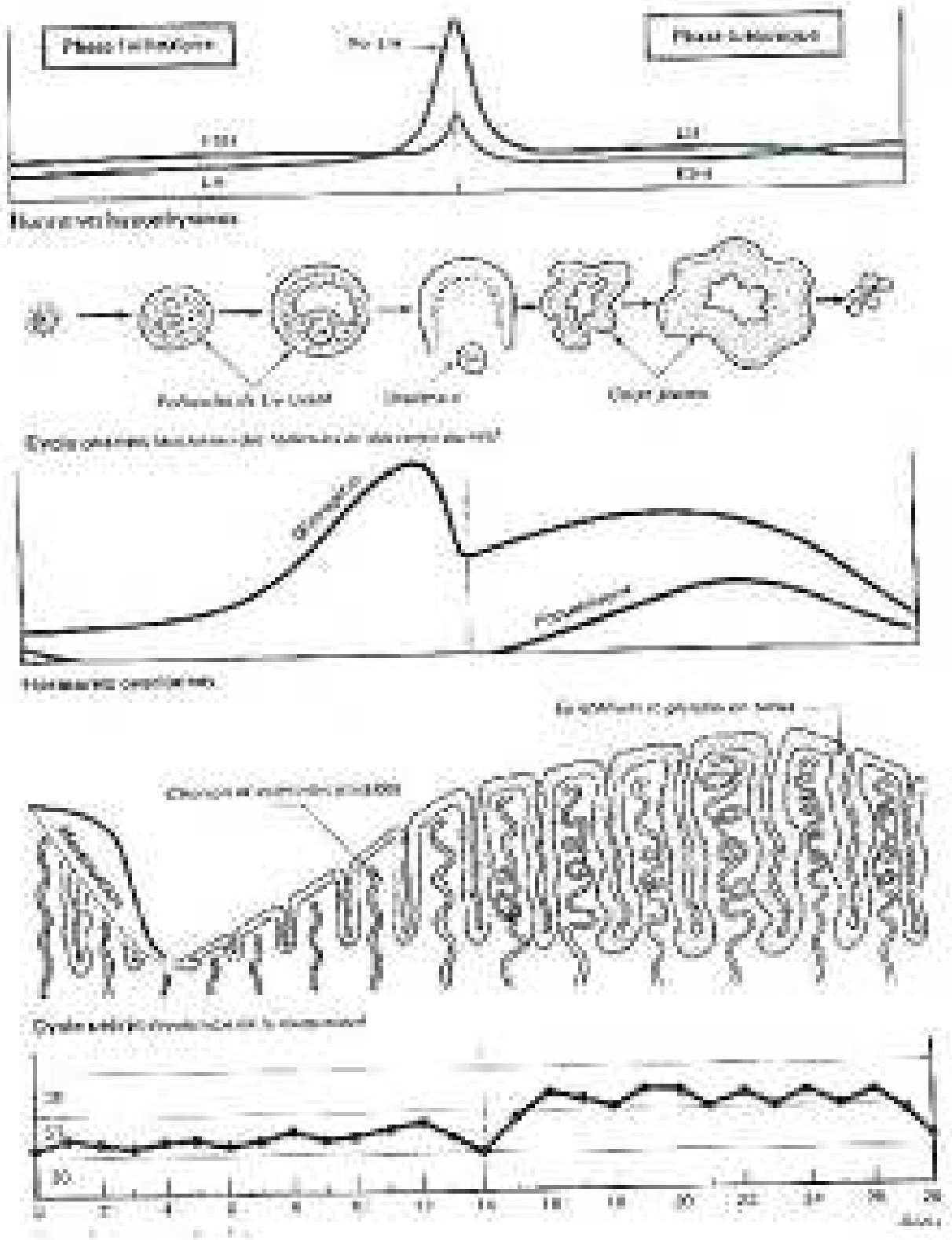


Schéma 3 : Cycle menstruel (4)

### **1.3- Fécondation (6)**

C'est la pénétration du gamète mâle, le spermatozoïde, dans le gamète femelle, l'ovule, pour constituer l'œuf ou zygote.

#### **\*Migration (7)**

C'est la progression de l'œuf formé vers l'utérus grâce à un flux liquidien, à des cils et à des contractions de la trompe.

#### **\*Nidation (8)**

C'est la fixation de l'œuf fécondé dans la caduque utérine où l'œuf pénètre par effraction. Elle s'étend du 7ème au 10ème jour après la fécondation.

### **1.4- Le développement de l'œuf. (9)**

Il s'effectue en deux phases.

#### **a/ La phase embryonnaire**

Elle couvre les deux premiers mois de la grossesse.

°Au cours du premier mois, les cellules de l'œuf se multiplient très rapidement, pour former deux types de cellules :

-les cellules périphériques qui constituent les annexes, c'est-à-dire le placenta et le cordon ombilical.

-les cellules centrales qui forment l'embryon.

°Pendant le deuxième mois, l'embryon continue à mettre en place ses organes. On distingue deux développements simultanés : l'organogenèse et la morphogenèse.

#### **b/ La phase fœtale**

Elle s'effectue à partir du troisième mois. Cette phase est marquée par la croissance et la maturation de l'embryon. Elle aboutit à la constitution d'un enfant achevé et viable. Pendant cette période le fœtus va passer de 3 grammes à 3 kilogrammes environ.

## **2 Quelques définitions**

### **2.1-Grossesse normale (10).**

C'est un phénomène continu qui débute à la fécondation et s'achève à la naissance. Sa durée, en fonction de son terme s'établit selon une courbe assez proche d'une courbe de Gauss en calculant à partir du premier jour des dernières règles, on obtient un mode d'environ 280 jours, ce qui correspond à 40 Semaines d'Aménorrhée (S.A.) chez une femme ayant des cycles réguliers de 28 jours. Une grossesse normale dure 37 à 42 S.A.

### **2.2-Accouchement prématuré (11)**

C'est un accouchement qui a lieu entre 22<sup>ème</sup> et 37<sup>ème</sup> S.A de grossesse.

### **2.3-Grossesse prolongée (12)**

La grossesse prolongée, selon la définition de la Fédération Internationale de Gynécologie et d' Obstétrique (F.I.G.O.), est une grossesse qui dure plus de 42 S.A. révolues (294 jours). Dans le cas des femmes présentant des cycles irréguliers ou dont la date des dernières règles sont imprécises, il s'agit d'une durée basée sur une détermination théorique de la date de l'ovulation.

### **2.4-Grossesses à risque (13)**

Une grossesse à risque est une grossesse qui présente un danger potentiel pour l'enfant, et quelquefois pour la mère, pendant la période de gestation mais également dans les premiers jours du post- partum.

## **3- Grossesse proprement dite**

### **3.1- Diagnostic positif (14)**

Le diagnostic positif d'une grossesse est défini par une aménorrhée chez une femme en âge de procréer, habituellement réglée.

### 3.1.1-Eléments cliniques (14) (15)

Les éléments cliniques sont dominés par les signes suivants :

° Signes sympathiques qui montrent des nausées, des vomissements, une hypersialorrhée .....

° Signes généraux avec la persistance d'une température matinale à plus de 37°Celsius pendant plus de 16 jours.

° Signes physiques :

- à l'examen physique on constate surtout au niveau des seins :

une tension mammaire, une hyperpigmentation aréolaire, un développement des tubercules de Montgomery et une augmentation de volume.

- à l'examen gynécologique on observe au niveau des organes génitaux externes un œdème et une accentuation de la pigmentation.

Au spéculum les éléments suivants sont plus marqués :

aspect congestif, violacé, lilas du col

absence de glaire ou si elle est présente, elle sera coagulée.

Au toucher vaginal :

On perçoit une augmentation du volume utérin à partir de 6.S.A et l'utérus est de consistance molle de façon précoce et globale, particulièrement au niveau de l'isthme, c'est le signe de HEGAR. On constate également un comblement des culs-de-sac latéraux, c'est le signe de NOBLE.

### 3.1.2-Eléments paracliniques (16).

Ils ont pour but de confirmer le diagnostic positif d'une grossesse.

Les examens à demander sont :

° Des examens biologiques : -dosage béta-HCG (urinaire, sanguin).

° Examen morphologique qui est l'échographie :

- par voie endovaginale, possible à partir de 4.S.A. et demie.

- par voie abdominale à partir de 6.S.A.

Elle va visualiser le sac ovulaire.

### 3.2-Diagnostic différentiel (17)

Une grossesse est à différencier de :

- gros kyste de l'ovaire
- gros utérus fibromateux.....

### 3-3-Les facteurs de risque (18) (19)

Ils sont composés par :

- l'âge : inférieur à 18 ans et supérieur à 35 ans.
- la morphologie de la femme : -mensuration inférieure à 150 centimètres
  - poids inférieur à 45 Kilogrammes
  - bassin rétréci ou asymétrique.
- les conditions socio-économiques : fatigue ménagère, grossesses illégitimes  
.....
- la mauvaise hygiène de vie telle que la prise de tabac, alcool, drogues ou de décoctions
- les antécédents obstétricaux :- prématurité ou bébé hypotrophique à la naissance
  - mort fœtale in-utéro
  - opération césarienne ou utérus cicatriciel.....
- les facteurs médicaux :
  - tension artérielle (T.A) supérieure à 140mmHg pour la valeur systolique et supérieure à 80mmHg pour celle de la diastole
  - diabète
  - autres maladies générales (asthme, cardiopathies...).

### 3-4-Hygiène de la grossesse

a)-Notions générales .(20) (21)

On doit respecter les éléments suivants :

- prise de poids inférieure à 10Kg au maximum, dans certains cas 12Kg

- suivre un régime équilibré (viandes, graisses, sucres, légumes et fruits)
- le Calcium et le Phosphore sont apportés par le lait et les laitages.
- le Fer est apporté par les épinards, lentilles, foie de veau, mais il est toujours nécessaire d'ajouter à partir du 5<sup>ème</sup> mois le Fer sous forme de médicament.
- pas plus de 10g par jour pour le sel, on ne le supprimera qu'en cas d'albuminurie, hypertension artérielle ou excès de poids.
- les vitamines sont à ajouter, surtout vitamines B et C
- le tabac, l'alcool, les décoctions ou autres drogues sont à supprimer.

b)-Interdictions générales :(20) (22)

- réduire l'exercice physique, les sports, la voiture, la moto, ne pas soulever de poids .....
- porter des chaussures larges et plates, aucun vêtement serré
- éviter les voyages et déplacements prolongés
- éviter les vaccins vivants atténués (vaccin contre la typhoïde.....).

A noter qu'il faut signaler toute anomalie au médecin durant la grossesse (saignement génital, douleur du bas ventre, absence de mouvements du fœtus.....).

#### **4- Les consultations prénatales**

##### **4.1-Définition (23)**

La consultation prénatale (C.P.N.) est un examen de dépistage qui consiste à constater la normalité ou non d'une grossesse.

## **4.2-Objectifs essentiels (24) (25)**

Ils consistent à :

- °Suivre la bonne évolution de la grossesse.
- °Dépister à temps les risques maternels et fœtaux éventuels au cours des différents trimestres de la grossesse jusqu'à son terme.
- °Evaluer le pronostic de l'accouchement vers la fin de la grossesse.
- °Préparer la mère à l'accouchement et à l'allaitement.

## **4.3- Rythme des consultations prénatales (18) (26)**

Au minimum la femme enceinte doit effectuer quatre (4) C.P.N au cours de sa grossesse avec:

- une première entre 12 à 16 S.A. pour poser le diagnostic
- une deuxième entre 20 à 24 S.A. pour prévention des accouchements prématurés
- une troisième entre 28 à 32 S.A pour dépister les complications
- une quatrième à partir de la 37<sup>ème</sup> S.A pour poser le pronostic de l'accouchement.

### **4.3.1- La première consultation (14) (27)**

Cette première consultation a comme buts :

- le diagnostic de la grossesse
- la détermination du terme
- la recherche par l'interrogatoire approfondi et l'examen clinique des facteurs qui confèrent à la grossesse un caractère « à risque »
- la prescription des examens complémentaires.

#### **4.3.1.1- Précision du terme de la grossesse**

La détermination du terme sera le point de repère pour toute la suite de la grossesse. L'âge d'une grossesse est défini par le nombre de semaines d'aménorrhées, c'est-à-dire le nombre de semaines de grossesse ajoutées de deux semaines pour les cycles de 28jours.On déterminera la date de début d'une grossesse soit :

- par une courbe de température réalisée lors du cycle fécondant
- par la date des dernières règles chez une femme présentant des cycles réguliers. On applique alors la règle de Neagle qui annonce que la durée de la phase lutéale du cycle étant fixée à 14 jours, la date d'ovulation présumée sera alors obtenue en retirant 14 jours à la date des règles manquantes lors du cycle fécondant.

L'échographie réalisée à 12 S.A permet également une estimation du terme à plus ou moins 4 jours.

#### **4.3.1.2- Pronostic et facteurs de risque**

##### **A /Interrogatoire**

Il renseigne sur :

- le terrain : prise de substances toxiques, âge, profession, conditions socio-économiques. . .
- les antécédents familiaux : diabète, hypertension artérielle (H.T.A), maladies congénitales . . .
- les antécédents médicaux personnels : infections urinaires à répétition, épilepsie, H.T.A. . . .
- les antécédents chirurgicaux : chirurgie abdominale ou pelvienne.
- les antécédents gynécologiques et obstétricaux :
  - durée habituelle des cycles
  - mode de contraception éventuelle avant la grossesse
  - gestité : c'est le nombre total des grossesses incluant la grossesse actuelle ; savoir le déroulement des grossesses antérieures, pathologiques ou non, ainsi que leurs termes.
  - parité : c'est le nombre de grossesses atteignant 22 S.A. et plus ; connaître le terme des accouchements antérieurs, ainsi que leur déroulement.



### **B/ L'examen clinique initial**

Il comporte :

-un examen général qui apprécie : le poids, la taille, la morphologie générale, l'état veineux des membres inférieurs. . .

-un examen gynécologique qui inclue :

-l' examen des seins

-l'examen au spéculum avec réalisation d'un frottis cervico- vaginal si nécessaire (notion de pertes)

-le toucher vaginal qui va étudier le volume utérin, la position du col, l'état du col ainsi que sa longueur. .

#### **4.3.1.3- La prescription des examens complémentaires**

\* Concernant les examens complémentaires, il y en a trois qui sont obligatoires :

-la détermination du groupe sanguin (ABO et facteur rhésus)

-la recherche sérologique de la syphilis

-la recherche d'une présence anormale de sucre et protéines dans les urines.

\* D'autres examens sont à conseiller :

- la recherche sérologique du VIH

-la glycémie à jeûn et post-prandiale

-l'examen cyto bactériologique des urines (E.C.B.U) en cas d'infection urinaire à répétition

-une échographie à partir de 12 S.A.

\* Programmation du suivi ultérieur

Au total, au terme de cette consultation, il faut envisager le suivi ultérieur de la grossesse selon :

- le terme estimé

- les facteurs de risque présentés par la parturiente pour la grossesse en cours du point de vue médical ou obstétrical (contacter le spécialiste concerné en cas de pathologie et définir avec eux la conduite adaptée à la grossesse).

Des conseils hygiéno-diététiques seront dispensés à toutes les femmes enceintes pour leur grossesse.

Il faut faire une déclaration de grossesse indiquant la date présumée du début de la grossesse, avant le début de la 15<sup>ème</sup> S.A. de préférence.

Enfin, ce suivi sera mensuel à partir du quatrième (4<sup>ème</sup>) mois de la grossesse.

#### **4.3.2- Les consultations prénatales intermédiaires (9) (14) (28)**

Elles ont lieu chaque mois. Ces consultations ont pour principal but de dépister une anomalie du déroulement de la grossesse ou du développement fœtal. Elles reposent sur un bon interrogatoire et un examen clinique complet qui comprendra un examen général et un examen obstétrical soigneux.

