MISSION MEDICALE DE L'ASSOCIATION « AU CŒUR DES HOMMES » SUR LA ZONE DE KETOU tiBénin) Arrondissement d'Adakplamé

11 au 22 Mars 2023

Rapport de mission

Dr Julie PINABEL

Mme Faustine LUKASZEWSKI

Dr Richard GIRAUD

Nous tenons à remercier toute l'équipe qui nous a aider à réaliser cette mission

Le médecin chef, de l'hôpital de Kétou pour l'organisation de cette mission.

L'équipe médicale et administrative du centre de santé d'Adakplamé pour leur accueil, leur aide et leur disponibilité tout au long de cette mission.

La municipalité de Kétou pour son accueil et son aide logistique dans l'organisation de cette mission.

Tous les chefs et habitants des villages pour leur accueil et leur participation.

Un dernier mot pour souligner l'accueil extrêmement chaleureux que nous avons reçu et les remerciements réitérés de la part de l'ensemble des autorités administratives et de santé.

Introduction

Ce rapport est le résumé de l'activité de l' O.N.G. « Au Cœur Des Hommes » au cours de la mission effectuée sur le 4 ème arrondissement de la zone de Kétou, centre de santé d' Adakplamé.

Ce rapport est divisé en 3 parties correspondant aux trois axes prévus par notre au cours de cette mission :

Partie 1 Situation sanitaire des adultes et enfants de plus de 15 ans rédigée par le Dr Richard Giraud

Partie 2 Evaluation de l'état de santé infantile avec un focus sur le dépistage de la malnutrition pour les enfants âgés de 6 mois à 5 ans rédigée par le Dr Julie Pinabel

Partie 3 Evaluation des maternités et des consultations péri natales par Mme Faustine Lukaszenski

SOMMAIRE

Introduction

Partie 1 : situation sanitaire des adultes et enfants de plus de 15 ans

A : résultats globaux

B : diagnostics retenus

C : modalités de référencement

Partie 2 : situation sanitaire des enfants

Chapitre 1 : enfants de moins de 6 mois

A : résultats globaux

B : diagnostics retenus

C : modalités de référencement

Chapitre 2 : enfants de 6 à 59 mois

A : résultats globaux

B : diagnostics retenus

C : modalités de référencement

Chapitre 3 : enfants de plus de 60 mois

A : résultats globaux

B : diagnostics retenus

C : modalités de référencement

Chapitre 4 : incidence de la malnutrition

Partie 3 : situation sanitaire au niveau des maternités

consultations d'obstétrique

consultations de gynécologie

Introduction :

Notre Association, « AU COEUR DES HOMMES » a été fondée en 2005, et elle a pour objet depuis son origine d'intervenir, après un accord préalable des plus hautes autorités des pays concernés, dans des zones difficiles d'accès.

Nos objectifs « Aide, Partage et Soutien », sont en fait une lutte contre la précarité sanitaire et tous les éléments qui l'annoncent tihygiène, eau, assainissement, malnutrition, épidémies…) et l'apport de réponses tiévaluation préalable par un audit sanitaire, rapport circonstancié et systématique aux autorités, intervention des professionnels pluridisciplinaires de l'association, amélioration collaborative de la formation du personnel local, évaluation de résultats, organisation de réunions de sensibilisation sur différents sujets, soutien apportés par d'autres ONG lorsque que cela nous semble nécessaire, propositions d'amélioration…).

Nos actions se font en lien avec les Programmes Nationaux, en accord avec le ministère de la Santé du Bénin et ses relais départementaux, qui nous fixent les zones d'action, les Centre de Santé Communautaires et les villages de brousse s'y rattachant, différents pour chaque mission, et qui se succèdent habituellement quatre fois par an.
Le cœur de notre activité est d'aller à la rencontre des populations villageoises et d'assurer ainsi des consultations médicales foraines, du dépistage et de la sensibilisation.

Par ailleurs, lors de nos précédentes missions, nous avions pu noter de la nécessité d'un recueil de données plus strict permettant d'évaluer le plus précisément possible le retentissement de la malnutrition sur l'enfant de 6 à 59 mois.

Nos actions se sont orientées vers la République du Bénin depuis 2011, dans le département du Plateau et plus précisément sur l'arrondissement de POBE.

Début 2022, un nouvel accord a été signé avec le ministère de la Santé du Bénin, qui nous a proposé de travailler sur l'arrondissement de KETOU jusqu'en 2025. Pour cette mission de mars 2023, c'est l'Arrondissement d'ADAKPLAME qui avait été retenu.

Présentation de la mission

A : l'équipe d'ACDH

Chef de mission, logistique : Hugues MORCRETTE

Equipe médicale :

Julie PINABEL timaladies des enfants)

Richard GIRAUD timaladies des adultes)

Sage-femme : Faustine LUKASZEWSKI tigynécologie, maternité)

B : la mission

Cette mission médicale effectuée par l'association A.C.D.H. avait pour objet de travailler sur la zone de Kétou, et plus précisément sur le 4ème arrondissement.
Cette mission s'est déroulée du 11 mars au 21 mars 2023 au centre de santé d'ADAKPLAME et sur les villages environnants rattachés à ce centre de santé.

Une réunion préparatoire sous l'autorité du médecin chef de KETOU, le docteur HOUNDEKON avait permis de sélectionner les villages, d'en informer le chef de poste d'ADAKPLAME, l'IDE Carlos KOSSOU, et tous les Chefs de Village concernés selon un programme précis :

lundi 13 : KINWO, AGUIGADJI

mardi 14 : AGONLINKPAHOU

mercredi 15 : KOZOUNVI

jeudi 16 : DOGO

vendredi 17 : DHIZIHAN

samedi 18 : EWE, ADAKPLAME

dimanche 19 : AGONLINKPAHOU, AGBOSSASSA

lundi 20 : EDENOU, ADAKPLAME

mardi 21 : EDENOU, ADAKPLAME

L'objectif médical de cette mission consistait à :

- évaluer l'état sanitaire général de la population tiadultes et enfants),
- effectuer un bilan nutritionnel le plus réaliste possible chez l'enfant de 6 à 59 mois,
- évaluer la prise en charge des pathologies gynéco-obstétricales et l'activité de la maternité tiCPN, TPI, consultation post-natale...)

C : méthodologie du recueil des données

Le recueil des données est issu des consultations médicales effectuées dans les villages et au CSC d'ADAKPLAME.
Le recueil de données se fait selon un protocole précis avec comme référence le registre de soins curatifs disponibles dans chaque centre.
Pour chaque patient, nous avons relevé :

- nom et prénom
- sexe, âge,
- constantes
- motif de la consultation, lecture du carnet de santé si disponible
- le ou les diagnostics
- le traitement prescrit, qui était ensuite expliqué
- éventuellement le référencement ou le suivi proposé

Afin de connaître l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois, nous avons en outre systématiquement relevé comme critères diagnostiques de la Malnutrition Aigüe Sévère:

- le poids
- la taille
- le périmètre brachial
- l'existence d'œdèmes des chevilles

Données anthropométriques que nous avons ensuite confrontées aux normes OMS ticf. annexe I)

L'état nutritionnel est alors classé en :
état nutritionnel normal ti-1 ET<Z score <+1 ET)
état nutritionnel limite ti-2 ET<Z score <-1 ET)
malnutrition aigüe modérée ti -3 ET <Z score < -2ET, 115mm < PB< 125mm)
malnutrition aigüe sévère avec ou sans complications tiZ score < -3ET, PB ≤ 115mm).
Les malnutritions sévères avec complications étaient référencées à l'hôpital de zone de POBE.

Partie 1 :

Situation sanitaire des adultes et enfants de plus de 15 ans

Docteur Richard Giraud

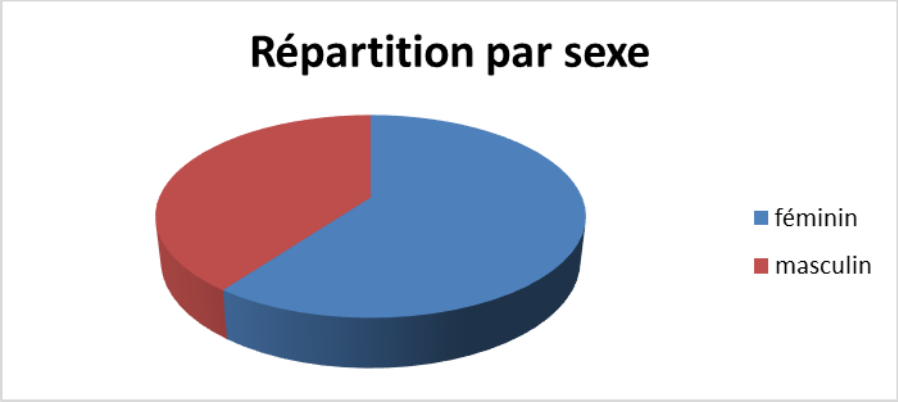
Situation sanitaire des adultes et enfants de plus de 15 ans

