

Ministère de L'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche

République du Mali

UnPeuple—Un But—Une Foi

Scientifique



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

*Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie  
(F.M.O.S)*

Année Académique : 2013-2014

N° ....

**THESE**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES GESTANTES  
FACE AUX CONSULTATIONS PRENATALES AU CENTRE DE SANTE  
DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 19/11/2014

Devant la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par **DJENEBA COULIBALY épouse SAMAKE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme D'Etat)

**Jury**

**PRESIDENT : Pr Abdoulaye AG RHALY**

**MEMBRE : Dr Mamadou KEÏTA**

**CO-DIRECTRICE: Dr KEÏTA Assa SIDIBE**

**DIRECTEUR : Pr Hamadoun SANGHO**

## **DEDICACE:**

**A Allah le tout puissant** qui, par sa grâce et sa miséricorde, m'a donné la force nécessaire de pouvoir atteindre mes objectifs.

**A notre prophète Mohamed :**

Paix et salut sur lui (PSL), à toute sa famille et ainsi bien que tous ses compagnons fidèles.

**A toutes les femmes souffrantes des difficultés liées à la grossesse et à l'accouchement.**

**A toutes les femmes décédées suites à des complications liées à l'accouchement.**

**Aux orphelins dont les mères qui ont été victimes en leur donnant naissance, ainsi qu'aux veufs qu'elles ont laissés après elles.**

**A mon pays le Mali :**

Dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que j'ai souhaitée ; que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et un dévouement exemplaire.

**A la mémoire de mon père feu Moussa Coulibaly**, Tu es l'artisan de ce chemin parcouru, ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ta fille ce qu'elle est aujourd'hui. Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesure à nos yeux. Puisse ce travail honoré à jamais ta mémoire. Que ce travail soit la récompense de tes immenses efforts consentis à ma personne et que la terre te soit légère Amen.

**A ma mère feu Mariam Doumbia** : Toi qui malgré que le destin a voulu que sois séparé de nous, tu as souffert pour tes enfants. Tes prières et tes sacrifices pour nous sont inestimables et ont fait de nous ce que tu avais souhaité. Tu es le pilier de notre réussite. Sache en effet que l'honneur de ce travail te revient.

Que DIEU, le tout puissant récompense tes nombreuses années de souffrance, en miséricordes.

**A mes frères** : Modibo, Madou, Oumar, Djakaridia, Yahaya et Issa. Je ne sais comment vous exprimer ma gratitude pour ce que vous avez fait pour moi.

**A mes sœurs :** Maïmouna, Ramata, Fatoumata ; je n'ai jamais douté de l'intérêt que vous accordez à ma personne, ce travail est le vôtre.

**A mon mari Boubacar Samaké :** Toi qui n'a managé aucun effort que pour la réalisation de ce travail, qu'il soit le fruit de ton soutien tant financier que moral. Les mots me manquent pour te dire que mon seul bonheur est de vivre à tes côtés trésor.

**A mes enfants :** Kadidiatou, Moussa, et Youssouf et à leurs petits frères : Yiriba et Ibrahim, vous êtes venus illuminés ma vie que Dieu vous assiste.

**A mon oncle Bréhima Dumbia :** merci pour ta disponibilité et l'éducation reçue de toi que Dieu te donne longue vie.

**A mes cousins et cousines:** Bourama, Abdoulaye, Chaka, Mahamadou, Seriba et Fatim, vous m'avez soutenu pendant ces longues années d'études. Je vous adore.

**Remerciements :** s'adressent à

**L'administration et au corps professoral de la FMPOS,** pour le service rendu et pour la qualité de l'enseignement reçu.

**Les enseignants** qui m'ont enseigné de la 1<sup>ère</sup> année fondamentale à la 12<sup>ème</sup> année merci pour l'encadrement reçu, ce travail est le vôtre.

**Mes beaux-frères :** Feu Yiriba, Tiékoura Modibo, Dramane et les jumeaux Lassine et Fousseyni, et leurs épouses Awa, Nah, Adam et Assetou; l'estime que vous avez portée à ma personne me comble.

**Tous les frères et sœurs de l'AJM:** votre soutien dans ma vie a été immense que Dieu nous réunisse dans son paradis.

**Madame Konaré N'ya et famille** qui m'ont offert une vie familiale au Point G, je vous en suis infiniment reconnaissante.

.

**La famille Kélépily :** Vous avez été pour moi comme ma propre famille ; et comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude. Merci infiniment et que le bon Dieu réalise vos vœux les plus sincères.

**Mes amis :** Kani Sidibé, Assan kélépily, Mariam Diarra, Wassa O Touré et Mariam Coulibaly.

**Mes collègues internes** du CSRéf CVI: Moumine Diallo, Moussa Goro, Mamadi Kamissoko, Adama Diakité, Noumery Diakité, Moussa Togola et Mohamed Traoré

**Mes collègues:** Dr Ibrahim Guido, Dr Seyni Maiga, Drissa Diarra, Dr Chaka Diarra, Dr Mahamadou Fofana et Alassane Diakité.