##### A / Examen général :

L'examen général va comprendre la pesée, la prise de la tension artérielle, l'auscultation cardio-pulmonaire, l'appréciation de l'état des veines des membres inférieurs, la recherche d'œdème surtout au niveau des membres inférieurs. . .

##### B°/ Examen obstétrical

C'est le temps essentiel de l'examen, il comporte :

- ° la mesure de la hauteur utérine, à la recherche d'une anomalie de volume
- ° l'auscultation du bruit cardiaque fœtal avec un stéthoscope obstétrical de Pinard, ou par amplificateur de son, ou par effet Doppler qui donne un résultat dès la dixième (10<sup>ème</sup>) S.A. avec un chiffre normal entre 120 à 160 battements par minute
- ° la vérification des mouvements actifs fœtaux, perceptibles à partir du quatrième (4<sup>ème</sup>) mois
- ° la palpation abdominale douce évaluant la présentation du fœtus, à la fin du deuxième (2<sup>ème</sup>) trimestre
- ° le toucher vaginal qui étudie le col utérin : sa position et sa consistance, sa longueur et l'existence d'une éventuelle ouverture

Les examens complémentaires dans les consultations intermédiaires sont :

- dépistage du diabète gestationnel par le test d'O'Sullivan entre 24 et 28 S.A.
- .-la numération formule sanguine (NFS)
- l'examen des urines sera obligatoire tous les mois (albumine, sucres).

Il est à noter qu'une 2<sup>ème</sup> échographie est nécessaire pour visualiser la bonne croissance du fœtus, pour dépister une éventuelle malformation ainsi que pour déterminer le sexe du bébé selon le désir de la mère.

Les examens complémentaires facultatifs sont selon la parturiente avec :

- sérologie de la rubéole en cas de notion de contagage ou une sérologie antérieure négative
- examen cyto bactériologiques des urines
- sérologie de l'hépatite B
- examen bactériologique de l'endocol.

#### **4.3.3-Les consultations prénatales du 8<sup>ème</sup> et du 9<sup>ème</sup> mois (9) (14) (29)**

Le principal objectif au cours de ces consultations est d'évaluer les conditions dans lesquelles va se dérouler l'accouchement.

L'examen clinique du 9<sup>ème</sup> mois reprend les différents éléments du suivi mensuel de la grossesse mais insiste particulièrement sur :

- l'évaluation de la présentation fœtale
- les conditions cervico-isthmiques qui se modifient progressivement à ce terme
- l'évaluation des parties molles : antécédents de traumatismes obstétricaux, tonicité périnéale
- l'étude du bassin osseux qui apprécie ces différents éléments :
  - \*le détroit supérieur avec étude du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse
  - \*le détroit moyen avec évaluation des saillies des épines sciatiques et de la concavité sacrée et de l'orifice pubienne

\*le détroit inférieur : plus difficile à évaluer et non pourvoyeur d'une dystocie lors de l'accouchement.

En cas d'anomalie de cet examen on aura recours à une radiopelvimétrie.

A l'issue de cette consultation, on aura évalué les possibilités de l'accouchement, soit par voie basse, soit par opération césarienne programmée alors dans un délai d'une semaine (38 S.A).

La patiente sera alors revue toutes les semaines jusqu'à l'accouchement.

Si au terme de 41 S.A. elle n'a pas encore accouché, il faudra refaire le point sur les conditions locales et sur la vitalité fœtale avec mise en place adaptée d'un suivi pour dépassement de terme.

#### **4.4- Les éléments de surveillance (30) (31)**

##### **4.4.1- Pour la femme enceinte**

- °L'état général : bon, moyen, mauvais
- °La tension artérielle : normale, élevée ou basse
- °L'examen des seins : présence ou non de montée laiteuse
- °Le poids : l'augmentation ne doit pas excéder 12 kg pendant toute la durée de la grossesse
- °La taille : la taille inférieure à 1,50 m est un facteur de risque
- °La hauteur utérine qui devra augmenter de 4 cm par mois
- °La vaccination antitétanique pour la protection de la mère et de l'enfant
- °La chimioprophylaxie antipalustre
- °L'anémie pendant la grossesse
- °Les urines : pour la recherche de sucre et de protéine
- °Les sérologies de la syphilis, de la toxoplasmose et du VIH

##### **4.4.2- Pour le fœtus**

- °Les bruits du cœur fœtal à partir du cinquième (5<sup>ème</sup>) mois
- °Sa présentation à partir du septième (7<sup>ème</sup>) mois
- °Le dépistage d'une disproportion foeto-pelvienne à partir du début du 8<sup>ème</sup> mois.

#### 4.5- Les mesures préventives

##### 4-5-1-Prévention de la Transmission de VIH Mère Enfant (P.T.M.E.) (32)

Causerie systématique

Counselling systématique et confidentiel

CONSEIL PRE TEST : proposition du test de dépistage du VIH

TEST VOLONTAIRE

CONSEIL POST TEST : Annonce du résultat

Information sur la date de la prochaine visite.

#### 4.5.2- Prévention du paludisme (18) (30) (33)

Théoriquement, au cours des deux premières grossesses, commencer la chimioprophylaxie antipalustre dès le premier (1<sup>er</sup>) contact avec la femme enceinte. La chloroquine par voie orale est le médicament utilisé.

La posologie est comme suit : pendant la première (1<sup>ère</sup>) semaine avec

- 600 mg le 1<sup>er</sup> jour soit 10mg par Kg

- 600mg le 2<sup>ème</sup> jour soit 10 mg par Kg

- 300mg le 3<sup>ème</sup> jour soit 5mg par Kg

Ensuite, pour les semaines suivantes jusqu'à un mois après accouchement, prendre 5mg par Kg par semaine.

On peut également recourir à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (500/25 mg) avec une 1<sup>ère</sup> prise après apparition des mouvements fœtaux (20 à 24 S.A.) dont trois comprimés en une seule fois. Une 2<sup>ème</sup> prise peut être effectuée un mois après au plus tôt, à partir du 28<sup>ème</sup> S.A.

#### 4.5.3-Prévention du tétanos maternel et néonatal (34) (35)

Le vaccin antitétanique reste le moyen indispensable pour lutter contre le tétanos maternel après l'accouchement et contre le tétanos néonatal des nouveau-nés.

Nous reproduisons ci- dessous le calendrier de vaccination préconisé aux femmes en âge de procréer en incluant les femmes enceintes.

**Tableau 1 : Vaccin antitétanique**

<b>DOSES</b>	<b>CALENDRIER</b>	<b>DUREE DE PROTECTION</b>
VAT 1	Au 1 <sup>er</sup> contact ou le plus tôt possible lors de la grossesse	0
VAT 2	4 semaines après VAT 1	3ans
VAT 3	6 à 12 mois après VAT 2 ou lors d'une grossesse ultérieure	10 ans
VAT 4	1 à 3 ans après VAT 3 ou lors d'une grossesse ultérieure	10 ans
VAT 5	1 à 5 ans après VAT 4 ou lors d'une grossesse ultérieure	A vie

#### **4.5.4- Prévention contre l'anémie (18)**

Il est indispensable de prendre, à partir du 6<sup>ème</sup> mois du Fer 60mg avec de l'Acide folique 40µg à la dose de un (01) comprimé par jour pendant six mois (à continuer après l'accouchement).

## **DEUXIEME PARTIE**

## **DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE**

### **1-Objectifs**

#### **1.1- Objectif général**

Notre étude vise à sensibiliser les femmes enceintes à être assidues aux C.P.N. afin de promouvoir la maternité sans risque qui est une politique nationale de la santé.

#### **1.2- Objectifs spécifiques**

Ils consistent à :

- déterminer le profil épidémiologique des femmes vues en C.P.N.
- apporter des suggestions pour améliorer la prise en charge des grossesses.

### **2- Cadre d'étude**

Cette étude a été réalisée au Centre de Santé de Base niveau II (C.S.B. II) Atsinanantsena ex-CSS, dans la commune urbaine Antsirabe I qui est incluse dans le district Antsirabe I.

#### **2.1- Le secteur sanitaire**

##### **2-1-1-Situation géographique**

Le secteur sanitaire du CSBII d'Atsinanatsena se trouve dans la commune urbaine d'Antsirabe I , dans le district sanitaire du dit.La commune est composée de six (06) firaisam-pokontany qui sont :

- Antsenakely-Andraikiba au nord-ouest
- Ampatana-Mandriankaniheny au sud-ouest
- Soamalaza-Mahatsinjo au sud-est
- Ambilobe-Manodidina ny gara au nord-est
- Mahazoarivo-Avarabohitra au nord
- Firaisana 4A au sud.







### **2.1.2- Sectorisation**

Le secteur sanitaire étudié est dans le firaisam-pokontany d'Antsenakely Andraikiba, il est constitué de dix (10) fokontany : Antsenakely, Atsimotsena, Avaratsena, Ivory, Amboronomby, Fiadanana, Andrangy, Tanambao, Ouest Ivohitra et Andraikiba. Ce dernier est le plus éloigné du centre, à 9 Kilomètres (Km) environ. Par contre, Antsenakely est le plus proche avec le bureau du fokontany qui est à quelques mètres à peine du centre. Le C.S.B II Atsinanantsena ex-CSS est limité :

- au nord-ouest par le bureau du fokontany Antsenakely
- à l'ouest par le grand marché d'Asabotsy
- au nord-est par le Centre Hospitalier Régional de Référence (C.H.R.R)
- au sud par le chemin vers Amboronomby.

### **2-1-3-Aspect démographique**

Le nombre total de la population est de 39157. Les femmes en âge de procréer comptent 9006 soit 23% de la population totale. La valeur estimative des grossesses attendues est de 1762 et elle correspond à 4,5% de la population.

### **2-1-4-Les formations sanitaires**

Dans le firaisam-pokontany Antsenakely-Andraikiba, à part le C.S.B. II Atsinanantsena ex-CSS qui est une formation sanitaire publique, on a d'autres formations sanitaires :

- Imahasoazaza
- SAFIDI Andraikiba
- Marie Stopes International d'Antsirabe (M.S.I.)
- Bureau Municipal d'Hygiène (B.M.H.).

### **2-2-Les ressources humaines**

**Le personnel du centre est composé de :**

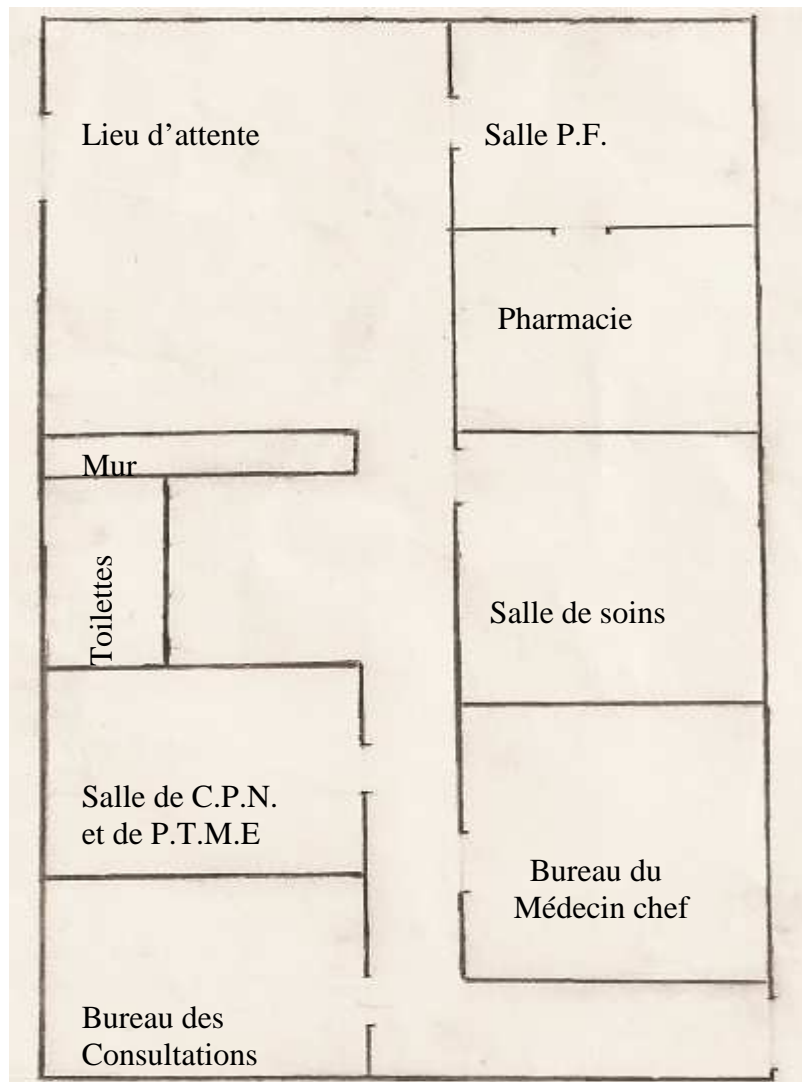
- un (01) médecin chef
- deux (02) médecins traitants
- trois (03) paramédicaux
- un (01) dispensateur
- deux (02) personnels d'appui.

### 2.3- Infrastructure

Le centre est formé d'un seul bâtiment avec, à l'entrée au sud-ouest, se trouve un couloir qui sert aussi de lieu d'attente. Ensuite, il y a le bureau du médecin chef qui fait face au bureau destiné aux consultations.

A côté de ce bureau de consultations se trouve la salle de C.P.N et de P.T.M.E. et à côté de celui du médecin chef la salle pour les soins.

En face de la salle de soins se trouvent les toilettes. La pharmacie et la salle de Planning Familial (P.F.) sont côte à côte, en face d'un grand espace qui sert également de lieu d'attente.



**Schéma 4 : Infrastructure du CSBII d'Atsinanantsena ex-CSS**

**Source : CSBII Atsinanantsena ex-CSS**

## **2.4- Les principales activités du centre**

Les activités du centre sont constituées par des activités promotionnelles, curatives et préventives.

### **2.4.1- Les activités promotionnelles**

Elles sont représentées par la sensibilisation de l'allaitement maternel exclusif (AME) jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois de naissance, sur un mode de vie saine concernant la santé de reproduction des adolescents (SRA). Promotion également de l'hygiène et de l'assainissement ainsi que de la santé bucco-dentaire et de la santé scolaire.

### **2.4.2- Les activités curatives**

Les activités curatives concernent les consultations externes et les soins.

### **2.4.3- Les activités préventives**

Les activités préventives s'occupent surtout de la vaccination :

- vaccin de Calmette et Guérin (B.C.G.)
- vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, et contre la poliomyélite (D.T.C.HVB.PO.)
- vaccin anti-rougeoleux

Ces vaccins sont destinés aux enfants de 0 à 11 mois.

- V.A.T. ou vaccin antitétanique pour les femmes enceintes et en âge de procréer.

Il existe aussi un service s'occupant de la prévention de la carence en iode, de la transmission de VIH mère enfant depuis 2004 . . . .

### **2.4.4- Les autres activités du centre**

Les personnels du centre se chargent d'autres activités telles que :

- la prise en charge des enfants malnutris qui dépend de l'arrivage des produits nutritifs de surveillance.
- la Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants (P.C.I.M.E.).
- les organisations de Secours (ORSEC) intervenant en cas d'incendies,

de cataclysmes par des équipes sanitaires composées de médecins et paramédicaux.

## **2.5- La consultation prénatale**

### **2.5.1- Le déroulement de la consultation prénatale**

La consultation prénatale (CPN) est à la charge d'un médecin et d'une sage-femme. Les principes des responsables de la CPN sont :

- Communication pour le Changement de Comportement (C.C.C.)
- le Counselling de masse
- recueil des informations concernant la parturiente
- Counselling pré-test pour la P.T.M.E.
- surveillance de la grossesse proprement dite (taille, poids, tension artérielle . . .
- réalisation du test volontaire
- fixation du rendez-vous pour la prochaine CPN ainsi que le rendez-vous pour le résultat du test.

