

ETAT DE SANTE DES MERES DANS UN DISTRICT RURAL SENEGALAIS (KHOMBOLE)

S. DIOUF, A. DIALLO, B. CAMARA, A. Tall DIA, H. SIGNATE, MG. SALL,
O. FAYE*, M. NDIAYE, M. SARR, D. SOW, M. FALL

RESUME

Dans le district rural de Khombole, une enquête sanitaire, par sondage à deux degrés au niveau de 21 grappes, nous a permis à partir de 304 femmes en âge de procréer d'évaluer les programmes essentiels pour la survie des mères ainsi que la morbidité maternelle.

S'il existe un important désir d'espacement de la prochaine grossesse (76 %), le pourcentage de femmes utilisant une méthode moderne de contraception est faible (5,3 %).

Seules 37,5 % des femmes ont réalisé 3 consultations prénatales lors de leur dernière grossesse.

L'accouchement a le plus souvent lieu à domicile (62,3 %), l'assistance est réalisée essentiellement par les matrones (66,3 %).

La dernière grossesse dans 10,7 % des cas a eu une issue défavorable : avortement (5,5 %) ou mort-né (5,2 %).

Les pathologies des femmes sont dominées par l'anémie (22 %), les parasitoses intestinales (21,8 %), la drépanocytose (12,3 %) et l'hypertension artérielle (9,9 %).

Mots-clés : Santé, mères, zone rurale.

SUMMARY

In the rural district of Khombole a sample health survey of two stage cluster at the level of 21 clusters, has enable us from 304 women being of age to procreate, to estimate the essential program of mothers survival as well as the maternal morbidity.

If there is an important desire of delaying the next pregnancy (76 %) the percentage of women using modern method of contraception is low (5,3 %).

Only 37,5 % of women have realised three prenatal visits during their last pregnancy.

Most often delivery is held at home (62,3 %) with essentially the assistance of matrons.

The last pregnancy in 10,7 % of the case ended

unhappily with abortion (5,5 %) or stillborn child (5,2 %)

The pathologies of women are dominated by anaemia (22 %), intestinal parasitosis (21,8 %), sickle cell (12,3 %) and high blood pressure (9,9 %).

Key-words : health, women, rural area.

I - INTRODUCTION

En zone rurale sénégalaise, il existe peu de données sur la situation sanitaire des mères en raison des insuffisances du système d'information sanitaire.

Le but de ce travail dont le soubassement est une enquête sanitaire est de contribuer à l'amélioration de la santé des mères en zone rurale par :

- une évaluation des programmes de santé essentiels pour la survie de la mère
- une meilleure connaissance de la morbidité maternelle.

II - POPULATION ET METHODES

L'enquête a été réalisée en août 1995 dans le district sanitaire de Khombole situé à 100 km de Dakar.

Elle a ciblé 304 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans).

Il s'agit d'une enquête transversale sur échantillon. Sur la base des données du recensement national de 1988, le district a été divisé en 600 grappes de taille égale. Au premier degré nous avons tiré 21 grappes.

Dans chaque grappe, nous avons tiré au deuxième degré un échantillon de 8 unités de sondage (carrés).

Au niveau de chaque carré, nous avons interrogé et examiné toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Nous avons réalisé :

- une évaluation de 3 programmes clés pour la survie de la mère:
 - Planification familiale,
 - Consultation prénatale (CPN),
 - Assistance à l'accouchement.

Institut de Pédiatrie Sociale (Service du Pr. M. FALL)

* Laboratoire de Parasitologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie (UCAD)

une étude de la morbidité maternelle comprenant:

- la morbidité périnatale,
- les antécédents de maladie sur les 30 derniers jours,
- une évaluation de l'état nutritionnel utilisant l'index de masse corporelle (IMC),
- les pathologies identifiées par l'examen clinique particulièrement l'hypertension artérielle (HTA),
- l'évaluation de l'anémie (Hb < 11 g/100 ml) de la drépanocytose, de l'infection palustre et des parasitoses intestinales par respectivement le dosage du taux d'hémoglobine, le Test d'Emmel, la goutte épaisse et la parasitologie des selles.