**Mes aînés:** Dr Lassine Konaté, Dr Sory Satao, Dr Natenin Kaba Diakité et Dr Boubacar Coulibaly.

**Toutes les sages-femmes du CSRéf CVI :** vous êtes toutes admirables et Disponibles, merci infiniment. Je vous présente ce travail en guise de témoignage de votre gratitude.

**Mes Maitres : Dr Keïta Mamadou, Dr Samaké Alou et Dr Kayentao Abdou Baber:** Merci pour votre grande disponibilité et votre générosité

**Dr Keïta Assa Sidibé:** merci pour vos conseils et vos encouragements, Que Dieu vous assiste Tanti.

Tous les personnels **du CREDOS :** précisément Mr Téréra, Mme Djiré, et Anna. Merci pour votre collaboration.

Tous les personnels de la **Direction régionale de la santé:** Précisément Dr Kalifa Keïta et Brehima Diakité. Merci pour votre participation.

**Tous ceux qui d'une façon ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail,** Vous avez ma gratitude et ma reconnaissance éternelle.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY:**

#### **Professeur Abdoulaye AG RHALY**

- **Professeur honoraire en médecine interne à la FMOS ;**
- **Ancien directeur général de l'INRSP ;**
- **Ancien secrétaire général l'OCCGE**
- **Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du CAMES**
- **Dr Honoris causa université Laval Québec Canada**

Cher maître Nous sommes honorés par votre présence en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples importantes occupations.

Grand homme de science, de culture, de principe et un enseignant éclairé

Vos suggestions ne feront qu'améliorer la qualité de ce travail.

Recevez cher maître notre profonde reconnaissance

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY:**

**Docteur Mamadou KEÏTA**

- **Gynécologue Obstétricien et Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako;**

Cher maître, c'est un honneur pour nous de vous compter parmi notre jury.

Votre abord facile, votre générosité, votre grande disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique ont été pour nous hautement profitable.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE:**

**Docteur KEÏTA Assa SIDIBE**

- **Master en santé publique**
- **Directrice générale adjointe du centre de recherche, d'étude et de documentation pour la suivie de l'enfant (CREDOS).**

Votre simplicité, votre disponibilité et votre amour pour la médecine sont autant de qualités que vous incarnez, ainsi que votre accueil maternel fait de vous un exemple à suivre pour nombreux apprenant que nous sommes.

Recevez, cher maître et tante, notre reconnaissance et profonde admiration.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Hamadou SANGHO**

- **Maitre de conférences Agrégé en santé publique**
- **Professeur titulaire en santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- **Directeur général du Centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).**

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence professionnelle, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils, qui ne cessent de nous guider.



## **SIGLES ET ABREVIATIONS :**

**AMO** : Assistance médicale obligatoire

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**BCG** : Bacille de Calmette et Guérin

**BW** : Bordet et Wasserman

**CAMES**: Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur

**CCC** : Communication pour un Changement de Comportement

**CPN** : Consultation Périnatale

**CPNR** : Consultation Périnatale Recentrée

**CREDOS** : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la  
Survie de l'Enfant

**CSCom** : Centre de santé communautaire

**CSRef** : Centre de Santé de Référence

**DNSI**: Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

**DRPS** : Direction Régionale du Plan et de la Statistique

**ECBU** : Examen Cytobactériologique des Urines

**EDSB** : Enquête Démographique et de la Santé Benin

**EDSM** : Enquête Démographique et de la Santé Mali

**FAF** : Fer + Acide Folique

**Gs-Rh** : Groupage Sanguin Rhésus

**Hb** : Hémoglobine

**HTA** : Hypertension Artérielle

**MII** : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

**NFS** : Numération Formule Sanguine

**NSP** : Ne Sait Pas

**OCCGE**: Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les  
Grandes endémies

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**PEV**: Programme Elargi de Vaccination

**PF** : Planification Familiale

**PTME**: Prévention de la Transmission Mère Enfant

**RN** : Route nationale

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**SP** : Sulfadoxine Pyriméthamine

**TPI** : Traitement Préventif Intermittent

**TV** : Toucher Vaginal

**UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la population

**UNICEF** : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

**VAT**: Vaccin antitétanique

**VIH**: Virus de l'immunodéficience Humaine

## SOMMAIRE :

	<b>PAGES</b>
<b>I.INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II.ENONCE DU PROBLEME/ JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....</b>	<b>2</b>
<b>III.OBJECTIFS.....</b>	<b>5</b>
<b>IV.GENERALITES.....</b>	<b>6</b>
<b>V.METHODOLOGIE.....</b>	<b>18</b>
<b>VI.RESULTATS.....</b>	<b>30</b>
<b>VII.COMMENTAIRES ET DISCUSIONS.....</b>	<b>51</b>
<b>VIII.CONCLUSION.....</b>	<b>56</b>
<b>IX.RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>57</b>
<b>X.REFERENCES.....</b>	<b>58</b>

## ANNEXES

## **I. INTRODUCTION :**

Le décès d'une femme en grossesse, en travail ou dans les suites de couches est un drame. Dans le monde, près de 600 000 femmes meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement ou survivent avec des séquelles selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1]. Le risque pour une femme, de mourir des suites de ces complications est de 1 sur 150 dans les pays subsahariens, alors que ce même risque est de 1 sur 3800 dans les pays développés selon l'OMS [2].