Il faut remarquer qu'il existe aussi le test rapide pour la P.T.M.E., ce test permet un résultat immédiat.

### **2.5.2-Le calendrier hebdomadaire de la consultation prénatale**

Les jours consacrés aux CPN au cours de la semaine sont le mardi et le jeudi, toute la journée.

### **2.5.3- Les matériels et équipements utilisés pendant la CPN**

Ils comprennent :

- une armoire métallique à deux portes et fermée à clé
- une table métallique à deux tiroirs
- un stéthoscope médical et un autre obstétrical
- une table roulante pour soins
- deux chaises pour les consultantes et une autre pour la sage femme
- une étagère métallique
- le matériel pour la P.T.M.E (détermine, pipettes, embouts,...).
- un table d'examen
- un tensiomètre
- un pèse personne
- un escabeau



### **3- Méthodologie**

#### **3.1- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, allant du 1<sup>ère</sup> janvier au 31 décembre 2005. Les dossiers de l'étude ont été fournis à partir :

- des rapports d'activités mensuelles et annuelles au sein du service de CPN du centre
- des rapports de vaccination.

#### **3.2- Mode de sélection**

##### **3.2.1- Critères d'inclusion**

Sont incluses dans l'étude les femmes venues au C.P.N fréquemment avec des dossiers complets.

##### **3.2.2- Critères d'exclusion**

Il n'y a pas de critères d'exclusion, le recrutement est exhaustif.

#### **3.3-Paramètres**

Ils sont constitués par :

-L'âge qui est réparti comme suit :

14-19 ans

20-24 ans

25-34 ans

35-39 ans

40 ans et plus.

- La gestité en analysant la primigestité et la multigestité.
- La situation matrimoniale.
- Le niveau d'instruction.
- Le taux d'utilisation en CPN.
- Les nouvelles CPN dans l'année.
- La première CPN et âge des gestantes.
- La première CPN et gestité.
- La date de la 1<sup>ère</sup> CPN et l'âge gestationnel.

- Nouvelle CPN au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.
- Femmes ayant fait la CPN jusqu'au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse.
- Taux de couverture vaccinale en V.A.T.II ou plus.
- Intervalle intergénésiq ue et âge.
- Intervalle intergénésiq ue et gestité.
- Facteurs de risque.
- Examens biologiques.

#### 4- Méthode d'étude

Les données d'étude ont été obtenues à partir de rapport d'activités des C.P.N.

Les formules utilisées sont les suivantes :

$$\text{Taux d'utilisation en CPN} = \frac{\text{Nombre total des 1ères CPN}}{\text{Nombre des grossesses attendues}} \times 100$$

$$\text{Taux de couverture vaccinale} = \frac{\text{Nombre des femmes cibles vaccinées}}{\text{Nombre des grossesses attendues}} \times 100$$

Nous avons établi les calculs et les graphes à l'aide du logiciel Excel.

Les résultats sont représentés sous forme :

° de tableaux par des chiffres en valeurs absolues et en pourcentages

° de graphes par des diagrammes, par des courbes et par des secteurs.



## 5. Résultats

Ils sont présentés sous forme de tableaux

### 5.1 Données de base

**Tableau2 : Données de base sur le rapport mensuel des femmes enceintes vues en CPN au cours de l'année 2005.**

Mois	Effectif des CPN totales	Effectif des nouvelles CPN	Effectif des nouvelles CPN au 1 <sup>er</sup> trimestre	Effectif des femmes effectuant la CPN jusqu'au 3 <sup>ème</sup> trimestre	Effectif des vaccinées par VAT2 ou plus à la CPN
Janvier	17	7	5	9	10
Février	38	20	16	15	30
Mars	51	17	12	30	43
Avril	48	12	4	26	35
Mai	49	14	6	33	34
Juin	30	10	5	15	22
Juillet	29	12	5	14	20
Août	29	12	5	13	21
Septembre	22	8	9	7	13
Octobre	39	21	15	13	30
Novembre	53	26	20	22	42
Décembre	38	8	6	23	29
<b>Total</b>	<b>443</b>	<b>167</b>	<b>108</b>	<b>220</b>	<b>329</b>

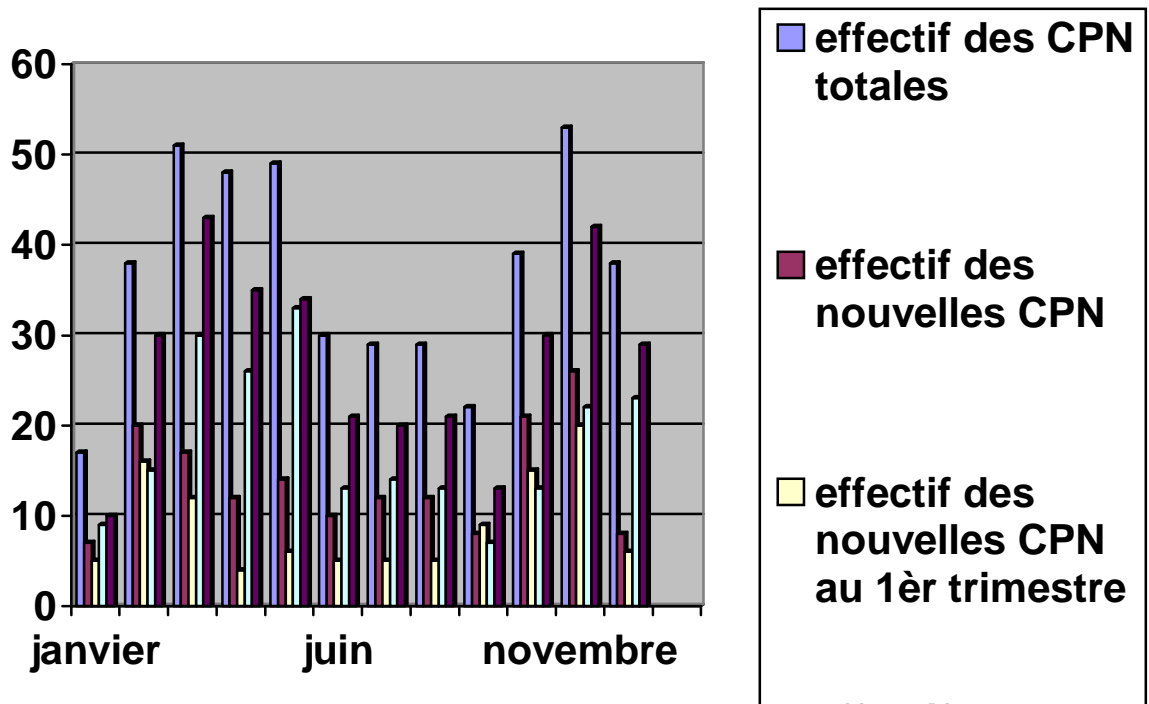


Figure 3 : Données de base.

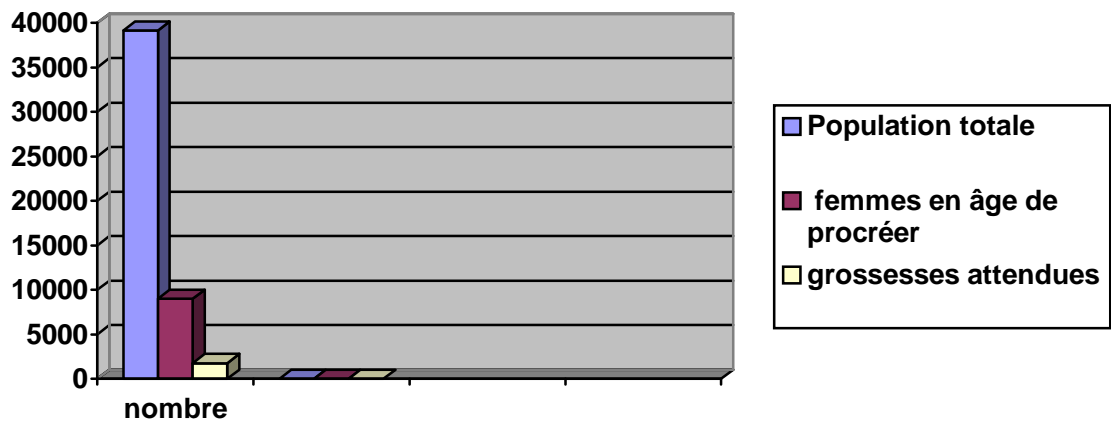
## 5.2- Population d'étude

### 5.2.1 Les femmes enceintes d'après la situation démographique

**Tableau 3 : Les femmes enceintes d'après la situation démographique.**

	NOMBRE	POURCENTAGE
<b>Population totale</b>	39 157	100%
<b>Femmes en âge de procréer</b>	9006	23%
<b>Grossesses attendues</b>	1762	4,5%

Les grossesses attendues représentent 4,5% de la population totale.



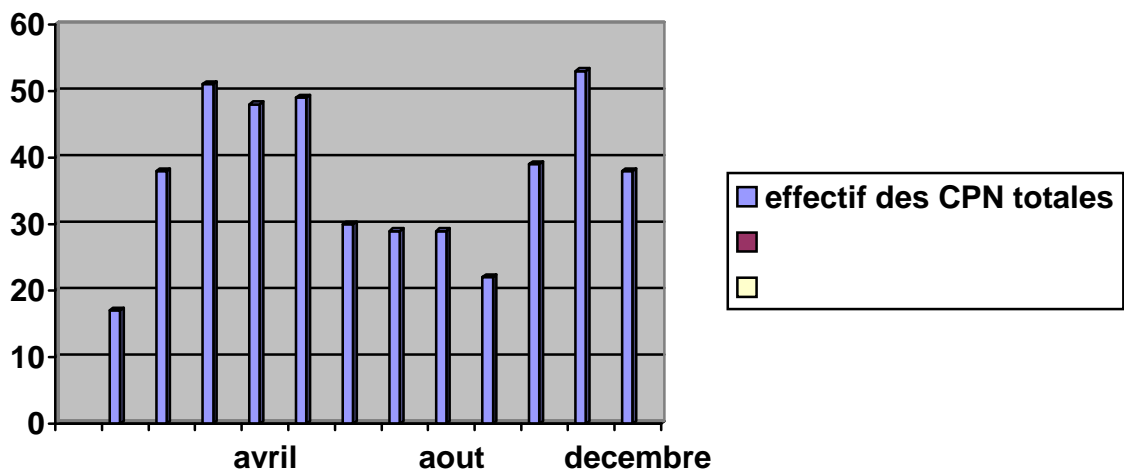
**Figure 4 : les grossesses attendues par rapport à la population totale.**

### 5.2.2- Fréquence mensuelle

**Tableau 4 : Evolution des effectifs globaux des CPN au cours de l'année.**

MOIS	EFFECTIF des CPN totales	POURCENTAGE
Janvier	17	03,84%
Février	38	08,58%
Mars	51	11,51%
Avril	48	10,83%
Mai	49	11,06%
Juin	30	06,77%
Juillet	29	06,55%
Août	29	06,55%
Septembre	22	04,97%
Octobre	39	08,80%
Novembre	53	11,96%
Décembre	38	08,58%
Total	443	100,00%

Le nombre total des femmes venues en C.P.N est de 443 (sur 1762 grossesses attendues, soit un pourcentage de 25,14%).



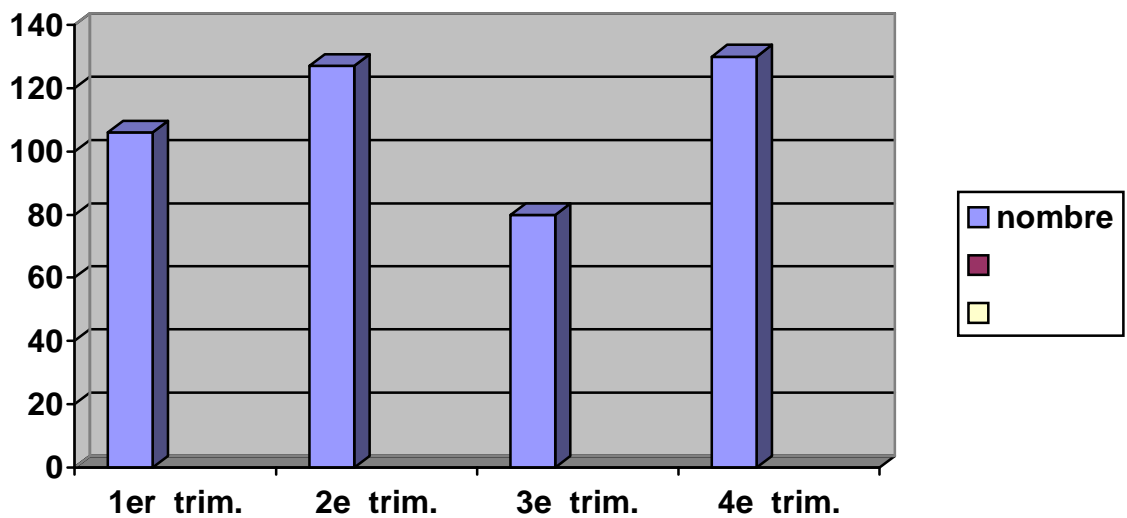
**Figure 5 : effectifs globaux des CPN au cours de l'année.**

### 5.2.3 Fréquence trimestrielle

**Tableau 5 : Fréquence trimestrielle de la CPN au cours de l'année.**

TRIMESTRE	NOMBRE	POURCENTAGE
1 <sup>er</sup> trimestre	106	23,93%
2 <sup>ème</sup> trimestre	127	28,67%
3 <sup>ème</sup> trimestre	80	18,06%
4 <sup>ème</sup> trimestre	130	29,34%
Total	443	100,00%

C'est au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre que le nombre des consultantes est le plus élevé (130).

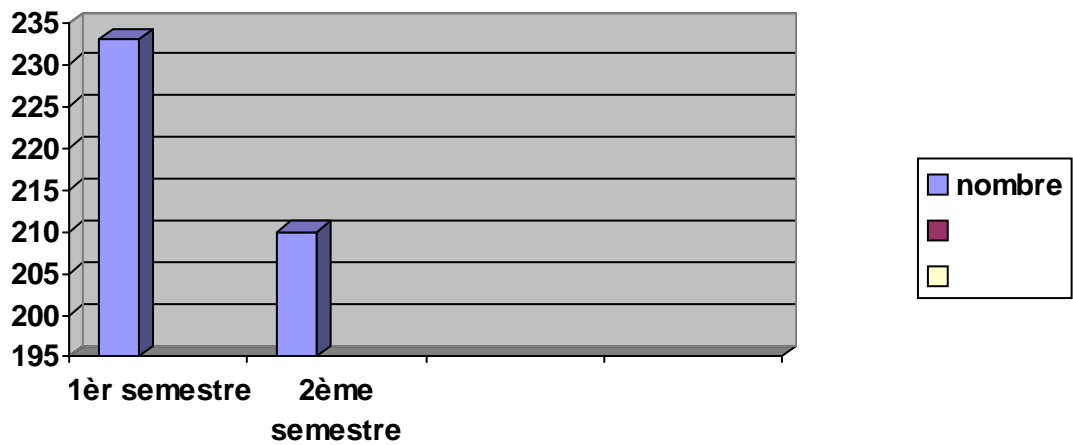


**Figure 6 : Fréquence trimestrielle de la CPN au cours de l'année.**

### 5.2.4-Fréquence semestrielle

**Tableau 6 : Fréquence semestrielle de la CPN au cours de l'année.**

SEMESTRE	NOMBRE	POURCENTAGE
1 <sup>er</sup> semestre	233	52,60%
2 <sup>ème</sup> semestre	210	47,40%
Total	344	100,00%



**Figure 7 : Fréquence semestrielle de la CPN au cours de l'année.**

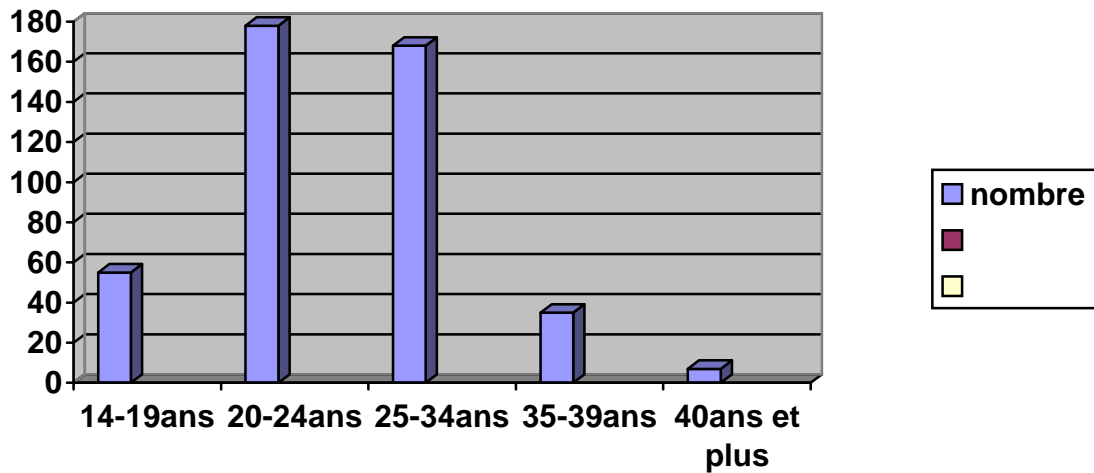
### 5-3-Aspects épidémiologiques

#### 5-3-1 L'âge

**Tableau 7 : Répartition des gestantes selon l'âge.**

AGE	NOMBRE	POURCENTAGE
14-19 ans	55	12,42%
20-24 ans	178	40,18%
25-34 ans	168	37,92%
35-39 ans	35	7,90%
40ans et plus	7	1,58%
Total	443	100%

Les femmes âgées de 20 à 24ans prédominent avec un pourcentage de 40,18%.