A : résultats globaux

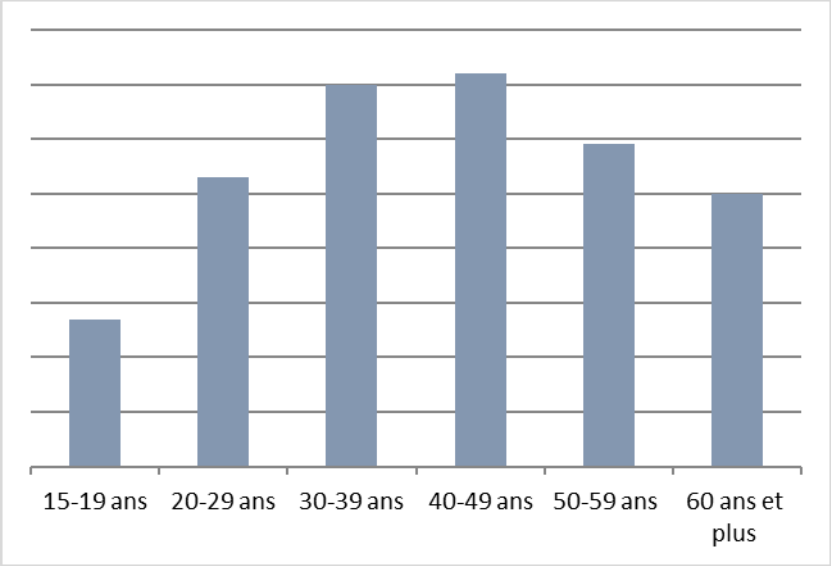
Sur les 350 consultations effectuées, nous avons retenus 331 dossiers totalement exploitables. En effet, 19 dossiers n'avaient pas été rigoureusement enregistrés.

Répartition par sexe :

féminin 199 masculins 132



Répartition par âge



B : diagnostics retenus (par fréquence pour cette étude)

Pathologie Infectieuse ti106 dossiers), dont
paludisme avec TDR positif 10 dossiers
parasitose digestive 35 dossiers
infection respiratoire 29
infection ORL 10 dossiers
infection urinaire 4 cas
toux spasmodique isolée 1 dossier,
IST 1 dossier,
prurit isolé pouvant évoquer une onchocercose 16 dossiers

Pathologie ostéo-articulaire et rhumatologique ti 61 dossiers) dont
lombo-sciatalgies 33 dossiers
polyarthalgie, arthrose 24 dossiers
arthrite 4 dossiers

Pathologie ophtalmologique ti58 dossiers) dont
cataracte 30 dossiers
troubles réfractifs 16 dossiers
onchocercose 7 dossiers
infection (conjonctivite purulente, orgelet) 5 dossiers

Pathologie digestive ti47 dossiers), dont
gastrite, syndrome ulcéreux 15 dossiers
hémorroïdes, fissure anale 15 dossiers
hernie inguino-scrotale 9,
éventration 2
autre problème digestif non étiqueté 3 dossiers dont le cas d'un patient souffrant d'un hoquet post prandial depuis prés de 20 ans

Pathologie hématologique (34 dossiers) dont
anémie clinique 28 cas
drépanocytose 6 cas, 2 cas avaient déjà été diagnostiqués, 4 sont cliniquement suspectés

Pathologie cardio-vasculaire ti34 dossiers) dont
hypertension artérielle 32 dossiers
insuffisance cardiaque globale 2 dossiers

Pathologie neurologique ti22 dossiers) dont
céphalées (hors HTA) 19 dossiers
comitialité non traitée 3 dossiers, 2 des cas étaient connus mais avec un traitement interrompu

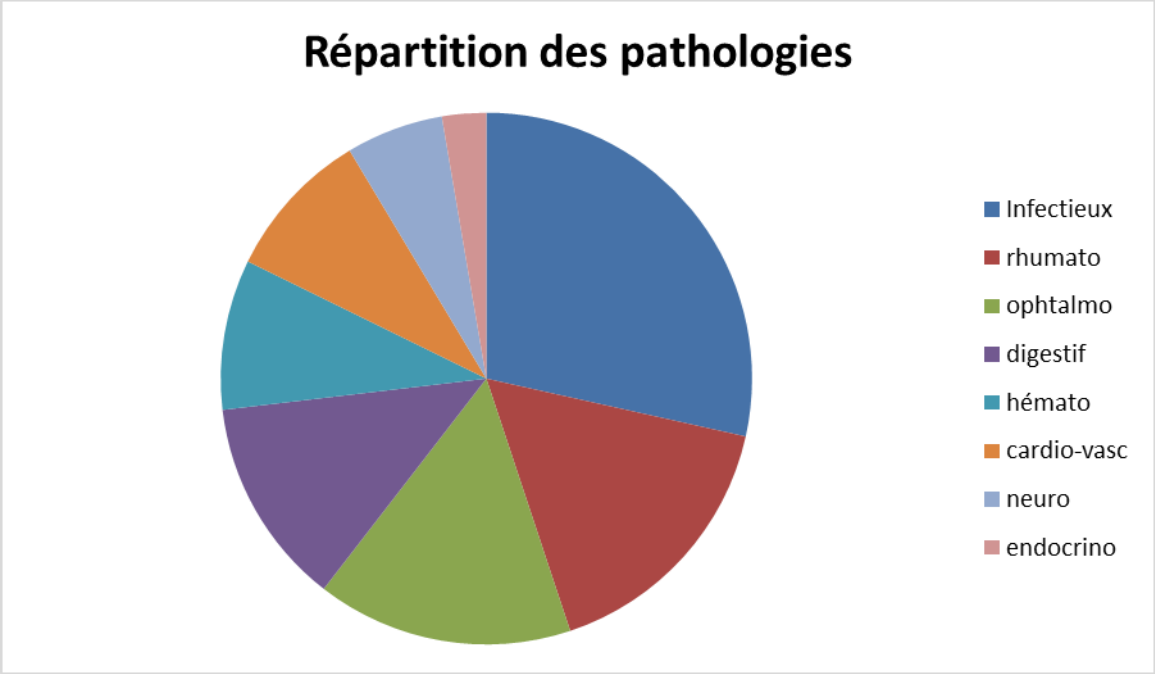
Pathologie endocrinienne ti10 dossiers) dont
goitre thyroïdien 6 cas
diabète type 2, 2 dossiers dont l'un était connu mais le traitement avait été interrompu
obésité 2 cas

Pathologie dentaire et stomatologique ti6 cas) dont
5 problèmes de caries dentaires
1 tumeur maxillaire évolutive évoquant un Améloblastome

Pathologies traumatiques ou séquellaires (9 dossiers)
séquelles de poliomyélite aigue, d'hémiparésie, de paraparésie, plaies multiples, ulcère variqueux

Pathologie gynéco-obstétricale, 14 patientes orientées vers la sage-femme

Et bien sûr 6 consultants venus pour être rassurés.



C : modalités de référencement

Comme à chacune de nos missions, les obstacles pour référencer en structure plus adaptée aux pathologies rencontrées sont généralement en rapport avec des moyens financiers extrêmement limités des familles et sont aussi marqués par les inégalités d'accès aux structures de soins du fait de l'isolement de certains villages et de leur éloignement du Centre de Santé.

- **Pathologies justifiant d'un geste chirurgical radical :**

Sur le plan digestif fréquence des pathologies de la paroi abdominale (hernies inguinale 6 cas dont 2 sur récidive post-opératoire, éventration 2 cas) dont l'intervention doit être envisagée et 2 cas de rectocèle invalidant référencés à PORTO-NOVO

Sur le plan endocrinien, on relève 7 cas de goitre thyroïdien, dont 6 cas ont été enregistrés en vue d'une intervention chirurgicale à KETOU, les 2 blocs devant être prochainement parfaitement opérationnels. Un contrôle pré et post opératoire de TSH, un traitement hormonal de substitution, sont sans doute des limites à une prise en charge correcte.

Sur le plan ophtalmologique 21 cas évocateurs de cataractes référencées à POBE pour évaluation et indication chirurgicale.

- **Pathologies justifiant d'un suivi et/ou d'un traitement médical**

19 cas d'hypertension artérielle inaugurale pour lesquelles différentes attitudes ont été proposées stade 1 ti140 à 160) conseils diététiques et contrôle tensionnel à 3 jours et 7 jours stade 2 ti160-180) et stade 3 ti>180) proposition thérapeutique d'emblée soit par diurétique de l'anse (Furosémide 20) peux coûteux et disponible au CSC d'ADAKPLAME soit anticalcique (Amapine 10) et antiagrégant plaquettaire 'Aspégic 100) disponibles à la pharmacie centrale du village avec contrôle à 7 jours et 30 jours. Nous avons noté que pour cette option, recommandée par le consensus médical, le prix du traitement est multiplié par 12…
Nous avons aussi diagnostiqués 2 cas d'insuffisance cardiaque référencés à KETOU à l'attention du médecin-chef.

Sur le plan ophtalmologique 5 cas d'onchocercose dont l'ancienneté n'a pu être précisé pour lesquelles un traitement a tout de même été proposé, 12 cas de troubles de la réfraction orientés pour évaluation et correction à POBE.