III - RESULTATS

A) Les programmes de santé

Planification familiale

Environ le 1/4 (24 %) des femmes n'ont jamais entendu parler de la planification familiale. Le pourcentage de femmes qui désirent espacer leur prochaine naissance est de 76 %. Seules 13,8 % des femmes utilisent une méthode contraceptive avec respectivement 8,5 % d'utilisation de méthode traditionnelle contre 5,3 % de méthode moderne.

Consultation prénatale

Chez 216 femmes, nous avons pu obtenir un avis sur la surveillance prénatale lors de la dernière grossesse.

Tableau 1 : Répartition des femmes selon le nombre de CPN à la dernière grossesse

Consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
0	41	19
1	40	18,5
2	54	25
3	81	37,5

81 % des femmes ont fait au moins une consultation prénatale. La première CPN dans 73,7 % a été réalisée tardivement au-delà du 3e mois.

Les CPN sont réalisées respectivement par les sages-femmes (68,3 %), les infirmiers (25,1 %), les médecins (3,3 %) et les matrones (3,3 %).

Accouchement

Chez les 205 femmes où nous avons pu obtenir ce renseignement, les accouchements avec assistance par une personne formée représentent 91,7 %.

Cette assistance est réalisée par les matrones (66,3 %), les infirmiers (4,4 %), les sages-femmes (20,5 %) et les médecins (0,5 %).

Le lieu de l'accouchement est précisé chez 223 mères et révèle que celui-ci dans 62,3 % des cas a eu lieu à domicile.

Les accouchements dans une structure sanitaire se répartissent ainsi :

- Case de santé : 0,9 %
- Maternité rurale : 12,6 %
- Maternité du Centre de Santé : 19,3 %
- Hôpital : 4,9 %

B) Morbidité périnatale

Les femmes qui ont des antécédents d'au moins un avortement ou d'un mort-né sont retrouvées dans des proportions respectives de 31,9 % et de 17,1 %.

Nous avons noté des antécédents de césarienne chez 1,6 % des femmes.

Chez 290 mères, la dernière grossesse dans 10,7 % des cas, a eu une issue défavorable : avortement (5,5 %) ou mort-né (5,2 %).

C) Morbidité maternelle

1. Les antécédents de maladie récente

Au cours des 30 derniers jours, 34,9 % des mères déclarent avoir été malades.

Le pourcentage de recours à la médecine moderne est de 39,6 %. Les consultations sont réalisées par les infirmiers (17,9 %), les médecins (10,4 %), les sages-femmes (7,6 %), le personnel des dispensaires privés catholiques «Sœurs» (2,8 %) et les agents de santé communautaire (0,9 %).

2. Etat nutritionnel

La taille moyenne des mères est de 1,61 m ± 6,2 ET.

Tableau II : état nutritionnel des femmes en âge de procréer selon leur IMC

Index de masse corporelle	Effectif	Pourcentage
< 17	3	0,9
Entre 17 et 18,5	16	5,3
Entre 18,5 et 20	35	11,5
Entre 20 et 25	200	65,8
Entre 25 et 30	34	11,2
> 30	16	5,3
Total	304	100

3. Hypertension artérielle

La prévalence de l'HTA est de 9,9 %.

La tension artérielle moyenne systolique est de : 12,6 cmHg \pm 1,5 ET.

La tension artérielle moyenne diastolique est de 7,2 cmHg \pm 1,4 ET.

4. Pathologies identifiées à l'examen clinique

Sur 271 femmes examinées, ces pathologies sont constituées par l'anémie (15,5 %), les pyodermites (0,7 %), un souffle cardiaque (0,4 %), une pneumopathie (0,4 %) et un goitre (0,4 %).

5. Pathologies identifiées par les examens hématologiques

Le test d'Emmel et la goutte épaisse réalisés chez 171 mères nous ont permis d'évaluer la prévalence de la drépanocytose (12,3 %) et le taux d'infection palustre (6,4 %). L'hémoglobine pondérale dosée dans 173 cas révèle une prévalence de l'anémie à 22 %.

6. Parasitoses intestinales

La prévalence de la parasitose intestinale étudiée chez 262 mères est de 21,8 %.