**Figure 8 : Age des gestantes.**

## 5-3-2 La gestité

Tableau 8 : Répartition des gestantes selon la gestité.

GESTITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
1	150	33,86%
2	135	30,47%
3	72	16,25%
4	46	10,38%
5	21	4,74%
6	10	2,26%
7	2	0,45%
8	2	0,45%
9	3	0,68%
10	0	0,00%
11	1	0,23%
12	1	0,23%
Total	443	100%

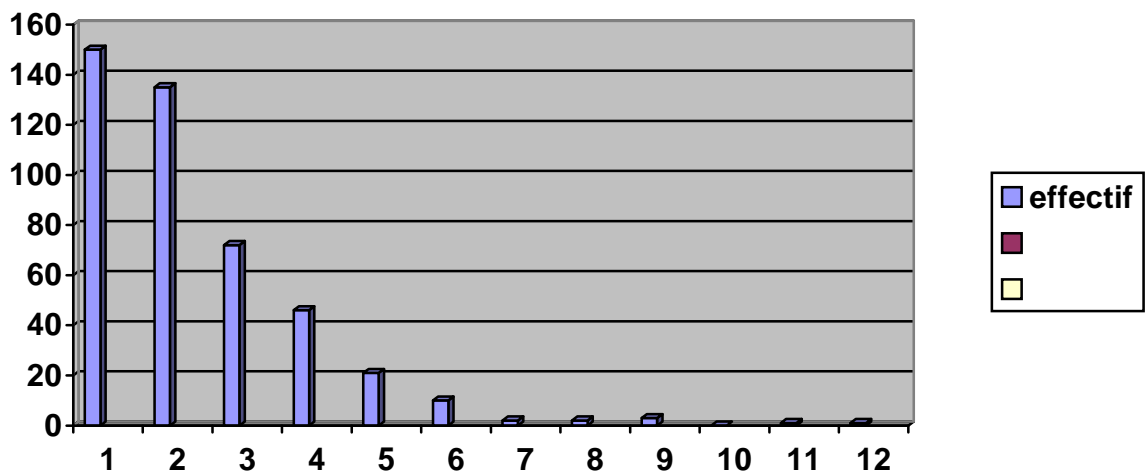


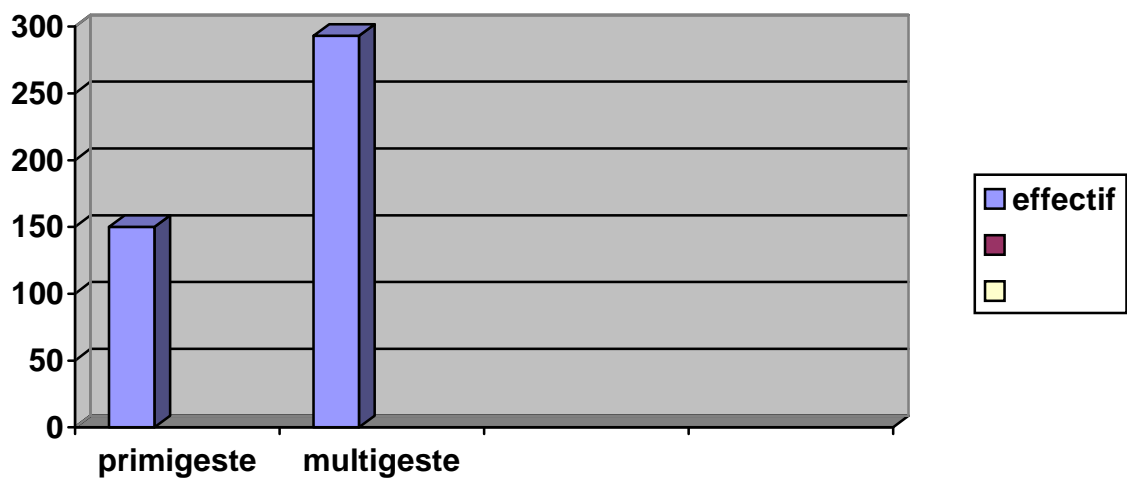
Figure 9 : la gestité des gestantes.



**Tableau 9 : La primigestité et la multigestité.**

<b>GESTITE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Primigeste	150	33,86%
Multigeste	293	66,14%
Total	443	100,00%

Les multigestes sont les plus nombreuses avec un taux de 66,14%.

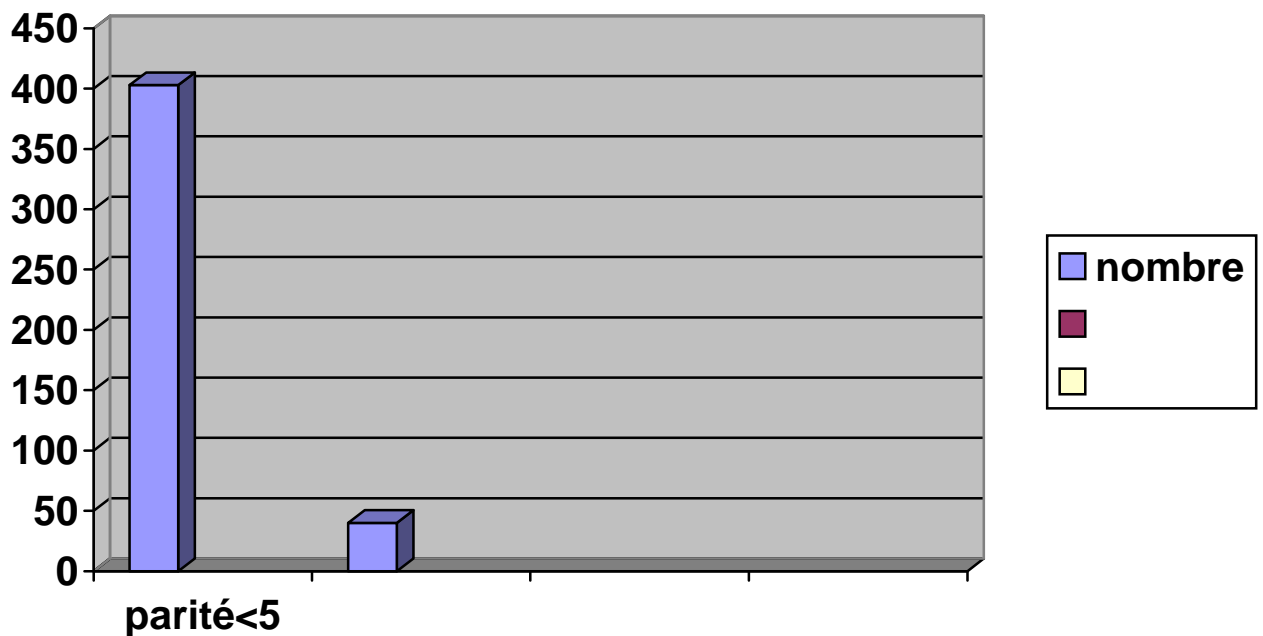
**Figure 10 : Répartition selon la primigestité et la multigestité.**

### 5.3.3 La parité

**Tableau 10 : Répartition des gestantes selon la parité.**

PARITE	NOMBRE	POURCENTAGE
Inférieure à 5	403	90,97%
Supérieure ou égale à 5	40	9,03%
Total	443	100,00%

Les gestantes avec une parité inférieure à 5 sont plus important avec un taux de 90,97%.



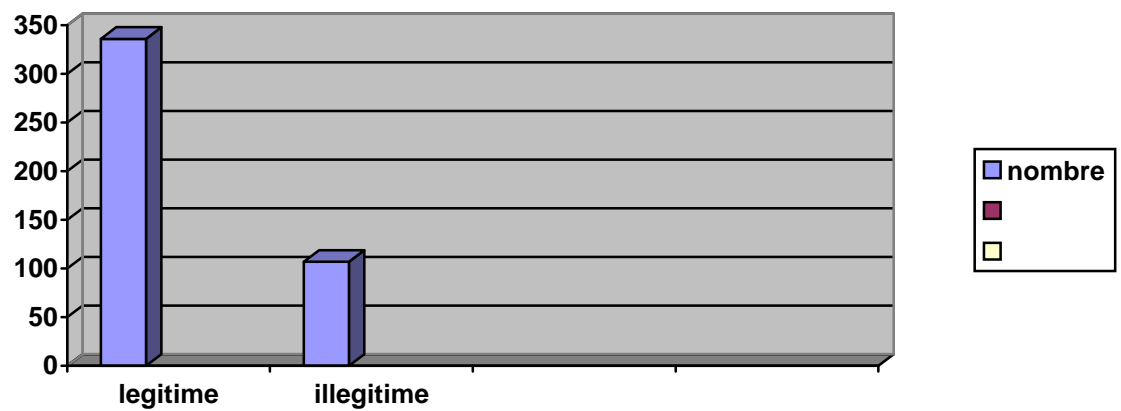
**Figure 11 : la parité des consultant**

### 5.3.3 Situation matrimoniale

**Tableau11 : Répartition des femmes enceintes selon la situation matrimoniale.**

SITUATION MATRIMONIALE	NOMBRE	POURCENTAGE
Légitime	336	75,85%
Illégitime	107	24,15%
Total	443	100,00%

Les femmes mariées légitimement prédominent (75,85%).



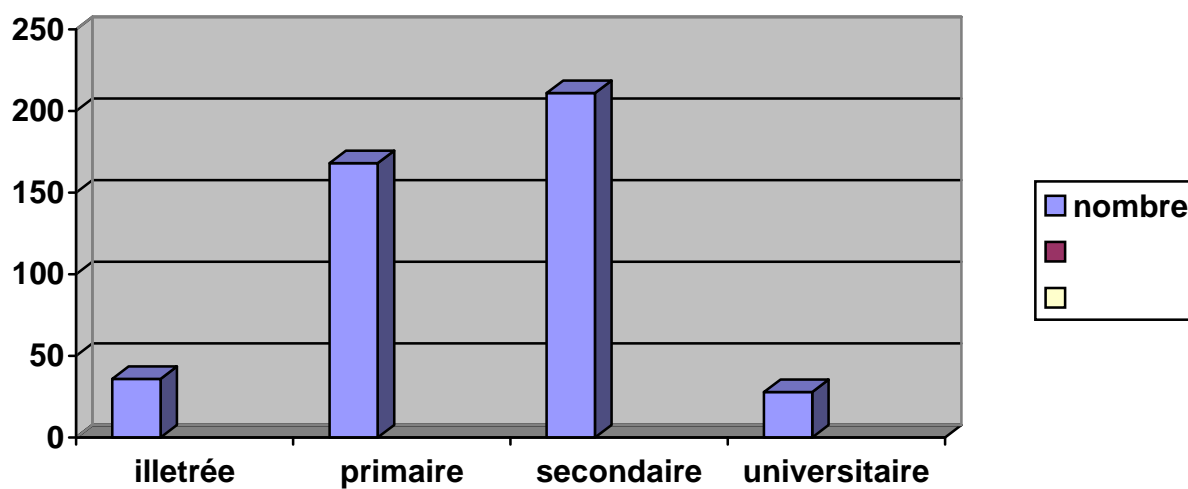
**Figure 12 : la situation matrimoniale des femmes enceintes.**

### 5.3.5 Niveau d'instruction

**Tableau 12: Répartition des gestantes selon leur niveau d'instruction.**

NIVEAU	NOMBRE	POURCENTAGE
Illettré	36	8,13%
Primaire	168	37,92%
Secondaire	211	47,63%
Universitaire	28	6,32%
Total	443	100,00%

Le nombre des femmes enceintes ayant fait l'école secondaire est le plus élevé (211/443).



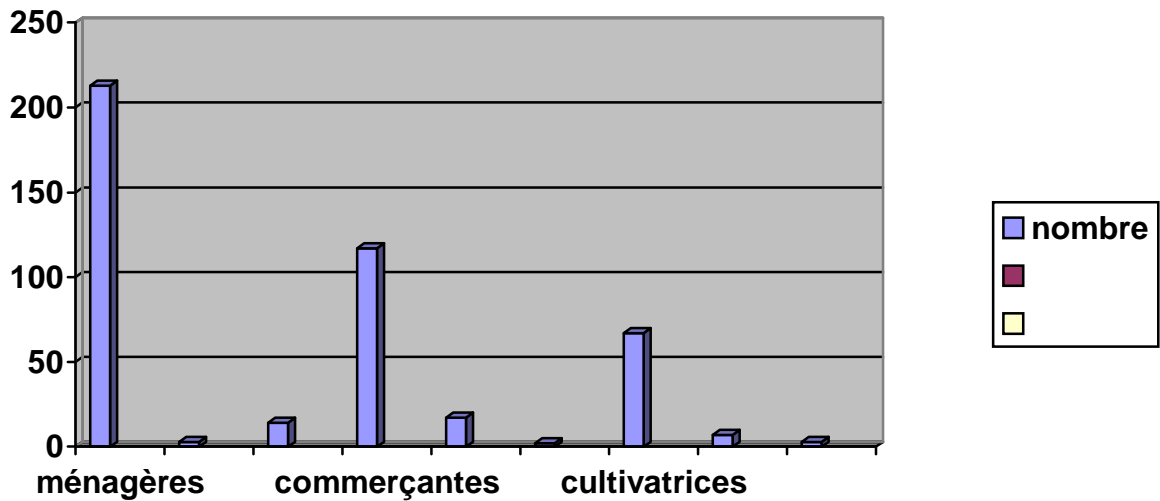
**Figure 13 : le niveau d'instruction.**

### 5.3.6 Profession

**Tableau 13 : Répartition des gestantes selon la profession.**

PROFESSION	NOMBRE	POURCENTAGE
Ménagère	213	48,08%
Étudiante	3	0,68%
Fonctionnaire	14	3,16%
Commerçante	117	26,41%
Couturière	17	3,84%
Lavandière	2	0,45%
Cultivatrice	67	15,12%
Serveuse	7	1,58%
Femme de ménage	3	0,68%
Total	443	100,00%

48,08% des femmes consultantes sont ménagères.