Sur le plan neurologique, 2 cas de comitialité ont été adressées à KETOU à l'attention du médecin chef

Partie 2:

Situation sanitaire des enfants

Docteur julie Pinabel

Situation sanitaire des enfants

Au préalable, il est important de préciser que nos actions se font en lien avec les Programmes Nationaux, en accord avec le ministère de la Santé du Bénin et ses relais départementaux, qui nous fixent les zones d'action, les Centre de Santé Communautaires et les villages de brousse s'y rattachant, différents pour chacune de nos missions, qui se succèdent habituellement quatre fois par an.
Le cœur de notre activité est d'aller à la rencontre des populations villageoises et d'assurer ainsi des consultations médicales foraines, du dépistage et de la sensibilisation.

Dans ce cadre, nous avons au total pendant cette mission, dépisté 577 enfants dans les 10 villages de la zone dépendant du CSC d'ADAKPLAME, dans lesquels nous avons ouvert une consultation.

Chapitre 1 : enfants de moins de 6 mois

A : résultats globaux

44 enfants ont été vus, dont 25 garçons et 19 filles

B : diagnostics retenus

-1 cas d'otite traitée par amoxicilline

-un enfant référencé vers Kétou pour une hypotonie globale et un retard de développement à J15 de vie.

Chapitre 2 : enfants de 6 à 59 mois

A : résultats globaux

329 enfants dont 158 garçons et 171 filles

B : diagnostics retenus

Malnutrition :

Pour rappel, les tables utilisées pour identifier les enfants à référer dans un programme de nutrition thérapeutique sont les Tables OMS 2006, poids/Taille unisexe. Elles indiquent aussi le poids à partir duquel un enfant peut être considéré comme sortant d'un état nutritionnel dangereux.

a) Périmètre Brachial tiPB) <115mm ;

b) Indice Poids-Taille < -3 ET ;

c) Œdèmes bilatéraux.

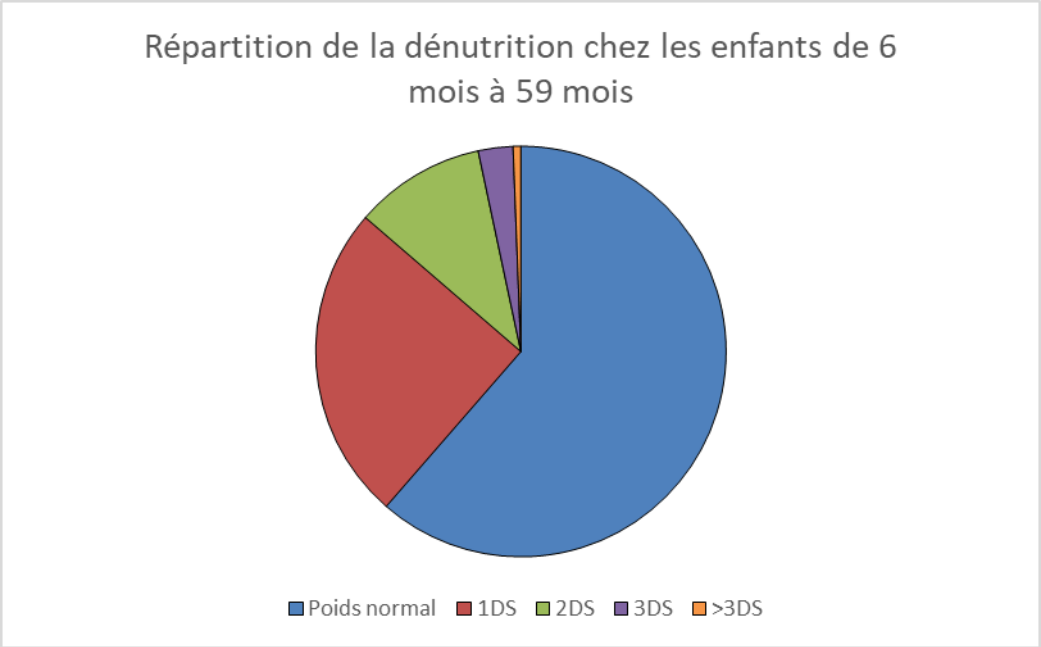
En pratique, nous avons recensé :

82 enfants à -1DS

34 enfants à -2DS

9 enfants à -3DS

2 enfants >-3DS



Autres pathologies :

-7 cas d'otites traités par amoxicilline

-5 cas de paludisme dépistés par un TDR sur des fièvres ou des organomégalies. En cas de positivité, le traitement par CTA a été donné selon le poids de l'enfant.

-8 cas de teigne traités par griséofulvine pendant 2 mois selon les recommandations locales.

-2 impétigos sévères ont été traités par antibiotiques tiAstaph disponible dans la pharmacie centrale d'ADAKPLAME).

- tous les enfants de plus de 1 an ont été systématiquement déparasités par une dose unique aux dosages recommandés, avec selon les disponibilités :

Albendazole 200 mg si 1-2 ans (ou <10 kg), 400 mg si ≥ 2 ans (ou ≥ 10 kg)

Mebendazole 500mg si 1-2 ans (ou <10 kg), 500mg si ≥ 2 ans (ou ≥ 10 kg)

C : modalités de référencement des cas de malnutrition

Depuis que notre ONG participe à côté des institutionnels dans le dépistage de la malnutrition aiguë sévère, la prise en charge a beaucoup évolué. De nouvelles données scientifiques impliquant l'utilisation d'aliments prêts à l'emploi (ATPE) et une plus grande importance accordée à la participation communautaire, ont permis aux enfants atteints de malnutrition aiguë sévère non compliquée d'être traités en ambulatoire plutôt que d'être orientés vers des structures hospitalières.

Les enfants dont le rapport poids/taille se situait entre la moyenne et -1DS ont bénéficié de conseils nutritionnels, d'une supplémentation multi vitaminique et d'une consultation de suivi

avec l'équipe médicale du CSC d'Adakplamé. Ils étaient inscrits, conformément aux recommandations, sur les registres de l'équipe médicale pour assurer le suivi.

Les enfants dont le rapport P/T était entre -1 et -2DS ont reçu des conseils nutritionnels et une supplémentation vitaminique en association au plumpy nut° distribués le jour de la consultation à posologie adaptée à l'âge ti7 pour les moins d'un an et 14 pour les autres). Par ailleurs, à l'issu du traitement un rendez-vous était proposé systématiquement pour un contrôle du poids à Adakplamé à une ou deux semaines.

Les enfants dont le rapport P/T était inférieur à -2DS ont été référencé sur Kétou lorsque cela été possible. Les limites étaient généralement financières tant pour le déplacement que pour l'organisation de la famille pour la prise en charge des soins.

Deux cas plus sévères de malnutrition dont un état de marasme ti-3DS pour le rapport P/T avec présence d'œdèmes des membres inférieurs) ont été adressé à l'équipe de pédiatrie de l'hôpital de Pobé. Aucun des deux enfants de présentaient des complications biologiques ou infectieuses sur le plan clinique. Pour autant, les études montrent, que par un mécanisme d'adaptation réductive, les signes habituels d'infection ne sont pas toujours au premier plan (fièvre, ganglions…) et incitent à la prudence.
Notre équipe médicale s'est déplacé 24 h après pour s'assurer de la qualité de la prise en charge et un entretien téléphonique a été réalisée entre le DR PINABEL, responsable de la prise en charge des enfants, et la pédiatre de l'hôpital de Pobè 48h après.

Rappelons que l'initiation précoce et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est parfaitement justifiée. Nous devons bien sûr considérer que pour le succès de cette activité de dépistage de la MAS, le rôle de la communauté est crucial puisqu'elle doit identifier les enfants malnutris et les référer le plus tôt possible. C'est là que se place la mission des relais communautaires.
Pour la majorité des cas identifiés très tôt, un traitement sûr et efficace peut être fourni en ambulatoire, en utilisant des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), des protocoles médicaux plus simples et une surveillance hebdomadaire .
Soyons sûr qu'une prise en charge précoce a pour conséquence de diminuer la durée du traitement et la diminution évidente de la morbi-mortalité.

Ces changements auront des implications humaines et financières et nécessitent à court terme une amélioration des pratiques actuelles, en particulier dans le dépistage dans les villages les plus éloignés des centres de santé et avec l'apport éventuel d'un soutien financier dans les situations qui médicalement semblent justifiées (prise en charge du déplacement en particulier)**.**

Chapitre 3 : enfants de plus de 60 mois

A : résultats globaux

204 enfants ont été vus dont 110 garçons et 94 filles

B : diagnostics retenus

-4 cas d'otites traitées par Amoxicilline

-24 cas de paludisme traités par CTA selon le poids après un TDR ayant confirmé le paludisme, procédure conforme aux recommandations nationales

-8 cas de teigne traités par griséofulvine

-1 cas de gale traités par topiques anti scabieux

-1 suspicion d'hépatite adressée à l'hôpital de Kétou

-1 cas de PICA traité par supplémentation en fer oral

Toutes ces thérapeutiques étaient disponibles au CSC d'Adakplamé, et pour une bonne partie avait été acheminée dans les villages par l'équipe du Centre sous l'autorité de l'Infirmier chef de poste Carlos Dossou.