Au Mali, comme dans la plupart des pays subsahariens, le taux de mortalité maternelle est élevé; il a été estimé à 464 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 [3].

La mortalité maternelle est donc un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne [4].

La majorité de ces décès et handicaps pourrait être évitée par la mise en œuvre de services de consultations prénatales de qualité assistant les femmes pendant la grossesse, et des interventions appropriées pendant l'accouchement [5].

Ainsi dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 1990, l'Organisation Mondiale de la Santé a initié une nouvelle approche qui est la consultation prénatale recentrée. L'objectif principal de cette nouvelle approche est d'améliorer la santé maternelle pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance de l'enfant. [6] en assurant la prise en charge précoce et correcte des pathologies dépistées avec toutes les informations que son état nécessite pour aboutir à un accouchement avec moins de risques.

La consultation prénatale recentrée constitue ainsi l'un des quatre principaux piliers des activités de lutte contre la mortalité maternelle et infantile ; les autres piliers étant

la planification familiale, l'accouchement dans les conditions d'hygiène et de sécurité et les soins obstétricaux essentiels [5].

## **II. ENONCE DU PROBLEME/ JUSTIFICATION DE L'ETUDE :**

La mortalité maternelle est très élevée, ce qui est inacceptable. Environ 800 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2010, 287 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités [2].

La consultation prénatale a été exportée vers les pays en voie de développement telle qu'elle était conçue dans les pays industrialisés, sans questionnement sur son efficacité pour diminuer les morbidités et mortalités maternelles et néonatales. Les conclusions des études les plus récentes conduisent à penser que quatre CPN par grossesse (12, 26, 32, 36 SA) permettent de mettre en place les interventions d'efficacité prouvées pour la mère et le nouveau-né [7].

Dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins 4 consultations anténatales, de l'assistance d'un agent de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins post-partum [2].

Les proportions des femmes enceintes ayant effectué une visite CPN selon l'OMS en 2006 dans certains pays (Burkina, Cameroun, Centrafrique, Tchad, Niger, Nigéria, Soudan) étaient respectivement : 85% ; 82% ; 69% ; 39% ; 46% ; 58% et 64%. [8].

Au Mali la proportion de femme ayant reçu des soins prénatals a augmenté depuis 2001 variant de 58% à 70%, en milieu rural 48% des femmes avaient reçu des soins prénatals en 2001 contre 64% en 2006. Actuellement 80% des accouchements sont assistés en milieu urbain, 38% en milieu rural, 49% au niveau national. La couverture vaccinale des femmes enceintes (VAT) est estimée à : 59% pour Bamako et 49% dans les villes [3].

Ce sont les femmes pauvres vivant dans les zones reculées qui ont moins de chances de recevoir des soins médicaux appropriés cela est particulièrement vrai dans les régions où les travailleurs de santé qualifiés sont peu nombreux comme en Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. Si le niveau de soins anténatals a augmenté dans les nombreuses parties du monde au cours de la dernière décennie, seules 46% des femmes des pays à faible revenu bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Autrement dit, des millions de naissances ont lieu sans l'assistance d'une sage-femme, d'un médecin ou d'une infirmière qualifiée [2].

Avec la nouvelle technologie, scientifique et médicale en particulier, la grossesse et l'accouchement devraient poser moins de problèmes pour la femme. Malheureusement surtout dans les pays en voie de développement, la grossesse constitue encore un problème de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables de nos femmes enceintes.

En cet effet l'ONU incite les différents Etats membres à faire de la problématique mère-enfant un défi du siècle, il est remarquablement cité dans ses objectifs du millénaire [9].

Dans ce contexte l'OMS œuvre en vue de réduire cette mortalité en fournissant des recommandations cliniques et programmatiques fondées sur des données factuelles, en fixant des normes mondiales et en apportant un soutien technique aux Etat membres. En outre l'OMS préconise l'utilisation de traitement plus efficace et d'un coût plus abordable, élabore des matériels de formation, et des lignes directrices à l'intention des agents de santé et accorde un soutien au pays pour la mise en œuvre des politiques et programmes et le suivi des progrès accomplis [2].

Au Mali, de nombreux efforts ont été faits pour réduire les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit de :

- La promotion de la contraception;
- Le programme de périnatalité (prise en charge de la mère et de l'enfant) Où l'accent a été mis sur l'organisation de la référence et de la contre référence;

- La formation du personnel socio sanitaire pour offrir un service de qualité ;
- L'établissement des normes et procédures des services pour l'amélioration de la prise en charge de la mère et de l'enfant ;
- L'existence de la couverture sanitaire, le renforcement de la performance des services de santé ;
- La lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; le développement de la participation communautaire [10].