Parmi les 57 mères présentant une parasitose intestinale, les parasites retrouvés sont : Ascaris (61,4 %), Giardia (15,8 %) Entamoeba coli (14 %) Trichomonas intestinalis (5,3 %), Tenia (3,5 %).

IV - DISCUSSION

La promotion de la Planification Familiale constitue une stratégie prioritaire pour la survie de la mère et de l'enfant.

Dans cette zone rurale malgré de notables progrès réalisés ces dernières années, un pourcentage non négligeable de femmes n'ont jamais reçu d'information sur la planification familiale.

La prévalence contraceptive chez les mères bien que faible est comparable au chiffre national et est meilleur que le chiffre trouvé par J. LAUKOANDE et coll (1) en milieu rural burkinabé. Il existe un hiatus entre le désir important d'espacement des naissances et le faible taux d'utilisation par les mères des méthodes de planification aussi bien modernes que traditionnelles.

L'intégration de la planification familiale aux activités des infirmiers voire de la matrone n'étant pas encore réalisée, pour une grande part, ce faible taux d'utilisation des méthodes modernes est lié aux problèmes d'accessibilité des services de planification familiale.

Bien qu'il existe un besoin réel d'espacement des naissances, l'existence d'obstacles religieux et/ou culturels fait que le pas n'est souvent pas franchi en vue d'une utilisation de ces services.

Il y a une impérieuse nécessité d'améliorer l'accessibilité des services de planification familiale, mais aussi de voir comment traduire ce besoin ressenti d'espacement des naissances en besoin de planification.

La surveillance de la grossesse ainsi que l'accouchement assisté peuvent être décisifs pour la survie aussi bien de la mère que de l'enfant.

Pour une zone rurale où l'accessibilité aux soins et le manque de moyens financiers constituent des contraintes majeures, le taux de couverture en consultation prénatale est bon. Il est supérieur à la moyenne nationale qui est de 66,6 % pour la première consultation prénatale (2).

Le retard à la première consultation prénatale, obstacle majeur à l'atteinte de la norme sénégalaise de 3 CPN par grossesse, n'est pas l'apanage de notre zone et est retrouvé ailleurs en Afrique. KONE et coll (3) trouvent que seulement 3,1 % des femmes enceintes d'un village burkinabé réalisent leur première CPN dans les premiers mois.

Le désir de cacher la grossesse dans les 3 premiers mois constitue une réalité culturelle bien tenace dans certaines zones africaines. Pendant longtemps encore en milieu rural sénégalais, l'objectif d'atteindre un pourcentage élevé d'utilisation adéquate (3 CPN) des services de CPN sera difficile à réaliser. Aussi, l'accent devrait-il être mis sur les consultations de qualité ; selon B.J. ESSEX (4) 80 à 85 % des facteurs de risque pendant toute la grossesse en milieu rural africain peuvent être reconnus par une consultation

bien menée.

Les sages-femmes dont l'image est plus intimement liée à la santé de la femme enceinte, réalisent le plus grand nombre de CPN. Dans ce district rural, le toucher vaginal constitue l'obstacle majeur à l'utilisation d'un service de consultation prénatale tenu par un personnel de sexe masculin.

Les médecins et les matrones ont un rôle limité dans la surveillance des grossesses.

Les femmes ont moins sollicité les établissements sanitaires pendant l'accouchement que durant la grossesse, seules 37,7 % d'entre elles ont accouché dans une formation sanitaire alors que 81 % ont réalisé au moins une CPN.

L'accouchement se fait le plus souvent à domicile (62,3 %) avec l'assistance d'une matrone.

Le pourcentage de femmes qui accouchent sans assistance n'est pas négligeable (8,3 %). Dans ces conditions, les risques de mortalité pour la mère et pour l'enfant sont élevés. Les contraintes socio-culturelles y joueraient un rôle important, l'accouchement dans certaines ethnies étant une épreuve de choix pour juger du degré de stoïcisme de la femme, l'assistance par une personne étrangère à la famille est souvent mal perçue.