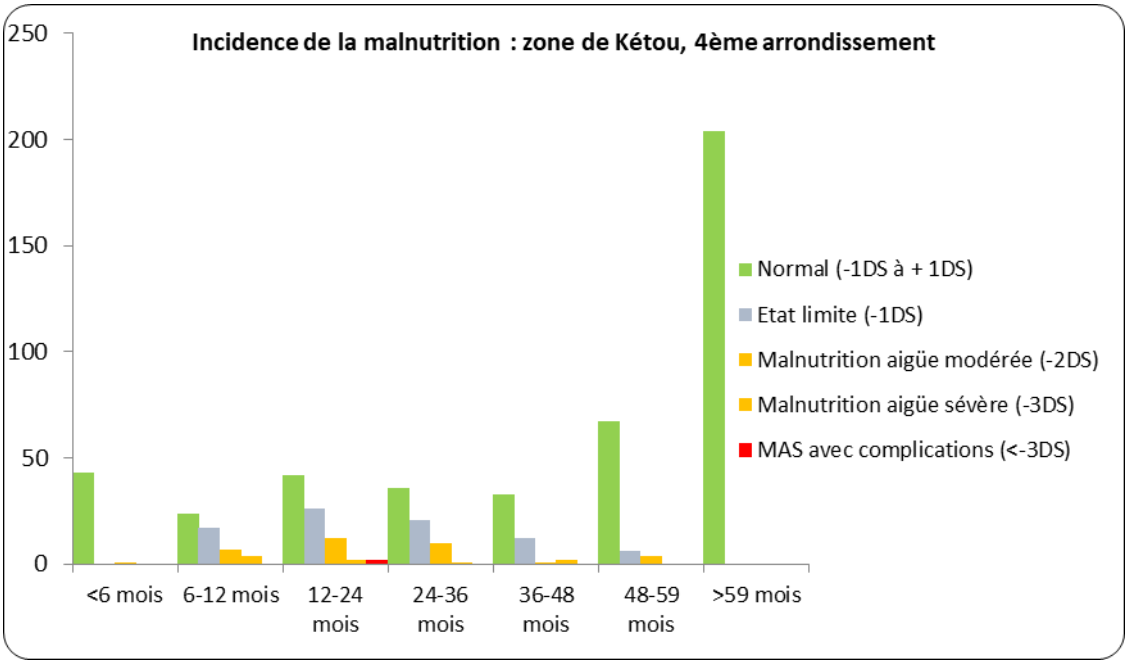
Chapitre 4 : incidence de la malnutrition

Le travail de dépistage de la Malnutrition par notre ONG reste comme toujours conforme aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF sur les normes de croissance et sur l'identification de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois (MAS).

Ceci a nécessité de notre part, comme nous le réalisons habituellement, une application harmonisée et coordonnée de ces standards dans le cadre du programme national sur la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants.

MISSION ADDH MARS 2023 - Bilan malnutrition

Ratio POIDS/Taille	<6 mois	6-12 mois	12-24 mois	24-36 mois	36-48 mois	48-59 mois	>59 mois
Normal ti-1DS à + 1DS)	43	24	42	36	33	67	204
Etat limite ti-1DS)	0	17	26	21	12	6	0
Malnutrition aigüe modérée ti-2DS)	1	7	12	10	1	4	0
Malnutrition aigüe sévère ti-3DS)	0	4	2	1	2	0	0
MAS avec complications ti<-3DS)	0	0	2	0	0	0	0



Si la prévalence de la Malnutrition Aigüe sévère chez l'enfant de 6 à 59 mois a connu une régression ces 10 dernières années au Bénin, la situation reste toutefois préoccupante, comme le constate très modestement ce rapport. Ces chiffres doivent cependant être interprétés avec prudence, puisque la MAS parait être un phénomène sensible à des facteurs géographiques (éloignement des centres de santé) et reste très vraisemblablement sensible aux conditions climatiques et aux ressources en eau de qualité.

Le recueil de ces données nous autorise à noter que les cas de malnutrition aigüe apparaissent après 6 mois, âge qui correspondrait à un sevrage trop rapide et mal conduit associé à une mauvaise diversification alimentaire.

Commentaires :

- On a noté quelques cas de trisomie ou encore de déformations congénitales des membres inférieurs qui auraient pu être dépisté en anténatal et auraient nécessité un suivi pluridisciplinaire. Les cas de déformations des membres ou troubles de la statique ont été adressé au service de kinésithérapie de Kétou.

- Comme dans les études antérieures, on a remarqué que plus les villages été isolés et loin des centres de consultation, plus le nombre de pathologies dépistées ou encore de malnutrition était élevé. Pour exemple, on retrouvait 31% d'enfants dénutris à Agonlinkpahou contre 9% à Dogo.

- On a noté des difficultés quant à la prise en charge de la vaccination lors de notre campagne de dépistage. Seuls les enfants de moins de 1 an ont pu être vaccinés par l'équipe médicale d'Adakplamé, selon le protocole national. Les enfants de plus d'un an, et

malgré l'absence de vaccinations antérieures, n'ont pu être vacciné lors de notre campagne de dépistage. Malgré la mise à disponibilité des doses de vaccins ainsi qu'une bonne coordination des équipes médicales locales, le rattrapage vaccinal n'a pas pu être possible chez les enfants de plus d'un an, ce qui représente une perte de chance pour des enfants face à des maladies évitables. Il serait peut-être envisageable, pour les prochaines missions de notre ONG, de s'aligner sur le calendrier vaccinal national et proposer un rattrapage pour les enfants au statut vaccinal connu et incomplet, ou indemnes de toute vaccination. Mais les modalités opératoires restent de la responsabilité des autorités sanitaires compétentes.

De plus, la malnutrition est associée à une altération de la fonction de la barrière intestinale (majorée par les infections intestinales intercurrentes) et à un faible niveau des protéines du complément (enzymes complétant l'action des immunoglobulines sériques).

Le tissu lymphatique thymus, ganglions, amygdales) subit une atrophie, et les réponses d'hypersensibilité de type retardé sont de ce fait réduites.

Les niveaux d'anticorps produits après la vaccination sont réduits chez les personnes gravement malnutries ce qui les rend encore plus sensibles aux infections.

- On a remarqué une discordance entre le PB et le ratio poids/taille. Le PB permet le dépistage de dénutrition aigue sévère avec un risque vital à court terme mais c'est le ratio P/T qui nous semble plus pertinent dans le dépistage des dénutritions chroniques sans critères de gravité mais nécessitant malgré tout une prise en charge thérapeutique.

- Lors du référencement des cas de dénutritions, des problématiques sont survenues. Si l'accès à un ATPE (Plumpy nut°) ou les laits thérapeutiques, étaient pris en charge par les autorités locales, le reste de la thérapeutique était à la charge des familles. Notamment, l'ouverture du dossier médical ou encore les vitamines, antibiotiques et autres traitements faisant partis des recommandations OMS sur la prise en charge de la malnutrition. Une réflexion globale quant à la prise en charge financière de ces cas de MAS serait nécessaire afin de lever tous les freins éventuels.

Partie 3 :

Situation sanitaire au niveau des maternités

Madame Faustine Lukaszenski Sage-femme

Les objecifs concernant la sage-femme :

Améliorer la sensibilisation des femmes à la CPN, identifier les facteurs de risques au sein des populations, informer les femmes de l'importance d'accoucher dans un centre de santé afin d'avoir un suivi et une prise en charge sécuritaire ;

Évaluer les pratiques en centre de santé, identifier les points sensibles (hygiène, les moyens, personnel…) ;

Comprendre les besoins de la population et dépister les pathologies lors des consultations en centres de santé

L'organisation :

Le centre de santé de référence était ADAKPLAME, chaque matin, le personnel et le matériel étaient récupérés au centre de santé et transportés dans un village afin de réaliser de 9 heures à 17 heures des consultations foraines ; les chefs de village avaient été au préalable informé du passage de l'équipe au jour précis, permettant ainsi aux populations des village de pouvoir se rendre au point de consultation de l'équipe sur place le jour correspondant.

Le point de consultation se déroulait la plupart du temps soit dans le relais de santé existant quand il y en avait un, soit dans une école si cette dernière était disponible.

Les villages sélectionnés :

ADAKPLAME - AGUIGADJI / AGONLINKPAHOU / KOZOUNVI / DOGO / OHIZIHAN / EWE-GBAKA / EDENOU / ADAKPLAME.