En 2012, les taux de CPN1 et CPN3 dans le District de Bamako étaient respectivement de 92% et 51% soit une déperdition de 41%. La commune VI a enregistré un taux de déperdition 55% qui est supérieur à la moyenne du District. Cette situation mérite réflexion en vue de sa correction.

Malgré ces efforts déployés, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante, où les pratiques, les connaissances et les attitudes des femmes jouent un rôle important dans cette situation. C'est pour cette raison que la présente étude a été initiée afin de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des gestantes sur les CPN.

### **III. OBJECTIFS :**

#### **3.1. Objectif général :**

Evaluer les connaissances, les attitudes et pratiques chez les gestantes sur les CPN au CSRéf de la commune VI du district de Bamako.

#### **3.2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les connaissances des gestantes sur la CPN au CSRéf de la commune VI du district de Bamako.
- Décrire les attitudes et les pratiques des gestantes face à la CPN au CSRéf de la commune VI du district de Bamako.



## **IV. GENERALITES**

### **4.1. La consultation prénatale recentrée**

#### **4.1.1 Concept :**

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites. Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier. Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes identifiées comme étant «à haut risque» développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent.

#### **4.1.2 Principes de la CPN recentrée :**

- la détection et le traitement précoce des problèmes et complications.
- la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine.
- la préparation à l'accouchement.

#### **4.1.3 Etapes de la CPN recentrée :**

##### **4.1.3.1 Préparer la CPN**

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

Accueillir la femme avec respect et amabilité :

Saluer chaleureusement la femme ;

Souhaiter la bienvenue ;

Offrir un siège ;

Se présenter à la femme ;

Demander son nom ;

Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

N.B : Les clientes seront prises par ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.

#### **4.1.3.2 Procéder à l'interrogatoire/enregistrement :**

Informar la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable).

Recueillir les informations sur l'identité de la femme;

Rechercher les antécédents médicaux;

Rechercher les antécédents obstétricaux ;

Rechercher les antécédents chirurgicaux ;

Demander l'histoire de la grossesse actuelle ;

Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;

Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelle.

N.B! : Se référer à la fiche opérationnelle de suivi de grossesse et au carnet pour l'appréciation du risque.

#### **4.1.3.3 Procéder à l'examen :**

➤ Examen général :

Expliquer à la cliente le déroulement de l'examen ;

Demander à la cliente de se déshabiller (en privé) ;

Observer l'état général (amaigrissement, œdèmes, pâleur, boiterie, losange de Michaelis) ;

Aider la femme à s'installer sur la table d'examen ;

Se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel ;

Examiner la peau (recherche de cicatrices et/ou de dermatoses) ;

Rechercher les œdèmes au visage ;

Examiner les yeux (le blanc de l'œil pour l'ictère, les conjonctives pour l'anémie, rechercher d'une exophtalmie) ;

Examiner la bouche (gingivite, langue blanchâtre, carie dentaire) ;

Palper la glande thyroïde (goitre) ;

➤ Examen obstétrical :

Peser la femme (s'assurer que la balance est bien tarée) ;

Mesurer la taille (faire ôter les chaussures et les foulards) ;

Prendre la tension artérielle (assise) ;

Examiner les seins à la recherche de sécrétion ou de nodules:

Auscultation le cœur (appréciation du rythme, recherche de souffles), et les poumons(recherche de râles) ;

Examiner la région de l'ombilic (recherche de hernie ou cicatrice de laparotomie) ;

La palpation est peu informative avant 8 SA. L'examen au spéculum est indispensable ;

Le toucher vaginal permet d'affirmer la taille et la forme de l'utérus (conforme, bicorne) et de palper les culs-de-sac latéraux à la recherche d'une pathologie annexielle, mais aussi l'état du vagin (cloison)

Examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'œdèmes) ;

Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer ;

Faire uriner la femme/vider la vessie ; garder un échantillon d'urine si nécessaire

Noter les résultats de l'examen dans le carnet ou sur la fiche opérationnelle examen du sein, examen obstétrical et examen du bassin des soins prénatals).

#### 4.1.3.4 Demander les examens complémentaires :

##### A la première consultation :

Demander le Groupage-Rhésus ;

Demander le test d'Emmel, le taux d'Hb, le BW (titrage), albumine/sucre dans les urines ;

Demander/faire le test VIH après counseling ;

Les autres examens seront demandés selon le besoin ;

##### Pour les autres consultations :

Demander albumine/sucre dans les urines et les examens complémentaires.