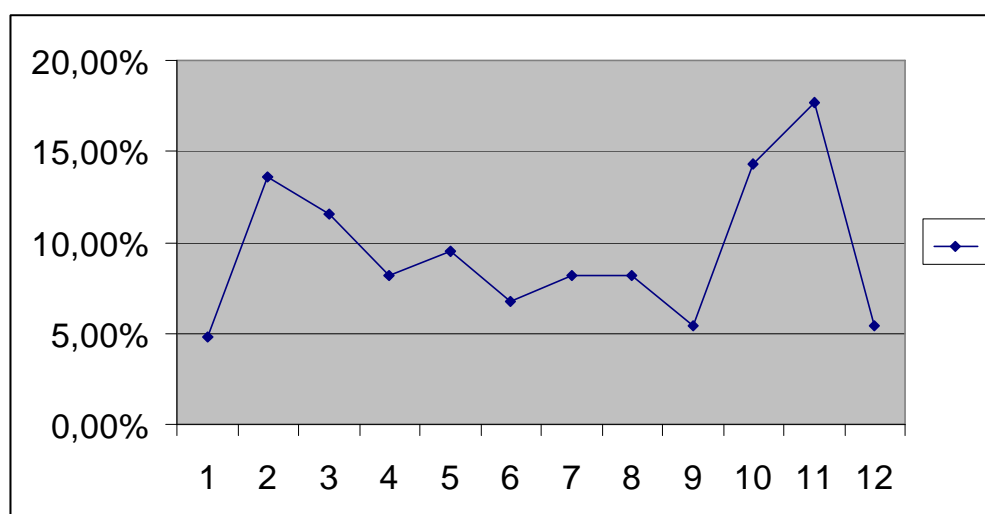
**Figure 14 : la profession des gestantes.**

### 5.3.7 Taux d'utilisation en CPN

**Tableau 14 : Taux d'utilisation de CPN.**

MOIS	EFFECTIF DES NOUVELLES CPN	TAUX D'UTILISATION en CPN
Janvier	7	4,76%
Février	20	13,60%
Mars	17	11,56%
Avril	12	8,16%
Mai	14	9,52%
Juin	10	6,80%
Juillet	12	8,16%
Août	12	8,16%
Septembre	8	5,44%
Octobre	21	14,28%
Novembre	26	17,69%
Décembre	8	5,44%
Total	167	9,48%

Le taux d'utilisation en C.P.N est plus élevé au mois de Novembre (17,69%).



**Figure 15 : Taux d'utilisation de CPN.**

## 5.3.8 Les nouvelles CPN durant l'année 2005

Tableau 15 : La variation des effectifs des nouvelles CPN par mois.

MOIS	EFFECTIF de NOUVELLE CPN	POURCENTAGE
Janvier	7	4,19%
Février	20	11,98%
Mars	17	10,18%
Avril	12	7,18%
Mai	14	8,38%
Juin	10	5,99%
Juillet	12	7,19%
Août	12	7,19%
Septembre	8	4,79%
Octobre	21	12,57%
Novembre	26	15,57%
Décembre	8	4,79%
Total	167	100,00%

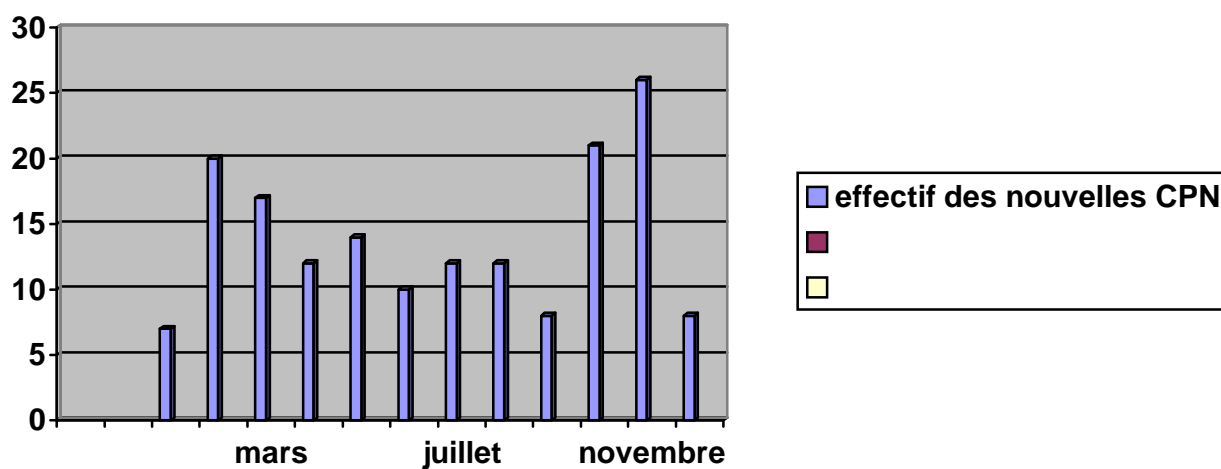


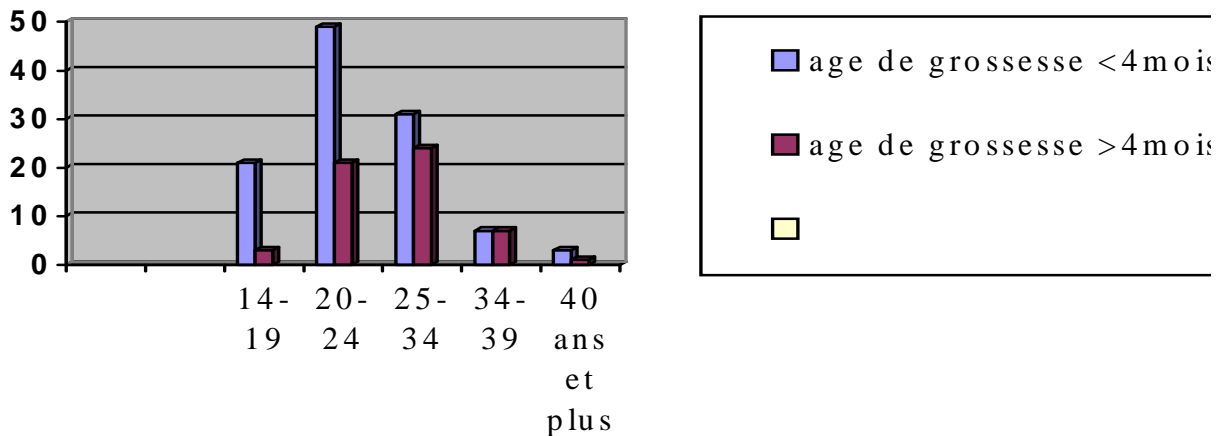
Figure 16 : Variation des effectifs de toutes nouvelles CPN par mois.

### 5.3.9 Première CPN et âge des gestantes

**Tableau16 : Répartition des nouvelles consultantes selon l'âge.**

Age de la grossesse et 1 <sup>ère</sup> CPN	Age de la femme	14-19	20-24	25-34	35-39	40ans et plus	TOTAL
<4mois	Nombre	21	49	31	7	3	111
	pourcentage	87,5%	70%	56,36%	50,00%	75%	66,47%
>4mois	Nombre	3	21	24	7	1	56
	pourcentage	12,5%	30%	43,64%	50,00%	25%	33,53%
TOTAL	Nombre	24	70	55	14	4	167
	pourcentage	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les femmes effectuant la 1<sup>ère</sup> C.P.N avant le 4<sup>ème</sup> mois âgées de 14 à 19ans sont plus nombreuses (87,5%).



**Figure 17 : l'âge des nouvelles consultantes**



## 5.3.10 Première CPN et gestité

Tableau 17: Variation de la première CPN selon la gestité.

GESTITE	Age de la grossesse et 1 <sup>ère</sup> CPN	<4mois		>4mois		TOTAL	
		nombre	Taux	nombre	taux	nombre	taux
PRIMIGESTE		42	87,50%	6	12,50%	48	100%
MULTIGESTE		66	55,46%	53	44,54%	119	100%
ENSEMBLE		108	64,67%	59	35,33%	167	100%

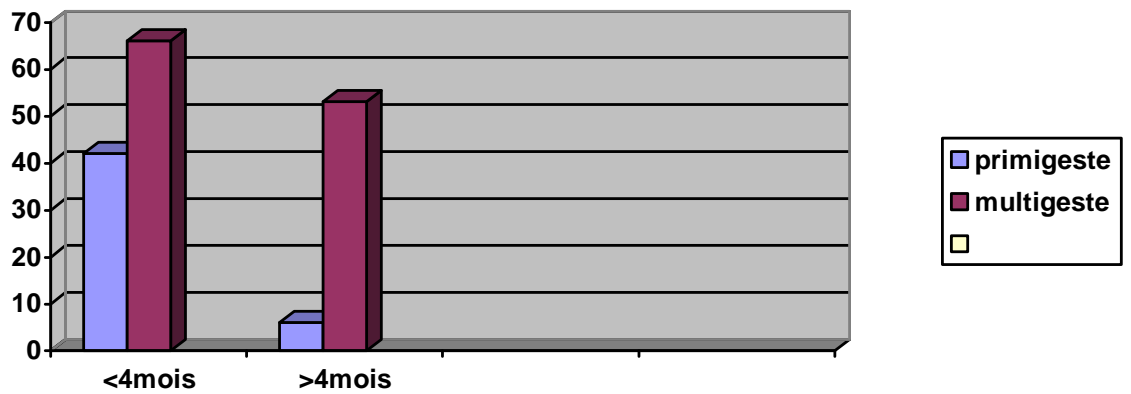
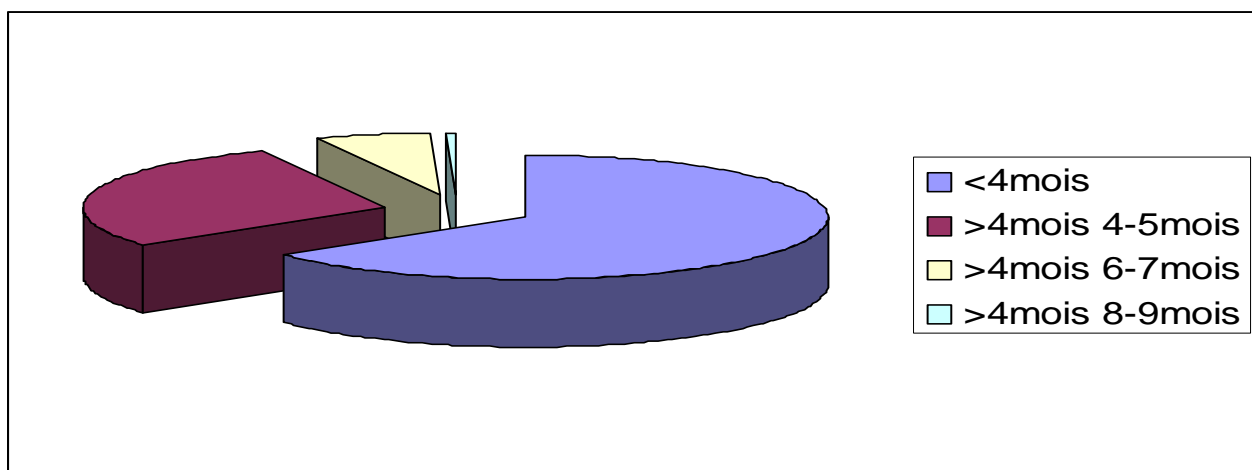


Figure 18 : première CPN et gestité.

### 5.3.11 Date de première CPN et âge gestationnel

**Tableau 18 : Date de la première consultation prénatale selon l'âge gestationnel.**

Age gestationnel	<4mois		>4mois			TOTAL
			4-5mois	6-7mois	8-9mois	
Nombre	108	48	10	1		167
pourcentage	64,67%	28,74%	5,99%	0,60%		100,00%



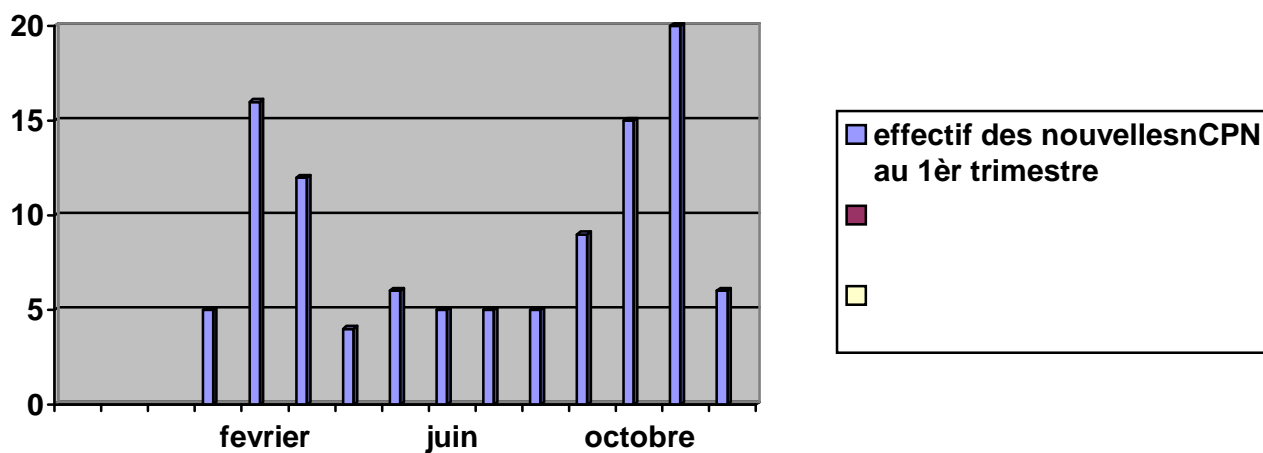
**Figure 19 : l'âge gestationnel lors de la première C.P.N.**

### 5.3.12 Nouvelle CPN au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse

**Tableau 19 : Variation de l'effectif des nouvelles CPN au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse**

MOIS	Effectif des nouvelles CPN au 1 <sup>er</sup> trimestre	Pourcentage
Janvier	5	4,63%
Février	16	14,81%
Mars	12	11,11%
Avril	4	3,70%
Mai	6	5,55%
Juin	5	4,63%
Juillet	5	4,63%
Août	5	4,63%
Septembre	9	8,33%
Octobre	15	13,89%
Novembre	20	18,52%
Décembre	6	5,55%
Total	108	100%

Le nombre des nouvelles C.P.N au 1<sup>er</sup> trimestre est élevé au mois de Novembre (20).



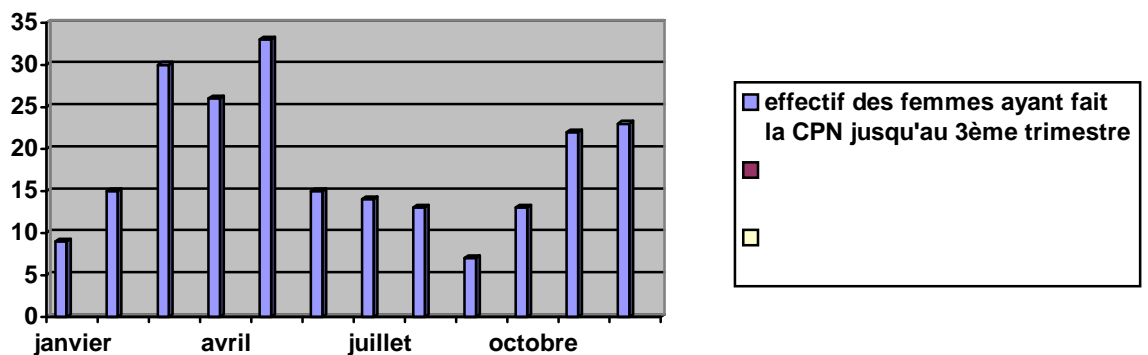
**Figure 20 : les nouvelles CPN au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.**

### 5.3.13-Femmes ayant fait la CPN jusqu'au troisième trimestre de la grossesse

**Tableau 20 : Variation de l'effectif des femmes ayant fait la CPN jusqu'au troisième de la grossesse.**

MOIS	Effectif des femmes ayant fait la CPN jusqu'au troisième trimestre	Pourcentage
Janvier	9	4,09%
Février	15	6,82%
Mars	30	13,64%
Avril	26	11,82%
Mai	33	15,00%
Juin	15	6,82%
Juillet	14	6,36%
Août	13	5,91%
Septembre	7	3,18%
Octobre	13	5,91%
Novembre	22	10,00%
Décembre	23	10,45%
Total	220	100,00%

Pendant le mois de Septembre, le nombre des femmes ayant fait la C.P.N jusqu'au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse est moins important avec un taux de 3,18%.