Méthodologie et recueil des données

Lors de la consultation, différentes informations ont été recueillies :

1 : Clinique

- Identité de la patiente
- Gestité / Parité
- Antécédents personnels
- Historique de ses précédentes consultations
- Vaccinations
- Age / Poids / Taille

- Terme
- Tension artérielle / Pouls / Température
- État des conjonctives
- Palpation utérine (présentation, contractilité, volume) avec mesure de la hauteur utérine
- Doppler fœtale (présence ou non de battements cardiaques fœtal)
- Réalisation d'un toucher vaginal

2 : Paraclinique

- Réalisation de Test paludisme
- Réalisation de Test Duo : Syphilis et VIH (test rapide en goutte épaisse)
- Prescription d'échographie à réaliser à Kétou et bilan sanguin (HB, groupage, GAJ)

3 : Mise en place de traitement

- Ordonnance
    - de médicaments ;
    - pour réaliser une échographie, à partir du troisième trimestre uniquement ;
    - afin d'effectuer un bilan sanguin de fin de grossesse (dosage de l'hémoglobine et du groupe sanguin)

La sensibilisation à la CPN a été réalisé avec l'aide planches explicative afin de permettre une meilleure compréhension de l'importance de consulter et d'effectuer le suivi dans un centre de santé ; les planches nous ont été données par l'UNICEF.

Plusieurs thèmes ont été mis en lumière comme les signes de consultations en urgence pendant la grossesse (métrorragies, diminution des mouvements actifs de l'enfant, les contractions…), le suivi encadré en centre de santé, la nécessité de faire plusieurs consultations obstétricales pendant la grossesse, la promotion de l'allaitement, l'alerte de l'entourage si la patiente présente des signes inquiétants, l'importance des premiers soins du nouveau-né, la vaccination, l'alimentation variée, la contraception et la consultation post accouchement.

Nous avons présenté également des planches d'images échographiques afin de sensibiliser les femmes à l'intérêt de la réalisation d'une échographie pendant la grossesse t(détermination d'un terme de grossesse, étude de la morphologie fœtale, l'analyse du liquide amniotique et du placenta).

Population et géographie

Nombres de consultations totales : 43

- 36 consultations d'obstétrique
- 7 consultations de gynécologie

Les patientes étaient âgées de 14 ans à 35 ans

<u>1 : Consultations d'obstétrique</u>

- 13 nouvelles consultations tipatientes n'ayant jamais consultées dans un centre de santé), soit 36% dont 10 consultations d'obstétriques supérieur au 5 e mois soit 27%
- 4 primigestes
- 32 multipares

Pathologies rencontrées

- Fièvre et céphalées : 11 patientes dont 4 avec un TDR positif soit 11%
- Contractions utérines : 4 patientes
- Douleurs lombo pelviennes : 4 patientes
- Pyrosis : 1 patiente
- Vomissements : 2 patientes
- Perte d'appétit : 1 patiente
- Asthénie : 4 patientes
- Impétigo : 1

La Mortalité néonatale : on remarque que sur les 36 consultations d'obstétriques, 12 patientes avaient un ou plusieurs enfants décédés, ces dernières n'ont su nous expliquer les raisons des décès.

2 : Consultations gynécologiques

Pathologies rencontrées :

- Désir de grossesse (diagnostic de stérilité non confirmé) : 4
- Douleurs lombo pelviennes : 2
- Cycles irréguliers : 1
- Saignements post FCS

3 ; Médicaments utilisés

Les médicaments prescrits étaient quasiment tous disponibles au niveau du pack de pharmacie que nous transportions chaque jour ainsi la sage-femme expliquait à la fin de la consultation l'intérêt et la pris rigoureuse des traitements prescrits :

Fer/ Foldine : 33

Mébendazole : 26

Multi Vitamines : 7

CTA (CoArtem): 4

SP (Sulfadoxine/Pyrimethamine): 17

Diazépam : 3

Furosémide : 2

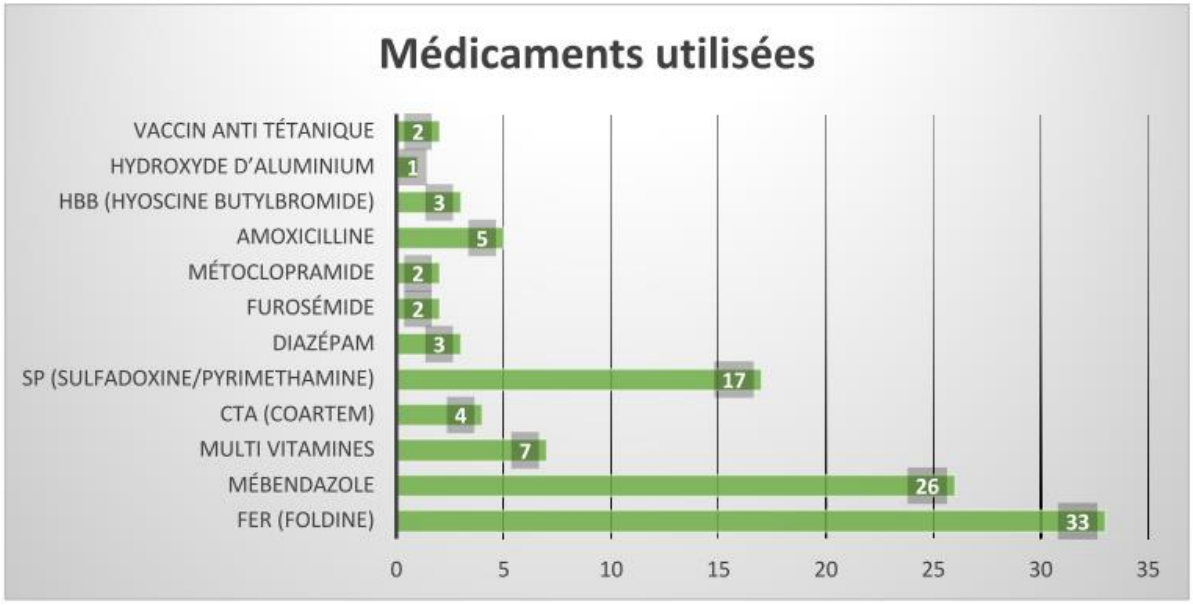
Métoclopramide : 2

Amoxicilline : 5

HBB (Hyoscine ButylBromide) : 3

Hydroxyde d'aluminium : 1

Vaccin anti tétanique : 2



4 : <u>discussions et améliorations</u>

A : Pathologie et géographie

Problématique des villages isolés

On remarque que la majorité des premières consultations d'obstétriques ont eu lieu dans le village d'AGONLINKPAHOU ; en effet ce village est très éloigné (environ 45 minutes en voiture) du centre de santé d'ADAKPLAME et difficile d'accès (voir impossible si pluie), il n'y avait pas de centre de santé au sein du village ; l'état de santé de cette population était considérablement dégradé (les 2 cas de marasmes de cette mission ont été diagnostiqués dans ce village), les femmes sont trop excentrées et de surcroit pas informées de la possibilité et surtout la nécessité d'une prise en charge dans un centre santé pour leur suivi de grossesse et leur accouchement.

Effectivement, les femmes de ce village et probablement d'autres villages excentrés accouchent dans les cases avec les matrones de façon traditionnel, il n'y a donc pas de reconnaissance de l'enfant à l'état civil, pas de soins prodigués (premières vitamines, soins cordon recommandés…), pas d'informations (contraception, suivi gynécologique) et pas de vaccinations possibles

On remarque que dans les villages les plus proches d'un axe routier, la population semble en meilleure santé, les patientes ont la plupart déjà vu la sage-femme du centre de santé(carnet de suivi, traitement en cours).

ADAKPLAME, le centre de santé

Les journées à ADAKPLAME ont été très enrichissantes ; le contact avec l'équipe médicale était chaleureux et très bienveillant, nous avons pu échanger sur leurs difficultés, leurs protocoles et les points à améliorer ;

La sensibilisation à la CPN semble être une priorité pour les sages femmes du centre, les patientes du village et des villages voisins sont bien suivies (souvent à partir du 4 e -5 e mois), en effet, la divulgation de la grossesse avant le 4 e mois n'est pas conseillée du fait des croyances et du Vaudou qui restent bien présentes et semble être un frein pour certaines recommandations.

Les pères ne semblent qu'insuffisamment impliqués dans le suivi et l'importance de la prise en charge en centre de santé des femmes.

B : Contraception

La contraception est en effet bien trop peu mise en place, les patientes font souvent

entre 4 à 6 enfants, l'importance d'un accouchement en centre de santé avec la présence d'une équipe médicale est primordiale du fait des risques obstétricaux majeures dues à la multiparité.

La multiparité expose les patientes à des risques accrus d'hémorragies de la délivrance, d'infections, de prolapsus, de décès néonatals.

La mise en place d'implants sur 5 ans semble être une contraception de choix pour les patientes avec une efficacité de 99,9% et un cout journalier plus faible ; la pilule présente des avantages mais peut freiner due à une prise quotidienne (mauvaise observance), les stérilets semblent être inadaptés car les MST et IST sont fréquentes.

L'injection de DEPO PROVERA est également un bon moyen de contraception, avec un cout réduit, néanmoins, la patiente doit impérativement revenir tous les 3 mois pour son injection.

C : L'hygiène

Lors de l'entrée dans les salles d'accouchement, il faut mettre des chaussures adaptées sabots utilisés uniquement pour la salle), cette mesure me semble totalement inadaptée par

rapport à la problématique de l'absence d'eau potable au sein du centre.