Trop souvent encore (10,7 %), la grossesse a une issue défavorable. Les causes de ces avortements et de cette mortalité sont peu étudiées dans nos districts, le paludisme (5) y jouerait un rôle certain.

En zone rurale où les contraintes et obstacles lors du recours aux soins sont importants, le pourcentage de recours à la médecine moderne en cas de maladie est acceptable (39,6 %), l'automédication et la médecine traditionnelle étant utilisées de façon préférentielle.

La malnutrition modérée représente une bonne part de la morbidité maternelle, les formes sévères et/ou à risques pour la mère et l'enfant (IMC < 18,5) se trouvent à des taux non négligeables (6,2 %) nécessitant dans certains cas une assistance urgente.

Le pourcentage d'obèses retrouvé (5,3 %) ainsi que la prévalence de l'HTA (9,9 %) révèlent que ces pathologies

ne sont pas rares en zone rurale. Diverses enquêtes réalisées en Afrique révèlent une prévalence de l'HTA de l'ordre de 5 à 20 % (6).

Comme bien souvent décrit en zone tropicale, l'anémie constitue un problème majeur de santé publique; l'étiologie est multifactorielle, le paludisme et les parasitoses intestinales y contribuant largement.

L'anémie est fréquemment liée à une carence en fer résultant d'une alimentation essentiellement à base de céréales contenant du fer de biodisponibilité moyenne, ainsi que des grossesses répétées ne permettant pas la reconstitution des réserves. La prévalence de l'anémie dans le district (22 %) reste bien en deçà des valeurs rapportées dans certaines zones africaines où elle peut atteindre 50 % des femmes (7).

Les parasitoses intestinales sont fréquentes chez les mères avec comme parasite prédominant *Ascaris lumbricoïdes*. Les protozoaires occupent une place bien moindre que les Helminthes. Les manifestations cliniques associées à ces parasitoses sont souvent pauvres. C'est par leur retentissement nutritionnel surtout que les parasites intestinaux réalisent un problème de santé publique (8) comme inducteurs partiels ou complets de la malnutrition. Le retentissement social et sanitaire la plupart du temps reconnu ou minimisé fait toute la difficulté de la mise en place de programmes d'action efficaces contre ce fléau.

V - CONCLUSION

Dans l'approche globale du développement humain une contribution décisive à la survie du couple mère-enfant nécessite une meilleure prise en charge de la morbidité maternelle.

L'accroissement du niveau de vie, une politique d'assainissement à grande échelle, une éducation sanitaire de qualité et un meilleur accès aux soins permettraient de diminuer la prévalence de la majorité des maladies qui particulièrement en zone rurale pèsent lourdement sur l'état de santé des populations.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - LAUKOANDE J., TANKOANE F., CANNONE F., KONE B. Connaissances, attitudes, pratiques en matière de planification familiale dans un village Gourmantche au Burkina Faso. *Médecine d'Afrique Noire* : 1992, 39 (5) : 354-357.
- 2 - DIOUF P.D. Santé de la mère et de l'enfant : Enquête démographique et de santé au Sénégal. (EDS. II), 1992/93. Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA, Avril 1994.
- 3 - KONE B., SORGHO G., DISFELD, H.J. Evaluation de la surveillance prénatale en zone rurale au Burkina Faso. *Afrique Médicale*, 1988, 27, (267) : 496-498.
- 4 - ESSEX B.J., EVERT, U.J.

- Record card for autonatal screening : use for an action oriented record card for autonatal screening. *Tropical Doctor*, 1979, 7 : 134-138.
- 5 - BRICAIRE F., DANIS M., GENTILINI M. Paludisme et grossesse. *Cahiers de santé*, 1993, 3 : 289-292.
- 6 - KANE A. Contribution à l'étude épidémiologique de l'hypertension artérielle en milieu suburbain africain : cas de Pikine, Sénégal. *Thèse Méd. Dakar*, 1990, n°30.
- 7 - HERBERG S., ROUAND C. Les anémies nutritionnelles. *L'enfant en milieu tropical*, 1981, (133) : 4-35.
- 8 - LAGARDERE B., DUMURGIER E. Parasitoses intestinales. *L'enfant en milieu tropical*, 1994, (210) : 7-46.