**Figure 21 : l'effectif des femmes ayant fait la CPN jusqu'au troisième trimestre de la grossesse.**

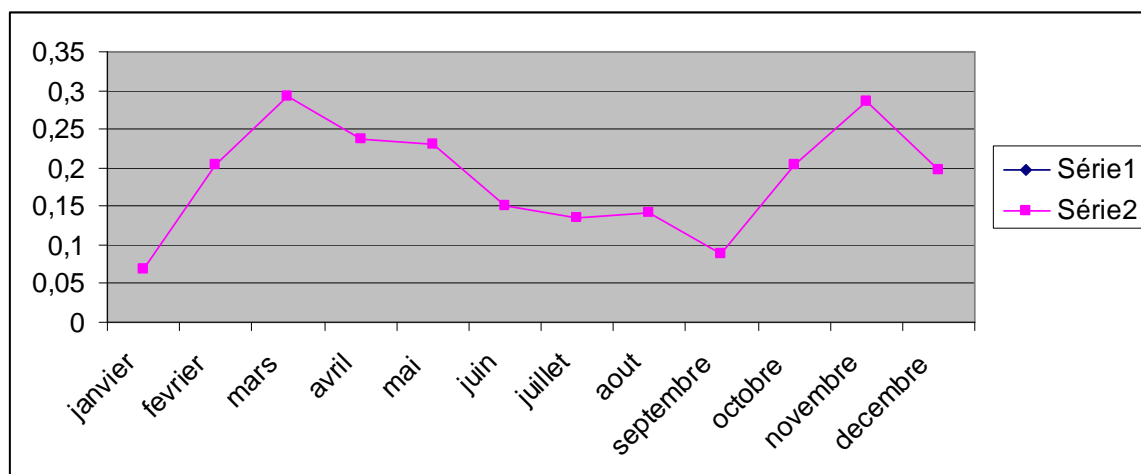
### 5.3.14 Taux de couverture VAT2 ou plus

VAT2ou plus = VAT 1 +VAT2 +VAT3 + VAT4 + VAT5

**Tableau 21 : Taux de couverture vaccinale par VAT2 ou plus des femmes enceintes.**

MOIS	Effectif des vaccinées par VAT2 ou plus à la CPN	Effectif mensuel des grossesses attendues	Taux de couverture vaccinale en VAT2 ou plus en CPN
Janvier	10	147	6,80%
Février	30	147	20,41%
Mars	43	147	29,25%
Avril	35	147	23,81%
Mai	34	147	23,13%
Juin	22	147	14,96%
Juillet	20	147	13,60%
Août	21	147	14,28%
Septembre	13	147	8,84%
Octobre	30	147	20,41%
Novembre	42	147	28,57%
Décembre	29	147	19,73%
Total	329	1762	18,67%

Le taux de couverture vaccinale en VAT2 ou plus en C.P.N est de 18,67%.

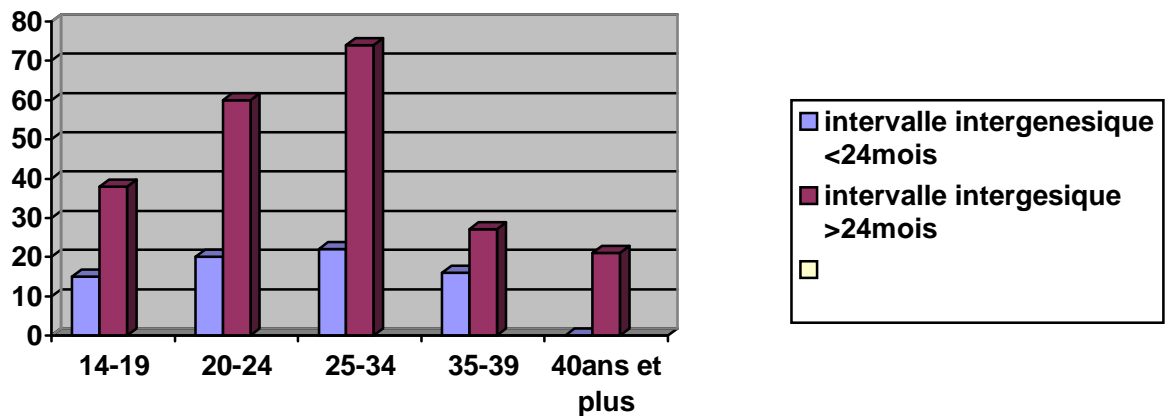


**Figure 22 : Taux de couverture vaccinale par VAT2 ou plus des femmes enceintes.**

### 5.3.15 Intervalle intergénérisique et âge

**Tableau22 : Répartition selon l'intervalle intergénérisique et l'âge de la femme.**

Age de la femme		14-19	20-24	25-34	35-39	40ans	TOTAL
<b>Intervalle</b>							
<b>intergénérisique</b>							
<24mois	Nombre	15	20	22	16	0	73
	Pourcentage	28,30%	25%	22,92%	37,21%	0%	24,91%
>24mois	Nombre	38	60	74	27	21	220
	Pourcentage	71,70	75%	77,08%	62,79%	100%	75,09%
	Nombre	53	80	96	43	21	293
TOTAL	Pourcentage	100%	100%	100%	100%	100%	100%

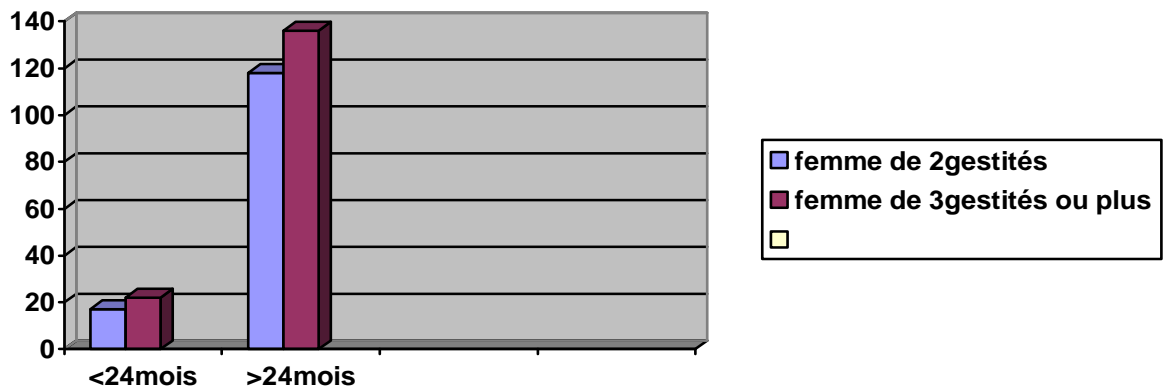


**Figure 23 : l'intervalle intergénérisique et l'âge de la femme.**

### 5.3.16 Intervalle intergénésiq ue et gestité

**Tableau 23 : Répartition des parturientes selon l'intervalle intergénésiq ue et gestité .**

Gestité	Intervalle intergénésiq ue	<24mois		>24mois		TOTAL	
		Nombre	Taux en %	Nombre	Taux en %	Nombre	Taux en %
Femme de 2 gestités		17	12,59%	118	87,41%	135	100%
Femme de 3 gestités ou plus		22	13,92%	136	86,08%	158	100%
TOTAL		39	13,31%	254	86,69%	293	100%



**Figure 24 : l'intervalle intergénésiq ue et la gestité des parturientes.**

### 5.3.17- Facteurs de risque

**Tableau 24 : Répartition selon les facteurs de risque.**

	<b>Facteurs de risque</b>	<b>Nombre des gestantes ayant le facteur de risque</b>	<b>Taux en % par rapport au nombre total des CPN</b>
<b>A</b>	Age< ou égal à 18ans	17	3,84%
<b>B</b>	Age> ou égal à 35ans	20	4,51%
<b>C</b>	Parité> ou égale à5	40	9,03%
<b>D</b>	Intervalle intergénésiq ue < 24mois	39	8,80%
<b>E</b>	Mort né dans le dernier accouchement ou dans le 27 jours de vie	6	1,35%
<b>F</b>	Boiterie	0	0%
<b>G</b>	TA> ou égale à 14-9	0	0%
<b>H</b>	Taille<150cm	29	6,57%
<b>I</b>	Utérus cicatriciel	6	1,35%
<b>J</b>	Habitudes toxiques	12	2,71%
<b>K</b>	Fausses couches ou avortements provoqués	14	3,16%
<b>L</b>	Bassin rétréci ou asymétrique	1	0,22%
<b>M</b>	Antécédent d'enfant de faible poids à la naissance	3	0,68%
<b>N</b>	Epilepsie	1	0,22%
	<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>42,44%</b>

Les facteurs de risque importants sont la parité  $\geq 5$  et l'intervalle intergénésiq ue inférieur à 24 mois.



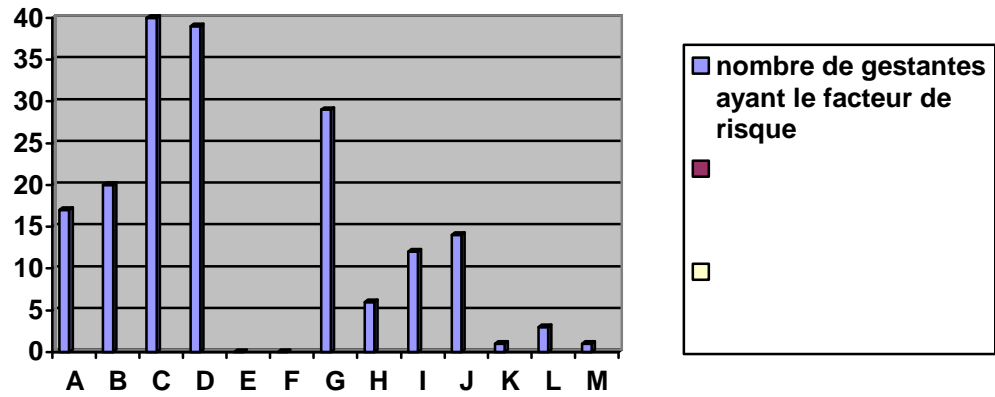


Figure 25 : les facteurs de risque présentés par les gestantes.

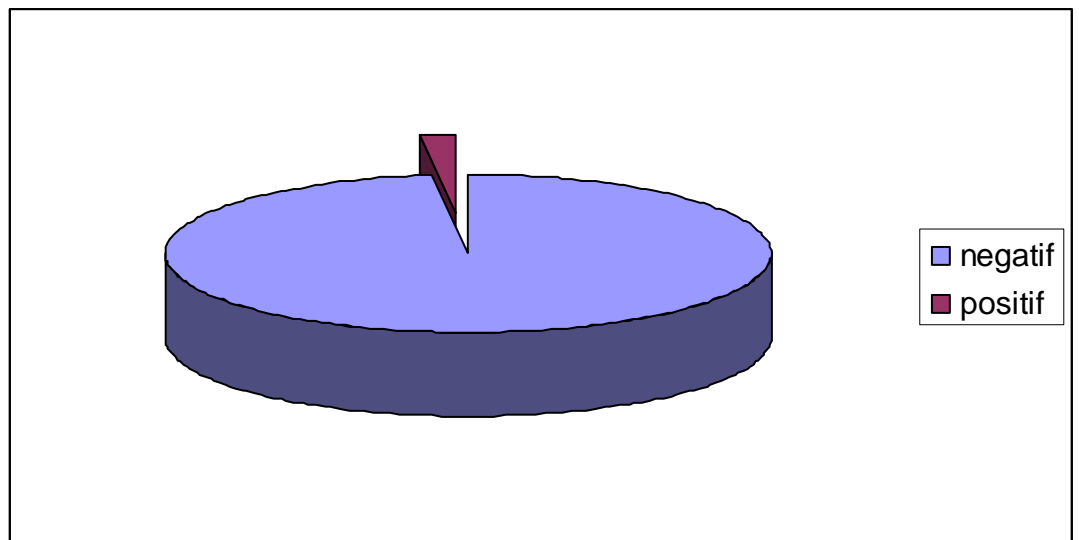
### 5.3.18- Examens biologiques

a).Sérologie de la syphilis

**Tableau 25 : Répartition des femmes effectuant la sérologie de la syphilis avec les résultats.**

Femmes effectuant l'examen	Résultat d'examen	Négatif	Positif
Nombre		435	8
Pourcentage		98,19%	1,80%

98,18% des femmes effectuant la sérologie de la syphilis ont un résultat négatif .



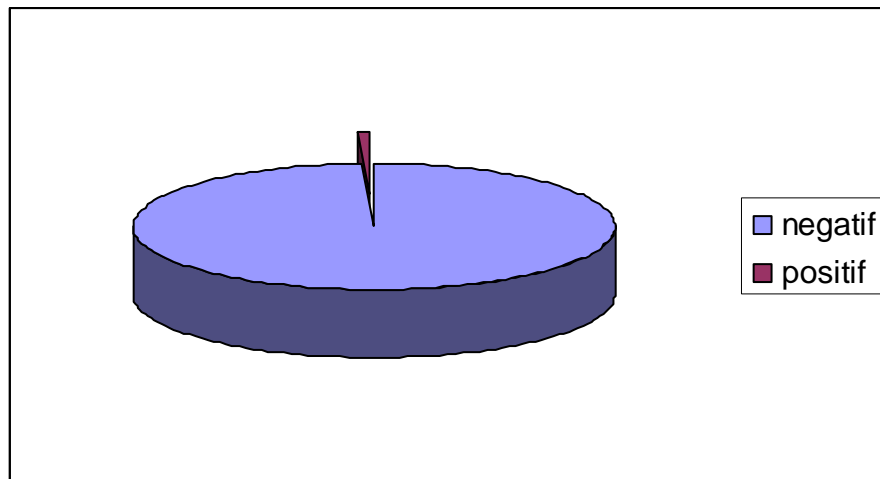
**Figure 26 : sérologie de la syphilis avec les résultats.**

## b) Albuminurie

**Tableau 26 : Répartition des femmes effectuant le test d'albuminurie avec les résultats.**

Femmes effectuant l'examen	Résultat d'examen	Négatif	Positif
Nombre		439	4
Pourcentage		99,10%	0,90%

0,90% des femmes effectuant le test d'albuminurie ont un résultat positif.

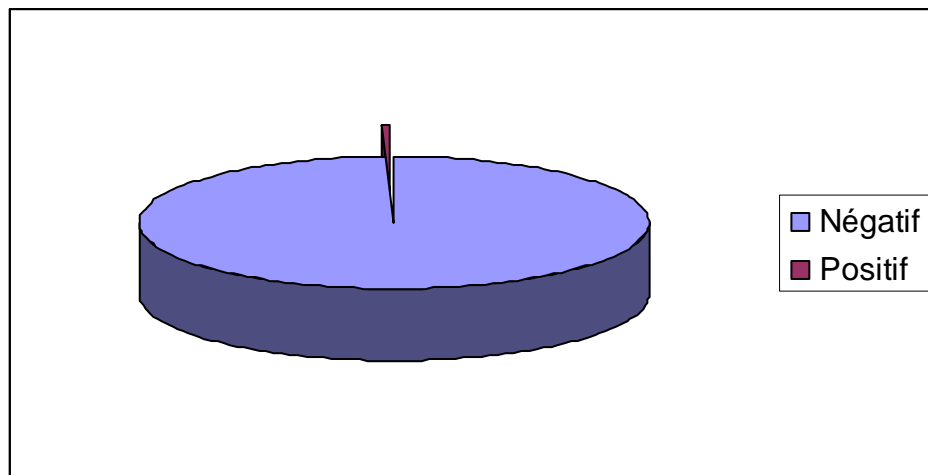
**Figure 27 : les résultats de l'albuminurie.**

## c) Glycémie

**Tableau 27 : Répartition des femmes effectuant le test de glycémie avec les résultats.**

Femmes effectuant l'examen	Résultat d'examen	Négatif	Positif
Nombre		441	2
Pourcentage		99,55%	0,45%

La majorité des parturientes effectuant le test de glycémie ont un résultat négatif (99,55%).