En effet, l'eau est ramenée du château d'eau situé à plus d'un kilomètre du centre, cette dernière est rapportée dans de grandes bassines quasiment tous les jours, à priori elle n'était ni filtrée ni traitée avant d'être utilisée ; cette mesure implique de surcroit un rationnement de l'eau et un manque d'hygiène par réduction de lavages des mains, et donc par ruissèlement un risque d'infection pour le personnel, les patientes et les nouveau-nés.

D : Observation d'actes

J'ai pu observer une mise en place d'implant sur une patiente par une aide-soignante de l'équipe, la pose doit normalement se faire en stérile stricte, ce qui n'a pas été le cas, la pose était propre mais quelques fautes d'hygiène ont été faites ; sachant qu'un implant est posé pour 5 ans, il parait indispensable de réaliser un geste sur et stérile afin de prévenir tous risques infections dans les suites de la pose.

Au cours du séjour, il a été remarqué quelques observations concernant le manque de prises en charge de la douleur et d'hygiène. J'ai pu participer à la résolution d'une hémorragie de la délivrance ; lors du geste de la révision utérine, aucun nettoyage (nettoyage au savon, ni passage de bétadine sur le gant d'examen avant le geste…) a été effectué et aucuns traitements de la douleur n'a été mis en place, j'ai appris dans un second temps qu'il y avait des perfusions de paracétamol disponible.

Au cours de la révision utérine, la patiente a été sondée plusieurs fois avec la même sonde

urétrale ; j'ai appris plus tard que cette sonde était dédiée à toutes les patientes de la journée. Pour la désinfection, elle trempait dans un fond d'eau de javel dans une bassine posée à terre, juste à côté d'une poubelle…

Il parait difficilement acceptable actuellement de ne pas prendre en charge la douleur dans ce geste extrêmement douloureux pour la femme, juste après un accouchement sans analgésie, alors que des médicaments sont à priori disponibles sur place.

Une double antibiothérapie a été instauré après le geste.

E : Axes d'améliorations

Désir de maternité

Lors des consultations gynécologiques, j'ai remarqué l'âge très précoce du désir de grossesse ti15 ans…), en effet la culture reste très présente et la coutume veut que les femmes enfantent tôt, rapidement et fassent beaucoup d'enfants ; ce qui reste totalement avec les nouvelles recommandations du président actuel Béninois : Monsieur Patrice TALON, qui œuvre pour une politique de limitation du nombre de naissance et un accès facilité à la contraception.

Le terme de grossesse et dépistage prénatal

Une des problématiques majeures que j'ai pu observer lors de cette mission est l'incertitude de la détermination précise du terme de grossesse ; en effet les femmes n'ont, dans les villages, pas de notion de temporalité, elles ne connaissent pas la date de leurs dernières règles.

Cette incertitude peut entrainer des conséquences très graves sur le devenir de la grossesse, le diagnostic de terme sans échographie est donc uniquement clinique (Hauteur utérine sans intérêt si le terme n'est pas correctement déterminé), grâce à l'appréciation et à l'expérience de la sage-femme lors de la CPN.

Une échographie est prescrite au dernier trimestre, où le terme est déterminé avec souvent une semaine ou deux de battements, la morphologie du fœtus est succincte, l'estimation de poids fœtal n'est pas réalisée, l'étude des principaux groupes d'organes non réalisée.

En pratique, on remarque que les patientes, même avec une prescription d'échographie n'ont pas l'occasion d'effectuer leur examen avant l'accouchement ; cela peut se s'expliquer par le manque d'informations, de logistique pour se rendre au centre de Kétou tipas de moyen de transport pour certaines), de moyens financiers…

Lors des 36 consultations, aucune échographie du premier trimestre a été réalisée, cette échographie en occident est absolument indispensable afin d'effectuer un dépistage simple des maladies génétiques et chromosomiques graves titrisomie 21, 18 et 13) qui sont les plus fréquentes et facilement dépistables.

Tenues des dossiers administratifs

Lors des CPN, les sages femmes doivent annoter les comptes rendus de chaque consultation qu'elles effectuent dans plusieurs registres (carnet de la patiente, dossier de suivi du centre, feuille d'accouchement et registre du jour), ces taches sont répétitives et chronophages car aucunes données ne sont vraiment centralisées et il n'y a aucun système Ce temps de retranscription est considérable et dépasse parfois le temps de consultation avec la patiente.

D : Propositions

- Mise en place de l'eau filtrée ;
- Mise à jour de certains
- une visite post accouchement afin de sensibiliser les femmes à la contraception et de pouvoir débuter une vaccination pour le nouveau-né ;

- Implication des pères lors des réunions de CPN ;
- Former du personnel pour faire le relais en centre de santé des villages voisins ;
- Remettre du personnel et des moyens dans les centres de santé avoisinant et pourtant déserté faute de personnel qualifié ;
- Sensibiliser sur la nécessité de réaliser une échographie pendant la grossesse ;
- Réaliser dans les villages éloignés des réunions mensuelles de sensibilisation au suivi de la grossesse et à l'accouchement en centre de santé et à l'intérêt de la contraception ;
- Regrouper/centraliser les registres/carnets de consultations afin de réduire la charge de retranscription des données pour les professionnels.

E : Conclusion

La prise en charge des patientes des villages isolés doit être régulière afin d'éviter les complications.

La sensibilisation à la CPN semble être une priorité pour les acteurs du système de santé présents.

La remise en activité des centres de santé laissés à l'abandon dans plusieurs villages excentrés est primordiale afin de proposer des soins adaptés et une prise en charge optimale des femmes et du nouveau-né.

ANNEXES

1 .LEXIQUE

AAD : Accouchement A Domicile

ATCD : Antécédents

BDC : Bruits du Cœur

CPN : Consultation Pré-Natale

CS : Consultation

CTA : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine

CU : Contractions Utérines

FCS : Fausse Couche Spontanée (inférieur à 5 SA)

G : Grossesse

GAJ : Glycémie A Jeun

GEN : Grossesse d'Évolution Normale

Hb : Hémoglobine

HTA : Hyper Tension Artérielle

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LA : Liquide Amniotique

LPF : Long Postérieur Fermé

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

PEC : Prise En Charge

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

TDR : Test Diagnostic Rapide

ORDINOGRAMME N°3
PERTES VAGINALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Plainte de pertes vaginales et/ou brulûre/prurit vulvaire ou découverte de pertes vaginales au cours de consultation prénatale

Interroger/Examiner la cliente ou la gestante pour confirmer plaintes ou rechercher les signes