- Prescrire les soins préventifs :

#### 4.1.3.5 Vacciner la femme contre le tétanos :

##### Calendrier vaccinal

Nature	Doses	Périodes
VAT <sub>1</sub>	0,5ml	Dès le 1 <sup>er</sup> contact ou la 1 <sup>ère</sup> consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt
VAT <sub>2</sub>	0,5ml	Un mois après VAT1
VATR <sub>1</sub>	0,5ml	6 mois après VAT2 ou au cours d'une grossesse ultérieure
VATR <sub>2</sub>	0,5ml	1 an après VATR1 ou au cours d'une grossesse ultérieure
VATR <sub>3</sub>	0,5ml	1 an après VATR2 ou au cours d'une grossesse ultérieure

**N.B :** Une fois les 5 doses faites, la femme est protégée pour toute sa vie.

#### **4.1.3.6 Prescrire la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) et le fer acide folique ;**

#### **4.1.3.7 Donner des conseils : sur**

L'hygiène alimentaire (œufs, lait, poissons, viande, les feuilles vertes...), l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ; Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix.

#### **4.1.3.8 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :**

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille:

Identifier un prestataire compétent ;

Identifier le lieu de l'accouchement ;

Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;

Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;

Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;

Informé de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;

Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;

Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né) ;

Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger :

Signes du travail (Maux de ventre et de dos, Contractions régulières douloureuses ; Glaire striée de sang (bouchon muqueux).

Signes de danger chez la femme enceinte:

Saignements vaginaux ;

Respiration difficile ;

Fièvre ;

Douleurs abdominales graves ;

Maux de tête prononcés/vision trouble; vertiges, bourdonnements d'oreille

Convulsions/pertes de conscience ;

Douleur de l'accouchement avant la 37<sup>ème</sup> semaine ;

Contractions utérines régulières progressivement douloureuses ;

Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus ;

Pertes ensanglantées ;

Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes).

#### **4.1.3.9 Donner le prochain rendez-vous :**

Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :

Une au 1<sup>er</sup> trimestre ; une au 2<sup>ème</sup> trimestre ; deux au 3<sup>ème</sup> trimestre dont une au 9<sup>ème</sup> mois.

Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

#### **4.1.3.10 Consultation prénatale de suivi :**

Rechercher les signes de danger :

Symptômes et signes de maladies ;

Identifier une présentation vicieuse ;

problèmes/changements depuis la dernière consultation ;

Sensibiliser la femme sur les mesures préventives.

Sensibiliser la femme sur la PF.

Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement.

Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

Prise en charges des pathologies et des complications :

Vomissements gravidiques ;

Fièvre et grossesse ;

HTA et grossesse ;

Hémorragies au cours de la grossesse ;

Anémie et grossesse ;

Menace d'accouchement prématuré(MAP) ;

Prise en charge de la femme enceinte séropositive ;

Médicaments et grossesse.

## **4.2 Définition opérationnelle de concepts**

### **➤ Qualité de soins :**

Depuis les années 1970, plusieurs définitions de la qualité en santé ont fait successivement référence :

La définition proposée en 1980 par Avedis Donabedian : ce sont les soins qui «maximisent une situation (mesurée) de bien-être du patient, après prise en compte des gains et des pertes attendues dans toutes les dimensions des processus de soins »

À l'inverse, la définition proposée en 1984 par l'Association médicale américaine : elle «contribue durablement à l'amélioration ou au maintien de la qualité et de la durée de vie de la population ». Mais aujourd'hui, la définition qui fait souvent référence est celle de l'Institut de médecine américain. Elle stipule qu'« un système de santé offre des soins de qualité, au niveau individuel et au niveau collectif, dès lors que ces soins augmentent la probabilité d'atteindre les résultats recherchés en termes d'état de santé et sont en accord avec l'état de l'art » [11].

➤ **Mortalité maternelle :**

Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

➤ **Le taux de mortalité maternelle :**

Il est défini par le nombre de décès maternels dans une population divisé par le nombre de femmes en âge de procréer [12].

➤ **Décès néonatal :**

C'est le décès d'un nouveau-né survenu pendant la période qui va de la naissance jusqu'à 28 jours complets après la naissance.

➤ **La grossesse:**

C'est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel.

➤ **Facteur de risque :**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle existe, indique que cette grossesse a une probabilité d'être compliquée [13].

Les facteurs de risque se classent en trois catégories:

Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse ;

Les facteurs de risque apparaissant au cours de la grossesse ;

Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement ;

- **Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse :**

- Age 16ans ou moins, primipare âgée (30ans) ;
- Grande multipare (6 accouchements et plus) ;
- Dernier accouchement dystocique (césarienne, forceps, ventouse, etc.) ;
- Dernier accouchement mort-né ;
- Taille moins de 150 cm ;
- Poids moins de 45 kg.

- **Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de la grossesse :**



Il s'agit des hémorragies (avortement précoce ou tardif, hématome déciduale, placenta prævia, hématome retroplacentaire), de la prise brutale et importante de poids, de l'hypertension artérielle, de l'éclampsie, de la présentation de l'épaule ou du siège chez la primipare, des grossesses multiples, de l'anémie ou de la malnutrition etc.

- **Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement :**

Il s'agit de la rupture utérine ou de la souffrance fœtale aiguë, de la dystocie mécanique ou dynamique, de l'hémorragie de la délivrance ...

➤ **Grossesse à risque:**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.

➤ **Grossesse multiple :**

C'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus au moins deux fœtus.