**Figure 28 : résultats de la glycémie des femmes enceintes.**

## **TROISIEME PARTIE**

## **TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES-DISCUSSIONS-SUGGESTIONS**

### **1-Commentaires et discussions**

#### **1.1- La population d'étude et les effectifs globaux de CPN au cours de l'année 2005**

Parmi la population qui comportent 39157 personnes du C.S.B.II Atsinanantsena ex-CSS, les femmes en âge de procréer comptent 9006 et les grossesses attendues sont au nombre de 1762 au cours de l'année 2005.

Cependant, 443 femmes enceintes sur 1762 seulement sont passées au C.S.B. II Atsinanantsena ex-CSS pour la CPN, soit 25,14%.Ceci est une performance un peu faible.

La moyenne mensuelle des CPN est de 37 femmes enceintes, et on accorde un très faible nombre au cours du mois de Janvier (17 CPN seulement).Le nombre des CPN change beaucoup, des fois il baisse, des fois il monte avec un nombre maximal de 53 femmes enceintes au cours du mois de Novembre.Dans l'ensemble, donc, ce nombre de CPN a tendance à augmenter durant toute l'année.

Le taux de fréquentation atteint au 1<sup>er</sup> trimestre est de 23,93%, puis 4<sup>ème</sup> trimestre ce taux a atteint un maximum de 29,34%, avec un recensement de 130 femmes enceintes.

Une baisse a été remarquée au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre avec 80 femmes enceintes seulement et un taux de fréquentation de 18,06%.

Par contre , au CSBII d'Ambalavato un autre secteur sanitaire dans le district d'Antsirabe I , près de la RN7 ;les taux de fréquentation sont tous supérieurs à 40% au cours des 4 trimestres de l'année .Ceci est dû à une bonne sensibilisation auprès des femmes enceintes sur l'importance de la CPN.

### **1.2- Aspects épidémiologiques**

#### **1.2.1- Selon l'âge**

Les gestantes de 20 à 24 ans et celles de 25 à 34 ans sont les plus nombreuses, avec les valeurs respectives de 40,18% et 37,92% ; contrairement aux femmes âgées de 40ans et plus avec seulement 1,58% des consultantes.

### **1.2.2-Selon la gestité**

L'effectif des femmes multigestes est supérieur, au nombre de 293 et avec une valeur estimée à 66,14%. Par contre, les femmes primigestes comptent 150 avec un pourcentage de 33,86%.

Parmi les femmes multigestes, celles du deuxième geste sont les plus nombreuses avec une proportion de 30,47%.

Dans la population étudiée, la gestité la plus élevée est de 12.

Il est à noter que la proportion des gestantes et la gestité sont inversement proportionnelles, c'est-à-dire qu'à la première gestité, cette proportion atteint la valeur maximale de 33,86% et diminue au fur et à mesure que le nombre de gestité augmente.

### **1.2.3- Selon la parité**

Une parité inférieure à cinq (05) a une proportion de 90,97%. La parité supérieure ou égale à cinq (05) représente 9,09% des consultantes. On peut dire que les parents préfèrent largement un nombre d'enfants maximal à quatre (04), ce qui est significatif sur l'efficacité du planning familial.

### **1.2.4- Selon la situation matrimoniale**

Parmi les 443 consultantes, 336 femmes sont mariées légitimement, soit un taux de 75,85% et 107 célibataires, soit 24,15%.

### **1.2.5- Niveau d'instruction**

Les femmes ayant suivi des études secondaires sont les plus nombreuses avec une proportion de 43,63% ; 37,92% se sont arrêtées aux études primaires.

Les femmes enceintes qui ont effectué des études universitaires ne représentent que 6,32% des consultantes et les illettrées 8,13%.

### **1.2.6- Selon la profession**

Les femmes ménagères sont en grand nombre parmi les 443 consultantes du centre avec une estimation à 48,08% ; viennent après les femmes commerçantes avec un pourcentage de 26,41%.

Les femmes cultivatrices occupent les 15,12% des consultantes.

Les fonctionnaires ne représentent que 3,16% de ces parturientes.

### **1.2.7- Le taux d'utilisation en CPN**

Le taux minimal d'utilisation en CPN observé est de 4,76%, ce qui correspond au mois de Janvier.

Le taux maximal, par contre est de 17,69%, correspondant au mois de Novembre.

Le taux d'utilisation en CPN est loin d'atteindre le résultat attendu.

Les principales causes sont :

- manque d'information des gestantes sur l'importance de la CPN. Elles ne sont pas convaincues sur la nécessité d'une surveillance prénatale régulière.

- Absence des descentes périodiques auprès des fokontany.

- Insuffisance de motivation du personnel.

Donc les efforts de sensibilisation de la part des agents de santé doivent être renforcés. Le personnel de santé doit aussi être motivé par un salaire suffisant, du matériel complet et en bon état. Tout cela peut contribuer à l'offre de soins de qualité.

### **1.2.8- Répartition des nouvelles CPN durant l'année 2005**

Pendant toute l'année, l'effectif des nouvelles CPN est de 167. Le nombre maximal est de 26, au cours du mois de Novembre et le nombre maximal au mois de Janvier avec seulement 17 nouvelles consultantes.

### **1.2.9- Première CPN et âge des gestantes**

La majorité des femmes enceintes âgées de 14 à 19 ans ont fait leur 1<sup>ère</sup> CPN avant le quatrième mois, soit 87,50% ; s'en suivent les femmes âgées de 40 ans et plus avec une proportion de 75% et celles âgées de 20 à 24 ans avec 70%.

Pour les femmes âgées de 25 à 34 ans et celles âgées de 35 à 39 ans, elles ont des proportions approximatives de 50% concernant la 1<sup>ère</sup> CPN avant le quatrième mois.



.Dans l'ensemble donc les femmes enceintes, quel que soit l'âge, sont plus motivées à effectuer la 1<sup>ère</sup> CPN au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Ces chiffres montrent l'efficacité de la sensibilisation concernant l'importance de la réalisation de la 1<sup>ère</sup> CPN avant le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse.

#### **1.2.10- Première CPN et gestité**

Concernant les femmes primigestes, elles sont 87,50% à avoir effectué leur première CPN avant le quatrième mois. Par contre, 55,46% uniquement des femmes multigestes ont fait leur première CPN au cours du 1<sup>er</sup> trimestre, donc à peu près la moitié.

Ces chiffres montrent que les femmes primigestes sont plus consciencieuses que les femmes multigestes en matière de CPN.

#### **1.2.11- Date de première CPN et âge gestationnel.**

Parmi les 167 femmes qui ont fait leur 1<sup>ère</sup> CPN au centre, 108 sont celles qui l'ont effectuée au cours du 1<sup>er</sup> trimestre, soit un pourcentage de 64,67%. Celles qui l'ont faite au delà du 4<sup>ème</sup> mois sont au nombre de 59 soit un taux de 35,33%.

Parmi les 59 femmes enceintes, 48 ont fait la 1<sup>ère</sup> CPN dans le quatrième au cinquième mois de la grossesse soit un taux de 28,74% ; 10 au cours du sixième au septième mois, soit une proportion de 5,95% et une seule au cours du huitième au neuvième mois soit un taux de 0,60%.

#### **1.2.12- Répartition des nouvelles CPN au premier trimestre de la grossesse.**

En moyenne, neuf (09) femmes enceintes par mois font la 1<sup>ère</sup> CPN au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Le nombre le plus élevé correspond au mois de novembre avec 20 nouvelles CPN, et le chiffre le moins important est de quatre (04) CPN au mois d'Avril.

### **1.2.13- La Variation du pourcentage des femmes effectuant une CPN jusqu'au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse**

Le nombre des femmes ayant effectué la CPN jusqu'au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse est, en moyenne de 21 par mois au cours du 1<sup>er</sup> semestre. Cette moyenne mensuelle a baissé à 15 au cours du 2<sup>ème</sup> semestre.

### **1.2.14- Le taux de couverture en VAT II ou plus**

Le taux de couverture vaccinale par VAT II ou plus a atteint un maximum de 29,25% au mois de Mars, vient ensuite le mois de novembre avec un taux de 28,57%.

Les valeurs minimales correspondent au mois de Janvier avec chiffre de 6,80% et au mois de Septembre avec 8,84%.

Les femmes enceintes vaccinées par mois, en moyenne, sont au nombre de 27 or les grossesses attendues par mois sont de 147.

Il est évident que le taux de vaccination est faible par rapport à la population cible. Un surplus d'effort doit donc être assuré pour une meilleure couverture vaccinale.

$$(VAT2 \text{ et plus} = VAT1 + VAT2 + VAT3 + VAT4 + VAT5)$$

### **1.2.15- Intervalle intergénésiq ue et âge**

Parmi les femmes âgées de 14 à 19 ans 71,70% ont un intervalle intergénésiq ue supérieur à deux (2) ans. Pour celles qui sont âgées de 20 à 24 ans 75% ont également un intervalle intergénésiq ue supérieur à 2 ans ainsi que les 77,08% des femmes âgées de 25 à 34 ans.

Concernant l'intervalle intergénésiq ue inférieur à 2ans, ceci intéresse 37,21% des femmes âgées de 35 à 39 ans. Aucune des femmes âgées de 40ans et plus n'a un intervalle intergénésiq ue inférieur à 2 ans.

### **1.2.16- Intervalle intergénésiq ue et gestité.**

Les femmes de 2 gestités ainsi que celles qui ont 3 gestités et plus, ayant un intervalle intergénésiq ue supérieur à 2ans, ont toutes des proportions supérieures à 85%.

Ceci est le résultat d'une bonne sensibilisation auprès de la population sur le respect de la durée de l'intervalle intergénérisique : un critère instauré afin d'améliorer la santé mère-enfant.

#### **1.2.17- Répartition selon les facteurs de risque**

On a recensé douze(12) différents facteurs de risque , le plus fréquent est la parité supérieure à 5 ,avec 9,03% ;s'en suivent l'intervalle intergénérisique inférieur à 2ans avec 8,80% et la taille inférieure à 150cm avec 6,57%.

Au total on a détecté, environ 180 femmes ayant au moins un facteur de risque.

#### **1.2.18- Examens biologiques**

Toutes les femmes enceintes étudiées ont effectué les examens biologiques suivants : recherche sérologique de le syphilis, recherche d'albumine et de sucre dans les urines.

Concernant la syphilis, 98,19% des résultats ont montré un résultat négatif et 1,81% un résultat positif.

Pour l'albumine et le sucre, leurs résultats sont autour de 99% à être négatifs.

## **2- SUGGESTIONS**

Au cours de l'étude, les problèmes rencontrés sont :

- non assuidité des femmes aux C.P.N
- le très jeune âge des parturientes

Comme suggestions nous proposons :

### **2.1- Le renforcement de la communication pour le changement de comportement.**

Nous avons évoqué longuement les problèmes des adolescents face à la grossesse.

Ainsi, la principale solution en est surtout la prévention qui peut se faire à plusieurs niveaux ; soit les préventions primaire, secondaire et tertiaire.

#### **2.1.1- Prévention primaire**

Elle se fait avant l'âge de l'activité sexuelle. Il s'agit d'une éducation à la vie familiale dispensée aux adolescents juste avant l'âge de puberté.

Par exemple : renforcer le programme de la santé de la reproduction au sein des écoles.

#### **2.1.2- Prévention secondaire**

Elle s'adresse aux adolescents sexuellement actifs mais ne voulant pas de grossesse. Pour celles qui cèdent facilement à la tentation, on leur conseillera de s'adresser à un centre qui s'occupe du planning familial.

A Madagascar, des entités oeuvrant dans la santé de la reproduction des adolescents existent déjà, telles que :

- les organismes internationaux : Organisation Mondiale de la Santé (OMS),Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP),United States Agency for International Development (USAID).

- Les Organisations Non Gouvernementales (ONG), par exemple le JSI (Jereo Salama Isika) (« voyez, nous sommes en bonne santé »).

- L'association des médecins libres appelée TOP RESEAU avec leur slogan : « safidy tsara, tanora salama » (Bon choix, jeune sain).

-des débats médiatiques passent déjà dans certaines stations télévisées privées pour qu'on puisse mieux comprendre ce que pensent les adolescents de la santé de la reproduction et de la sexualité, par exemple, « Ahy ny safidy » (le choix m'appartient).

Ce qui nous manque dans les établissements d'enseignement, c'est l'éducation à la vie familiale pour la santé de la reproduction des adolescents (SRA) qui ne se présente que sous forme d'instruction civique à l'état actuel des choses.

Les deux premières étapes passent par l'information (physiologie et anatomie du corps humain, infections sexuellement transmissibles (IST), contraception), elle est diffusée soit par les medias, soit les parents ou les enseignants.

### **2.1.3- Prévention tertiaire**

Elle s'adresse aux adolescentes enceintes et prévoit une prise en charge de la future mère, tant sur le plan médical que sur le plan psychosocial et nutritionnel.

Elle vise à éviter surtout qu'une grossesse à risque se produise. Ainsi, la prévention consiste à inciter les futures mères à faire les CPN .Puis, après la naissance du bébé, on leur fait savoir l'existence des méthodes contraceptives pour prévenir d'éventuelles grossesses.

Elle vise également à renforcer la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) des femmes enceintes.

La mise en place d'un système d'information adéquate pour la population maternelle est à concevoir pour que les mères ne sentent pas seules et abandonnées.

Certes, la grossesse chez l'adolescent est un fait bien particulier qui soulève de nombreuses questions et pose de sérieux problèmes aussi bien médicaux que sociaux :

- médicaux :augmentation du taux d'interruption volontaire de la grossesse,découverte tardive de la grossesse qui est peu ou pas suivie,accouchement prématuré , mortalité périnatale élevée ....

-sociaux : rejet par la famille, arrêt de la scolarité, consommation de drogues, abandon du nouveau-né, suicide.....

C'est pourquoi, les préventions ne concernent pas uniquement les adolescents mais impliquent également les adultes : les hommes, les femmes, les parents et toute la communauté.

Par ailleurs, des outils de prévention et de santé publique existent pour réduire la mortalité, la morbidité infantile, les mortalités maternelles et périnatale, le nombre d'enfants de faible poids à la naissance et le nombre de femmes peu ou pas suivies du tout au cours de la grossesse, afin d'améliorer la santé mère-enfant.

Et les moyens pour atteindre ces objectifs sont l'amélioration de la qualité de service dans les centres gynécologiques et obstétricaux, le renforcement de la sécurité dans les maternités, l'espacement et la régulation des naissances pour préserver la santé de la mère et celle de l'enfant d'une part et pour avoir un niveau de vie décent d'autre part.

## **2.2- Amélioration de l'infrastructure sanitaire**

Devant les problèmes vécus par le personnel de santé et les consultantes, les suggestions suivantes devraient être réalisées pour contribuer au bon déroulement de la consultation prénatale et assurer la santé mère-enfant :

- nouveau recrutement de personnel de santé
- formation continue et bien adaptée à la situation existante
- couverture sanitaire suffisante avec disponibilité des médicaments....
- amélioration de l'organisation des lieux du centre de santé
- amélioration en quantité et en qualité des matériels et équipements.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Ce travail intitulé « Les consultations prénatale durant l'année 2005 » est une étude rétrospective effectuée au CSBII d' Atsinanantsena ex-CSS. Cette étude est faite à partir de 443 femmes enceintes sur une valeur estimative de la grossesse attendue de 1762.