Examen au spéculum

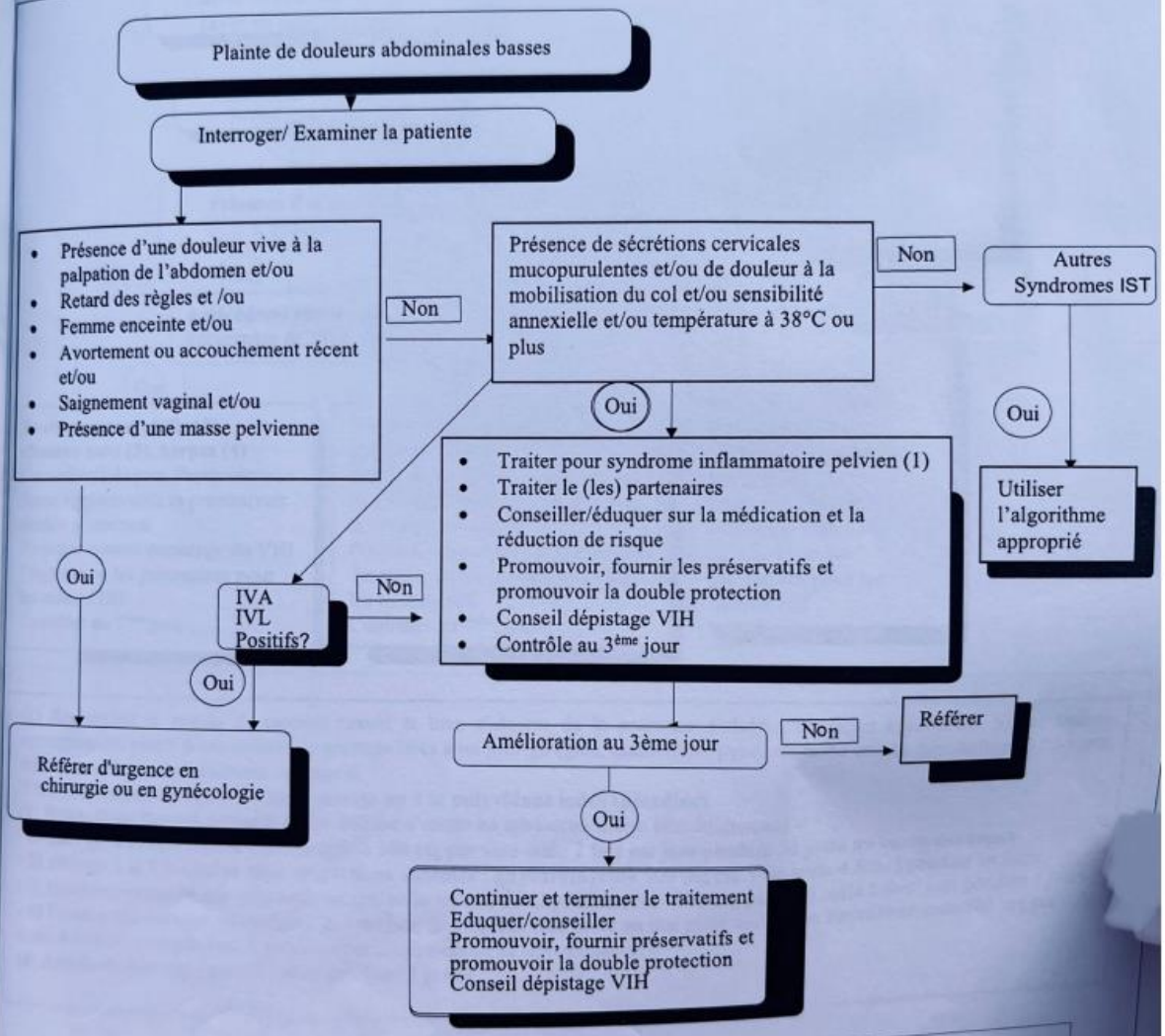
- Présence de mucopus au niveau du col → **Traiter pour cervicite (1)**
  - duquer conseiller
  - romouvoir fournir
  - réservatifs et promouvoir
  - ouble protection
  - roposer conseil dépistage
  - IH
  - raiter le partenaire
  - onner un RDV au 7è jour
  - → Référer si pas d'amélioration
- Présence de sécrétion vaginale (Oui) → **Traiter pour vaginite (2)**
  - Eduquer conseiller
  - Promouvoir fournir préservatifs et promouvoir double protection
  - Proposer conseil et dépistage VIH pour FE & conjoint
  - Donner un RDV au 7è jour
  - → Si pas d'amélioration vérifier l'observance et reprendre l'examen au spéculum
- Saignement au col → IVA, IVL, Positifs → Référer
- **Traiter pour vaginite (2)**
  - si plaintes de pertes vaginales venant de la femme
  - Eduquer, conseiller
  - Promouvoir, fournir préservatifs et
  - Promouvoir double protection
  - Proposer conseil dépistage VIH
  - Donner un RDV au 7è jour

(1) **Céfixime 400 mg** par voie orale en une prise (ou **ceftriaxone 250 mg** IM en une seule dose) + **Azythromycine 1g** par voie orale en une seule prise (**ou Erythromycine 500 mg** par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours ou **Amoxicilline 500 mg** par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours).

(2) Au cours du premier trimestre de la grossesse : **Clotrimazole ovule 500 mg**, 1 ovule en dose unique le soir au coucher + **Métronidazole 500mg** comprimés vaginaux 1 fois par jour le soir au coucher pendant 7 jours. (Toute femme traitée au 1er trimestre doit être revue systématiquement et traitée par le Métronidazole par voie orale au 2ième trimestre de grossesse car le traitement avec Métronidazole en comprimé vaginal est souvent inefficace).
Après le 1er trimestre de grossesse : **Clotrimazole ovule 500 mg**, 1ovule en dose unique le soir au coucher (ou **Nystatine Cp vaginal 100 000 UI** par jour le soir au coucher pendant 14 jours) + **Tinidazole 2g** par voie orale en prise unique (ou **Métronidazole 2 g** par voie orale en prise unique)

IVA : inspection visuelle à l'acide acétique
IVL: inspection visuelle au lugol

ORDINOGRAMME N°4
DOULEURS ABDOMINALES BASSES
(SYNDROME INFLAMMATOIRE PELVIEN : SIP)



(1) **Céfixime 400mg** par voie orale en une seule prise (ou **Ceftriaxone 250 mg** en IM une seule dose) + **Doxycycline 200mg** par voie orale par jour pendant 14 jours au cours des repas + **Métronidazole 500mg** par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours

Le SIP est très rare chez la femme enceinte. Aucune prise en charge thérapeutique de SIP chez la femme enceinte ne doit pas être envisagée par les agents de santé périphérique. Toute femme enceinte présentant une douleur une douleur abdominale basse doit être référée en gynécologie ou en chirurgie

Patiente	Nom	Age	Ville	Gestité Parité	Patiente connue	Poids (kg)	taille (cm)	TA (mmHg) / Temp (°C)	HU (cm)	Terme	Enfant vivants	Enfants décédés	ATCD Vaccinations	Motifs Cs	Diagnostiques	Traitements	Observations, conduite à tenir, examens paraclinique
1	Idsi T.	24	KINWO	G2 P1	oui	56	163	103/68; 37.7	20	env. 22 SA	1	0	oui	céphalées, frissons	ex clinique normal, BDC +	fer, foldine , SP, paracétamol	
2	Célestine H.	25	AGONLINKPAHOU	G3 P2	oui	50	160	120/90; 37.9	32	36 SA +2j	2	0	oui	fièvre, DLP	CU fin de G, TDR neg, BDC +	fer, foldine, SP, paracétamol	la SF souhaitait donner du calcium pour une prapartion du col, après discussion, vu son terme, ce n'était pas nécéssaire
3	Agnes E.	26	AGONLINKPAHOU	G4 P3	oui	66	170	108/64; 38.2	28	30 SA	3	1	oui	fièvre et céphalées	TDR - test DUO-, col LPF, excés de LA, BDC +	fer, foldine, mébendazole, SP, vitamine	pas de carnet, est venue 2 fois selon elle, echo prescrite
4	Adeline B.	24	AGONLINKPAHOU	G3 P2	oui	67	165	106/64; 38,3	31	37 + 5j	2	0	oui	cs de terme, fatigue	col interm court, 1 DL, TDR non fait, BDC +	fer, folique , SP, paracétamol	RDV dans 15 jours
5	Yvette K.	30	AGONLINKPAHOU	G7 P6	non	62	169	99/69; 38	20	env. 20 SA	4	2	oui (G précédentes)	1e cs, céphalées et fièvre	TDR +, test DUO -, BDC +, DDR?	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, CTA, moustiquaire	groupage sanguin prescrit , revient dans 1 mois
6	Lucienne H.	29	AGONLINKPAHOU	G5 P4	non	59	165	101/68; 37.8	non mesu-rable	env. 14 SA	2	2	oui (G précédentes)	1e cs	TDR - test DUO -, BDC trop tôt, DDR?	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, moustiquaire	vaccinat° tetanos faite, RDV ds 1 mois, groupe sanguin prescrit
7	Sofiate K.	23	AGONLINKPAHOU	G2 P1	oui	66	160	90/57; 37.9	31	37 SA	2	1	non	1e cs	TDR neg, test DUO -, BDC +	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, moustiquaire	echo faite à 28 SA, une seule cs durant la G
8	Tatiana H.	19	AGONLINKPAHOU	G0	cs gynéco			90/50; 37.5				1		désir de G depuis 1 an	incompatibilité ABO?	aucun	ATCD de MIU à 6 mois, n'a pas su nous dire les causes... echo et groupage
9	Tayé G.	18	AGONLINKPAHOU	G1	non	46	157	110/60; 38.7	17	env. 19 SA			non	1e cs, fièvre et céphalées	début de G, TDR +, test DUO -, DDR?	fer, foldine, paracetamol, mébendazole, CTA, carnet de suivi, moustiquaire	vaccination tétanos faite, RDV dans 1 mois
10	Salia O.	32	AGONLINKPAHOU	G7 P6	non	48	158	85/56; 37.7	24	env. 25 SA	5	1	non	1e cs	Test DUO - , BDC +,	fer, foldine, mébendazole, Vitamine C , SP	echographie prescrite , taux d'Hb groupage et GAJ
11	Ayo D.	20	AGONLINKPAHOU	G2 P1	oui	52	167	125/60; 37.3	26	env. 7 mois	1	0	oui	cs de suivi	TDR -, BDC +	fer, foldine, mébendazole, paracétamol	RDV dans 1 mois
12	Cheriffats A.	25	ADJELAWA	G5 P3	non	58	169	102/57; 37.7	19	19-20 SA	2	1 (dont à l'acct)	oui (G précédentes)	1e cs	TDR -, test DUO -, BDC +, carnet +, feuille suivie remise	fer, foldine, paracétamol, Vit C , SP, moustiquaire	RDV dans 1 mois , le mari a refusé de payer pour les méds
13	Koudiratou A.	22	ADJELAWA	G3 P2	non	56	170	90/60; 37.2	29	env. 8 mois	1	1	oui	DLP	CU fin de grossesse	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, SP	la sage femme souhaitait prescrire du diazepam pour les CU... j'ai disuadé
14	Beatrice T.	26	ADJELAWA	G6 P5	oui	59	165	105/59; 37.6	32	36 SA + 6j	5	0	oui	cs de suivi	CU fin de G, col fermé et court, BDC +	fer ,foldine, SP	dernière cs du 21/2, RDV ds 15 jours au centre de santé
15	Elisabet K .	30	ADJELAWA	G8 P7	non	56	167	99/59; 36.7	8	env. 2 mois	4	3 (?)	incomplète	1e cs, cephalées	test DUO -, TDR -	fer, foldine, paracétamol, moustiquaire	la patiente n'a pas su nous dire de quoi étaient décédés ses enfants, vaccination faite
16	Alice D.	23	DOGO	G2 P1	non	76	161	100/70; 37	33	env. 8 mois	1		incomplète	1e cs	TDR +, test DUO -, bébé en siège à la palpation	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, CTA, moustiquaire	echographie, groupage et Hb, RDV dans 1 mois
17	Denise H.	35	DOGO	G4 P2	non			171/115 (Bras D), 185/115 (Bras G)			2	2	ok	désir de G depuis 1 an	Suspicion HTA essentielle avec ATCD de pré eclampsie/ HRP non diagnostiquée	furosémide, fer foldine	Référence à POBE pour cs pour son HTA, pas de signes fonctionnel
18	Sikirath I.	14	DOGO	G1 P0	non	45	158	110/70; 37.4	23	env. 5 mois			non	1e cs	TDR -, tes DUO -, BDC +	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, CTA, moustiquaire	Hb et echographie, RDV dans 1 mois