➤ **Gestité :**

Nombre total de grossesses contractées par une femme

➤ **Primigeste :**

Il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.

➤ **Paucigeste :**

C'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.

➤ **Multigeste:**

C'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.

➤ **Grande multigeste:**

Il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.

➤ **Accouchement :**

Terminaison de la grossesse après 6 mois révolus.

➤ **Parité :**

Nombre total d'accouchements d'une femme.

➤ **Nullipare:** il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.

➤ **Primipare:** c'est une femme qui a accouché une fois.

➤ **Paucipare:** c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.

➤ **Multipare:** c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.

➤ **Grande multipare:** il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

➤ **La maternité à moindre risque:**

C'est mettre la femme enceinte dans des conditions qui lui permettent de choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, qu'elle soit rassurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et à des soins après la naissance, de manière à

éviter les risques d'incapacité liée aux complications de la grossesse ou des risques de décès [14].

**4.2.2 Connaissances :** Notion que l'on a de quelque chose;

Se souvient de tel ou tel message, Comprend ce que signifient les messages.

**4.2.3 Pratiques :** Application des règles, des principes par opposition à la théorie.

**4.2.4 Attitudes :** Manière de se comporter face aux CPN

### **4.3 Revue de la littérature**

#### **4.3.1 Historique de la consultation prénatale**

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternel et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voilà comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : (au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants).

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des événements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unis nouvellement créer leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par là acquis une dimension

internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant.

On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enraciner dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société »

Au cours du XXème siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens.

Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [15].

La grossesse et l'accouchement sont en général source de joie pour les parents et la famille. Mais dans de nombreux pays, ils sont aussi synonymes de risques graves pour la santé des femmes et des nouveau-nés. Environ 1 500 femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Depuis 1990, le nombre annuel de décès maternels à l'échelon mondial se situe au-delà de 500 000 ce qui représente près de 10 millions de décès maternels au cours des 19 dernières années.

Le fossé qui sépare les pays industrialisés des régions en développement et des pays les moins avancés en particulier est sans doute plus profond pour la mortalité maternelle que pour n'importe quel autre secteur. Les chiffres le confirment : si l'on prend les données de 2005, on constate que pour une femme des pays les moins avancés, le risque moyen, sur la vie entière, de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour une femme vivant dans un pays industrialisé. Aucun autre taux de mortalité ne va aussi loin dans l'inégalité.

Tout comme pour la mortalité infantile, l'Afrique et l'Asie, avec 95 % des décès maternels et 90 % des décès néonataux, sont les deux continents les plus éprouvés. Les disparités entre les couches sociales au sein des pays restent profondes, surtout en termes de pauvreté [16].

La période et les causes des décès maternels et néonataux sont bien connues. Les décès par cause obstétricale directe sont ceux qui résultent de complications obstétricales

(grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultants de l'un quelconque des facteurs ci-dessus. Les décès dus, par exemple, à une hémorragie, à une pré-éclampsie ou une éclampsie, ou ceux qui sont dus à des complications de l'anesthésie ou de la césarienne, sont classés comme décès par cause obstétricale directe. Les décès par cause obstétricale indirecte sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. Par exemple, les décès dus à une aggravation d'une maladie cardiaque ou rénale préexistante sont des décès par cause obstétricale indirecte.

L'identification exacte des causes de la mort maternelle en précisant dans quelle mesure il s'agit de causes obstétricales directes ou indirectes ou d'une cause accidentelle ou fortuite n'est pas toujours possible.

Par ailleurs, des millions de femmes qui survivent à l'accouchement souffrent des séquelles de la grossesse, de traumatismes divers, maladies ou handicaps, souvent pour leur vie entière [12].

La majorité de ces problèmes de santé pourraient être évités ou traités grâce à des interventions de base comme l'accès à une médecine procréative de qualité, les soins prénatals, la présence de soignants qualifiés à l'accouchement, l'accessibilité des soins d'urgence pour les femmes en cas de besoin.

Les études ont montré qu'environ 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des soins de santé primaires ou obstétricaux essentiels [16].

Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décisions pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décisions programmatiques.

L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier coûteux en argent et en ressources humaines.

## V. METHODOLOGIE :

### 5.1. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée au centre santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

#### 5.1.1. Présentation de la commune VI

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
- la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et
- la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales. construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

#### 5.1.2. Données géographiques:

##### Superficie (densité/km<sup>2</sup>):

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km<sup>2</sup>, pour une population estimée à 504738 habitants en 2011.

##### Limites :

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati et à l'Ouest par la Commune V.

##### Relief :

Le relief est accidenté :

- dans la partie Est de Banankabougou par Outa-Koulouni, culminant à 405 m,
- par Taman koulouno avec 386 m à l'ouest de la patte d'Oie de Yirimadio
- par Kandoura koulou , Magnambougou koulou et Moussokor kountji fara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de dianeguella- sokorodji
- par Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite EST de la commune
- par Tién- koulou culminant à 500 m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune

### **Climat :**

Le climat est Sahélien avec une saison sèche de Février à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier.