Ce travail nous a permis de connaître que la CPN qui est une surveillance régulière des femmes enceintes en vue d'assurer au maximum une maternité sans risque n'est pas bien mise en œuvre au niveau du CSBII d'Atsinanantsena ex-CSS .

En effet, dans la deuxième partie de la présente étude nous avons obtenu les résultats suivants :

- °443 femmes enceintes ont été vues en CPN, soit un taux d'utilisation en CPN de 9,48% seulement
- °90,97% des femmes appartiennent à la parité inférieure à cinq.
- °43,64% des femmes âgées de 25-34 ans et 50,00 des femmes âgées de 35-39ans effectuent leur première CPN à partir du deuxième trimestre de la grossesse.
- °les femmes qui viennent au centre pour une première CPN avec une grossesse inférieure à 4 mois ont un pourcentage de 66,47%.
- °Les primigestes qui effectuent la première CPN dont la grossesse est inférieure à 4 mois ont un taux de 87,50% et les multigestes un taux de 55,46%.  
Les primigestes qui font la première CPN avec une grossesse supérieure à 4 mois ont un pourcentage de 12,50% et les multigestes un taux de 44,54%.
- ° 37,21% des femmes âgées de 35-39ans ont un intervalle intergénésiq ue inférieur ou égal à 24mois et environ 77% des femmes âgées de 25-34 ans ont un intervalle intergénésiq ue supérieur à 24mois.
- ° 13,92% des femmes de 3gestités ou plus ont un intervalle intergénésiq ue inférieur ou égal à 24mois et 86,08% ont un intervalle intergénésiq ue supérieur à 24mois.
- °Le taux de couverture vaccinale en VAT2 ou plus est de 18,67%
- ° Les femmes qui ont des facteurs de risque comme :
  - l'âge inférieur ou égal à 18ans représentent 3,84% et l'âge supérieur ou égal à 35 ans ont un pourcentage de 4,51%



- la parité supérieure ou égale à 5 sont de 9,03%
- l'intervalle intergénérisique inférieur ou égal à 24 mois sont de 8,80%

°Les femmes à albuminurie positive ont un taux de 0,90% et celles qui ont une sérologie de la syphilis positive un taux de 1,81%.

On constate que ces taux sont bas.

Il faut dire que le taux d'utilisation en CPN ne représente pas les taux effectifs car beaucoup des femmes ont probablement fait des CPN dans d'autres formations sanitaires.

Quant aux suggestions, nous en avons proposé les suivantes:

- renforcement de la communication pour le changement de comportements des femmes enceintes (CCC) dans le cadre d'une action communautaire.

- amélioration de l'infrastructure sanitaire

La consultation prénatale est un acte essentiel pour la promotion de la maternité sans risque

## **ANNEXES**

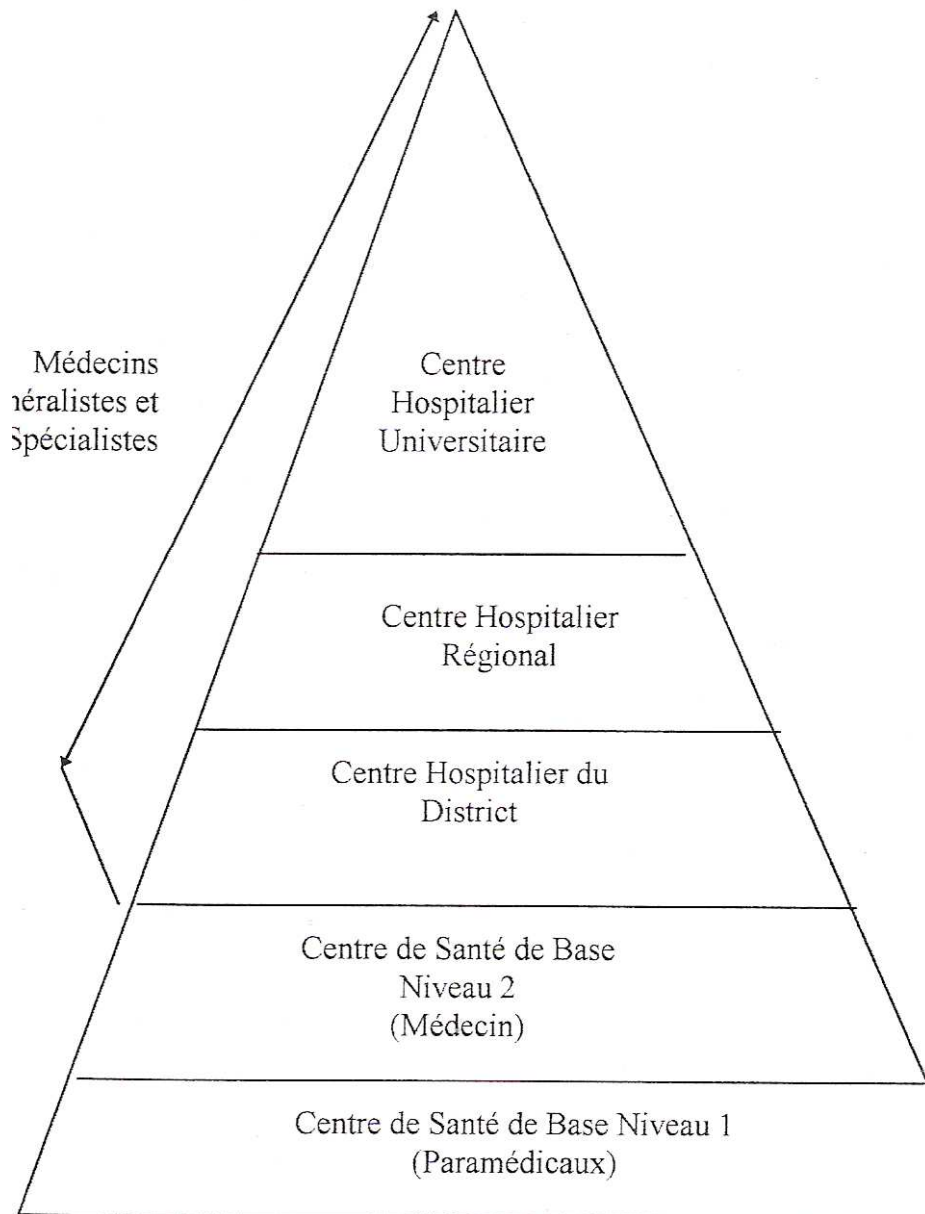
## ANNEXES

**Dosage  $\beta$ -HCG** : sa sécrétion débute vers le 8<sup>ème</sup>-9<sup>ème</sup> jour après la fécondation, par le placenta. Son taux double toutes les 48heures avec un taux maximal à la 9<sup>ème</sup> S.A.

Le dosage sanguin a une valeur quantitative sur l'évolutivité de la grossesse. Le dosage urinaire a par contre un caractère qualitatif.

**Test d'O'SULLIVAN** : doser la glycémie veineuse 1heure après ingestion de 50g de sucre .Il y a pathologie si la glycémie est  $\geq 1,30$ g/l.

PYRAMIDE DE LA SANTE



## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- OMS. Maternité sans risque. Dossier Mère-Enfant : guide pour une maternité sans risque, OMS, 1996.
- 2- Vincent P. Appareil génital de la femme. Le corps humain. Vuibert, 1983 : 318-319, 324.
- 3- Kamina P. Les organes génitaux externes. Anatomie générale. Maloine SA, 1986 ; 235-240.
- 4- Peytavin JL et collaborateurs. Le cycle menstruel. Encyclopédie. Prat. 1997.
- 5- Gérard JT, Nicholas P. Anagnostakos. Principes d'anatomie et de physiologie. Editions Frisons-Rock, 1981 : 762.
- 6- Delamare J. Fécondation. Dictionnaire des termes de médecine. Maloine, Paris, 1999 : 297.
- 7- Terrior P. Migration de l'oeuf. [http://www.univ-Marseille .fr](http://www.univ-Marseille.fr). 2004.
- 8- Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M. Nidation de l'oeuf. Dictionnaire médical. Masson, 1998 : 426.
- 9- Roche D , Malville E et Valery D. Le développement de l'oeuf. Encyclopédie médicale. Méditel. 2000.
- 10- Papiernik E, Alexander GR, Paneth N. Racial differences in Pregnancy duration and its implication for prenatal care. Med hypoth, 1990 : 33: 181-186.
- 11- [www.monbebe.com/spécial/premature.htm](http://www.monbebe.com/spécial/premature.htm)-44k. Accouchement prématuré. 2004.

- 12-Chevalier L et collaborateurs. Surveillance de la grossesse normale. Encycl-Méd-Chir, Elsevier, Paris, 1996; 5-007-M-10:14.
- 13- <http://www.medixdz.com>. Grossesse à risque. 2003.
- 14-Denoual-Ziad C, Pierre C. Grossesse : Diagnostic positif. Impact Internat gynécologie-obstétrique, 1999.
- 15-Sardin C et Pequignot R.Elément clinique d'une grossesse. Encyclopédie Médicale.Edusoft.1997.
- 16-Fournié A. Grossesse : diagnostic, surveillance clinique, examens complémentaires.Revue des praticiens.1995.
- 17- Williams G. Diagnostic différentiel d'une grossesse. <http://www.upv.univ-Paris5.fr>, 2005.
- 18-Ranjalahy RJ et collaborateurs. Protocoles/guides de prise en charge pour une maternité sans risque à l'usage des centres de santé de base et hôpitaux de district.USAID.JSI.1999 : 21-30.
- 19-Godeau P, Piette JC, Herson S.Les facteurs de risque. Traité de médecine. Flammarion, Paris, 1990 : 2137.
- 20-Séror R. Hygiène de la grossesse. <http://www.google.fr>.1998.
- 21-Jamain B. Hygiène de la grossesse. Pratique obstétricale. Paris, 1972 ; VI : 7-22.
- 22-Andreas M. Les bébés menacés. Santé du monde. OMS, 1996 : 22-23.
- 23-Rakotozafy F. Les Consultations prénatales au CSB II Mahamasina durant l'année 2001.Thèse médecine, Antananarivo, 2001 ; n° 6292.

- 24-Gardère J et Perin F. La planification des naissances. Savoir pour sauver.OMS/ UNICEF/ UNESCO, New York, 1990 : 13.
- 25-Pierre FL et Poncheville. Diagnostic, surveillance clinique, indication des examens complémentaires, réglementation gynéco-obstétrique. Impact Internat. 1997 : 18 : 35-46.
- 26-Weil O et collaborateurs. Maternité sans risque : une initiative orpheline , Masson, Paris, 1999 ; 208.
- 27-Bodiagina V. La première consultation. Précis d'obstétrique.Traduction Française, Mis, Paris,1978 : 85-116.
- 28-Koffi NM et Coulibaly A. Les consultations intermédiaires. Le carnet de santé dans la surveillance de la grossesse en Côte d'Ivoire.1993 ; 45-2 : 179.
- 29-Lemoine JP, Bariety N et Choubrac M. L'accouchement. In : cahier de l'infirmière, Obstétrique, Paris, New York, Barcelone, Mexico, Sao Paulo : Masson, 1985 : 19-20.
- 30-Ministère de la santé et du Planning Familial/ UNICEF. Faire de la Maternité Sans Risque une réalité. MINSAN PF, MSR. 2004.
- 31-Raveloson N. Les consultations prénatales au CSB II Antanimena durant l'année 2004. Thèse médecine, Antananarivo.2006 ; n°10148.
- 32-MINSAN PF/ UNICEF. Prévention de la Transmission Mère- Enfant (PTME) du VIH SIDA. Maternité sans risque. MINSAN/ UNICEF, 2004.
- 33-Razafindrabe RF. Réflexion sur la prise en charge de la grossesse au CSB II Andohalo durant les années 1999-2000. Thèse Médecine, Antananarivo, 2001 ; n°5692.



34-Ministère de la santé. Politique de la vaccination et guide de PEV à Madagascar.  
MINSAN, 1998 : 51.

35-MINSAN/ UNICEF. Guide du PEV à Madagascar. MINSAN, SVEM, 1990.

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

**Le Président de Thèse**

**Signé : Professeur RATOVO Fortunat**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo**

**Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul**

## VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

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

Hotsaboiko maimaim-poana 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 hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitànkeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny antonjavatra ara-pinoana, 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 ho-rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

**Name and first name:** RASOLOHARIJAONA Masy Harisoa

**Title of the thesis** : The antenatal consultations in the CSBII of Atsinanantsena ex-CSS in Antsirabe during the year 2005.

**Heading:** Public Health

**Number of pages:** 67

**Number of tables:** 27

**Number of figures:** 28

**Number of schema:** 04

**Number of bibliographical references:** 35

### SUMMARY

It's about retrospective work carrying on the statistical study of the antenatal consultations in the CSB II of Atsinanantsena ex-CSS in Antsirabe I during the year 2005.

The objective that we set consists to value the rate of use in CPN and the vaccine cover rate, to detect the factors of risk and the over illness, to incite the women enclosed to frequent the center for a better antenatal care.

The total number of the antenatal consultations is of 443. The delay of the first CPN normally to the first quarter of pregnancy is observed at some women enclosed. The rate of use in CPN is of 9, 48%. One counted 188 at risk women with 42, 44% among the 443 consulting.

Otherwise, the vaccine cover rate in VAT2 or more are of 18, 47%. besides, the women to positive of the urine albumin are of 0,90% and 1,81% have a serology of the positive syphilis.

As suggestions, we propose the backing of communication in view of a change of behaviour of pregnant women, the setting up of an adequate information system for the maternal population, the continuous improvement of the quality of service and the promotion of the domestic scheduling, the retraining and the staff's incentive.

**Keywords** : pregnancy-antenatal consultation-biologic exam-hygiene-vaccination

**Director of thesis** : Professor RATOVO Fortunat

**Reporter of thesis** : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

**Address of the author:** Lot 24K30 Manodidina ny gara Antsirabe 110



**Nom et prénom** : RASOLOHARIJAONA Masy Harisoa

**Titre de la thèse** : Les consultations prénatales au CSBII d'Atsinanantsena ex-CSS  
Antsirabe durant l'année 2005.

**Rubrique** : Santé Publique

**Nombre des pages** : 67

**Nombre des tableaux** : 27

**Nombre des figures** : 28

**Nombre des schémas** : 04

**Nombre des références bibliographiques** : 35

## RESUME

C'est un travail rétrospectif basé sur une étude statistique des consultations prénatales au CSB II d'Atsinanantsena ex - CSS.

L'objectif est d'évaluer le taux d'utilisation en CPN, le taux de couverture vaccinale en VAT2 et plus, les facteurs de risque, et aussi d'inciter les femmes enceintes incluses dans le secteur à venir au centre pour une meilleure surveillance de la grossesse.

On a recensé 443 consultantes ; le taux d'utilisation en CPN est de 9,48%. On a détecté 188 facteurs de risque, soit un taux de 42,44%.

Le taux de couverture vaccinale en VAT2 ou plus est de 18,47%.

Par ailleurs, les femmes qui ont eu une albuminurie positive représentent 0,90% des consultantes et celles qui ont une sérologie positive à la syphilis 1,81%.

Comme suggestions, nous avons proposé la communication pour le changement de comportement concernant les femmes enceintes, l'amélioration des informations sur la grossesse à ces femmes enceintes, l'amélioration de la qualité de service, le recyclage et la motivation du personnel de santé.

**Mots clés** : grossesse- consultation prénatale- examen biologique- hygiène  
vaccination

**Directeur de thèse** : Professeur RATOVO Fortunat

**Rapporteur de thèse** : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

**Adresse de l'auteur** : Lot 24K30 Manodidina ny gara Antsirabe 110