Patiente	Nom	Age	Ville	Gestité Parité	Patiente connue	Poids (kg)	taille (cm)	TA (mmHg) / Temp (°C)	HU (cm)	Terme	Enfant vivants	Enfants décédés	ATCD Vaccinations	Motifs Cs	Diagnostiques	Traitements	Observations, conduite à tenir, examens paraclinique
19	Florence D.	22	DOGO	G2 P1	oui	50	160	117/45, 36	34	36 SA +2j	1		oui	cs de suivi	CU fin de G	rdv adakplame dans 2 semaines	
20	Adidjatou O.	29	DOGO	G1 P0	oui	60	170	90/60; 37.1	25	29 SA			oui	vomissements	intoxication alimentaire?	mebendazole, HBB, metoclopramide, paracétamol	suivi ras
21	Veronique A.	26	ADAKPLAME	G4 P4	oui	63	165	100/60; 37.2	14	env. 4 mois	4	0	oui	pyrosis	début de G, TDR -,	hydroxide d'alu, SP, paracétamol, multi vitamines, mébendazole	RDV dans 1 mois
22	Justine A.	25	ADAKPLAME	G5 P4	oui	65	163	107/63; 36.3	33	38 SA	4		oui	suivi de terme	BDC +, TV: col dilaté à 1 doigt	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, SP	RDV dans 1 sem
23	Salimatou Z.	28	ADAKPLAME	G4 P3	oui	53	168	96/66; 36.3	20	env. 5 mois	3	0	oui x3	cs de suivi	céphalées +, TDR -, BDC +	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, SP, vitamines	RDV dans un mois
24	Elisabeth D.	22	ADAKPLAME	G3 P2	oui	45	159	106/60; 37	25	env. 6 mois	2	0	oui	cs de suivi	BDC +, RAS	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, vitamines	RDV dans 1 mois
25	Chimène K.	21	AGONLINKPAHOU	G2 P1	oui	52	164	110/60; 37.1	28	env. 6 mois	1	0	oui	cs de suivi	BDC +, ras	pas de trt car vu à ADAKPLAME le 6/3	RDV dans 1mois, échographie prescrite
26	Zola H.	25	AGONLINPAHOU	G4 P3	non	61	168	134/92; 38.5	16	env. 4 mois	3	0	0	1e cs, pertes d'appetit, céphalées, CU	TV: col long	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, diazépam, HBB, amoxicciline, vitamines	RDV dans 1 mois
27	Dicène D.	22	AGONLINKPAHOU	G1 P1	non			120/70; 37.7			1	0		DLP et cycles irréguliers	SOPK? Fibrome? Cloisons utérines		échographie abdomino pelvienne prescrite, RDV ds 1 mois à ADAKPLAME
28	Fatima M.	33	AGONLINKPAHOU	G11 P9	non	52	162	104/56; 37.3	31	???????	7	1	non	1e cs	GEN, terme? BDC +, TDR -, test DUO -	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, moustiquaire, vit	8 AAD, enfants non scolarisés (à priori aux champs), pas d'écho, aucunes cs en centre de santé
29	Mélanie N	23	AGONLINKPAHOU	G5 P3	non			161/101 (Bras D), 172/103 (Bras G)			2	1		Règles douloureuses	HTA essentielle non explorée?? TDR -	furosémide, fer foldine	référence à POBE pour PEC
30	Noelie Z.	25	ADAKPLAME	G1 P0	non	49	161	110/60 (pouls 123); 37.9	23	???????			oui x1	CU, DLP, écoulement, toux +++	TDR -, test DUO -, TV: col 2 doigts, LA méconial, BDC 0 => suspicion MIU		référence à Kétou
31	Noelie B.	30	ADAKPLAME	G9 P5	oui	70	168	121/80; 36.1	10	env. 2-3 mois	5	0	oui	insomnie, fatigue	TDR -, col LPF	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, diazépam, vitamines	RDV dans 1 mois
32	Florence H.	26	ADAKPLAME	G2 P1	oui	53	153	130/70; 37.9	32	34 SA + 3j	1	0	non	fatigue	TDR -, BDC +	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, SP, amoxicciline	RDV dans 1 mois
33	Elisabeth W .	23	ADAKPLAME	G1 P0	non					cs gyneco				saignements suite FCS	Débris placentaire restant	fer foldine	échographie a été faite: débris placentaire, aspiration conseillée...
34	Florence K.	21	ADAKPLAME	G3 P2	oui					cs gyneco	2	0		désir de G depuis 1 an	ATCD de depo provera en janvier 2022		échographie prescrite
35	Angèle H.	23	ADAKPLAME	G3 P2	oui	54	161	110/60; 37.2	38	39 SA + 3j	1	1	oui	cs de suivi	impétigo	spasfon suppo, calcium, fer, foldine, amoxicilline, SP	GEN, RDV dans 48 heures à ADAKPLAME
36	Ruth K.	24	ADAKPLAME	G2 P1	oui	65	160	110/70; 37	32	35 SA + 1j	1	0	oui	cs de suivi	GEN, col LPF	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, SP	RDV dans 1mois

Patiente	Nom	Age	Ville	Gestité Parité	Patiente connue	Poids (kg)	taille (cm)	TA (mmHg) / Temp (°C)	HU (cm)	Terme	Enfant vivants	Enfants décédés	ATCD Vaccinations	Motifs Cs	Diagnostiques	Traitements	Observations, conduite à tenir, examens paraclinique
37	Odette A.	25	ADAKPLAME	G3 P2	oui	52	164	96/69; 37	28	31 SA + 5j	2	0	oui	vomissements, asthénie et céphalées	BDC +, TDR -, col fermé	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, métoclopramide, vit C	RDV dans 1 mois
38	Antoinette H .	25	ADAKPLAME	G4 P3	oui	66	167	100/60; 37.8	29	env. 8 mois	3	0	oui	cs de suivi	BDC +, TDR -, col LPF	fer, foldine, mébendazole, paracétamol	RDV dans 1 mois , echo non réalisée
39	Adidjatou E.	35	ADAKPLAME	G2 P1	oui	47	161	95/60; 37	17	env. 4 mois	1	0	oui	fatigue, DLP, prurit généralisé	BDC +, col LPF	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, SP, prométhazine	RDV dans 1 mois
40	Marceline N.	22	ADAKPLAME	G2 P1	oui	53	164	110/70; 38	31	env. 8 mois	1	0	oui	cs de suivi	BDC +, TDR -, Col LPF	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, SP, vitamine C	RDV ds 1 mois, écho et groupe prescrit, vaccination faite
41	Ruth H.	32	ADAKPLAME	G6 P4	oui	60	169	100/70; 37.7	23	env. 5 mois	3	1	oui	cs de suivi, DLP	BDC +, TDR -, col LPF, GEN	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, diazépam, amoxicilline, HBB	RDV ds 1 mois
42	Victorine D.	25	ADAKPLAME	G7 P4	non	64	167	110/70; 37.9	24	env. 5 mois	3	1	non	1e cs	BDC +, Col LPF, TDR -, test DUO -	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, moustiquaire, SP	RDV ds 1 mois
43	Véronique H.	15	ADAKPLAME	G0	non			110/60; 37.5		cs gyneco				désir de G, DLP, pertes odorantes		amoxicilline, paracétamol, doxicycline	échographie prescrite
44	Pélagie C.	18	ADAKPLAME	G1 P0	non	64	163	100/50; 36.5	24	env. 4-5 mois	0			céphalées, 1e cs	BDC +, test DUO -, TDR +, col LPF	fer, foldine, mébendazole, paracétamol, CTA, moustiquaire	RDV ds 1 mois, pas d'échographie prescrite