La Commune connaît des variations climatiques d'année en année.

### **Végétation :**

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caicédrat, le karité et le manguier.

### **Hydrographie :**

La Commune VI est arrosée par le Fleuve Niger au nord et les marigots Sogoniko, Koumanko et Babla.

### **5.1.3. Voies et moyens de communication :**

#### **Voies de communications (routes) :**

Dans le domaine du transport, la commune est desservie par deux routes d'importance nationale:

- La RN6 : Axe Bamako - Ségou,
- La RN7 : Axe Bamako - Sikasso,

Ces deux routes nationales traversent la commune 6 et facilitent l'accès aux quartiers riverains (Banankabougou, Faladié, Senou et Yirimadio), à celles-ci s'ajoutent l'Avenue de l'OUA qui traverse Sogoniko, les trente (30) mètres traversant Faladié et Niamakoro et des voies secondaires qui désenclavent les quartiers de l'intérieur.

#### **Moyens de transport :**

La Commune est un carrefour pour le transport routier. Il existe un aéroport international à Senou à 15 km du centre ville qui assure le trafic aérien.

#### **Moyens de telecommunication :**

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet (les cabines téléphoniques privées et publiques et les « cybercafés »).

Toutes les stations radios libres, les trois chaînes télé (ORTM , Africable et TM2) sont captées dans la commune. Deux radio libres : Espoir et Guintan y sont implantées.

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire ( **commerce, transport, tourisme,** ) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement



important du secteur primaire ( agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

### 5.1.4. Données socioculturelles et religieuses

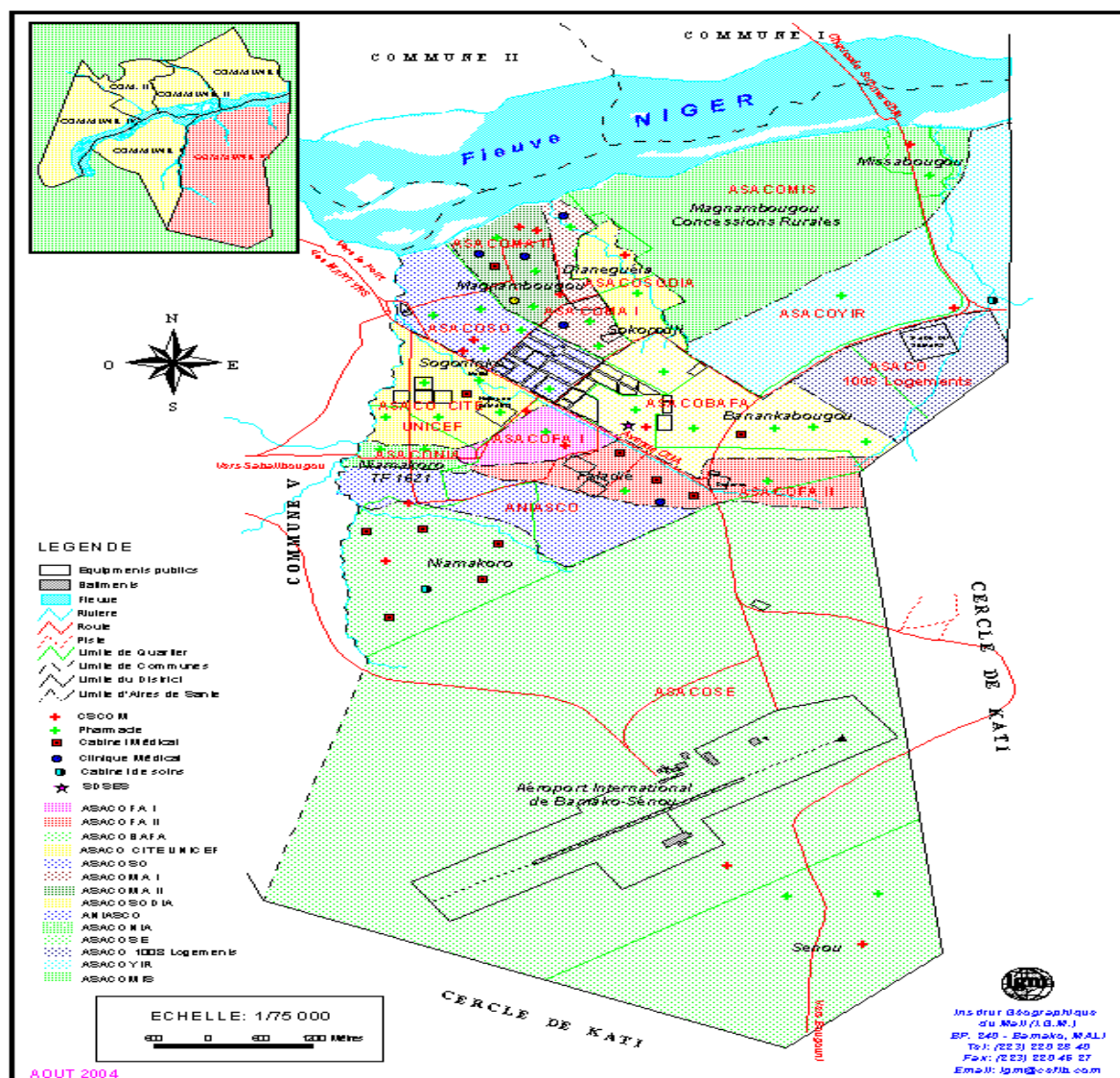
La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d'hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du : mariage traditionnel, polygamie, lévirat, sororat, cérémonies rituelles etc.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient.

### 5.1.5. Carte sanitaire de la commune CVI



### 5.1.6. Situation sanitaire

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Hopital National (Hopital du Mali), un Centre de Santé de Référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines

### 5.1.7. Couverture géographique

**Tableau I : Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CsRéf**

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom /csréf (en km)
<b>ASACOMA</b>	Septembre 1991	Magnambougou	3
<b>ASACONIA</b>	Janvier 1992	Niamakoro	6
<b>ANIASCO</b>	Janvier 1992	Niamakoro	8
<b>ASACOBABA</b>	Mars 1992	Banankabougou	5
<b>ASACOSE</b>	Décembre 1992	Senou	15
<b>ASACOSO</b>	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
<b>ASACOFA</b>	Août 1994	Faladiè	4
<b>ASACYOIR</b>	Septembre 1997	Yirimadio	10
<b>ASACOSODIA</b>	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
<b>ASACOMIS</b>	Mars 2003	Missabougou	12
<b>ASACOCY</b>	Juillet 2005	Cité Logements sociaux	7

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15km).

#### Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires Niamakoro (ASACONIA et ANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé (Sokorodji – Dianéguéla).



La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSComs.

### **5.1.8. Ressources humaines**

La maternité de sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve NIGER. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (**CSREF**) en **1999**. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin **2004**.

Au niveau du CSREF, il y a les différentes catégories de personnel à savoir :

- les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;
- Les conventionnaires de l'INPS ;
- Les contractuels du CSREF ;
- Les contractuels de la Mairie

### **5.1.9. Organisation du service:**

#### **Infrastructure du service:**

Le service se compose de sept bâtiments :

#### ➤ **Le premier bâtiment :**

- Un bureau des chirurgiens,
- Un bureau du major chirurgie,
- Un bureau du major médecine,
- 5 salles d'hospitalisations,
- Une salle de pansement,
- Une toilette.

#### ➤ **Le deuxième bâtiment abrite le bloc opératoire :**

- deux salles d'opération,
- une salle de préparation pour chirurgien,
- une salle de consultation pré-anesthésique,
- une salle de stérilisation,
- une salle de réveil,
- un bureau de major du bloc,
- une salle d'hospitalisation et une salle de garde.

#### ➤ **Le troisième bâtiment en étage :**

Au rez-de-chaussée :

- Trois salles de consultation pour la médecine
- Deux salles de consultation pédiatrique
- Trois salles d'hospitalisation pédiatriques
- Une salle de soins

- La pharmacie
- la cantine
- A l'étage :
- le service d'administration comprenant : un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène, chef personnel, développement social
- la salle de réunion,
- le système d'information sanitaire (SIS),
- des toilettes.

➤ **Le quatrième bâtiment = Bloc mère-enfant :**

La maternité est composée de :

- la salle d'accouchement qui contient six (6) tables d'accouchement et six (06) lits, on y réalise en moyenne quinze (15) accouchements par jour ;
- Une salle de néonatalogie ;
- Une salle d'observation des femmes ;
- Une salle d'hospitalisation des femmes ;
- Une salle de garde pour sage- femme ;
- Une salle de garde pour Médecin ;
- Une salle de garde pour les faisant fonctions d'interne ;
- Une salle de garde des infirmières
- Une salle de consultation gynécologique ;
- Unité de consultation prénatale / PTME ;
- Unité de consultation planning familial ;
- Une salle informatique ;
- Une salle de SAA
- Unité buanderie
- Quatre toilettes.

➤ **Le cinquième bâtiment en étage :**

Au rez-de-chaussée :

- Le laboratoire d'analyse / Mini banque de sang
- Une salle de consultation diabétologie
- Une salle d'échographique
- la salle de consultation pour médecin cardiologue
- la salle d'imagerie

A l'étage :

- Unité de consultation ORL
- Unité de consultation Ophtalmologique
- Unité de consultation Odonto-stomatologique

➤ **Le sixième bâtiment :**

- Bureau des entrées
- Bureau espace AMO
- La salle de garde/ consultation pour la médecine
- La pharmacie de nuit

➤ **Le septième Bâtiment :**

- USAC

Le centre comprend également :

- la maison pour le gardien,
- deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
- des toilettes pour les malades.
- Une morgue non encore fonctionnelle

**Tableau II: Personnel du CS Réf CVI**

<b>Qualification</b>	<b>Nombre</b>
Médecins spécialistes	10
Médecins généralistes	15
Pharmacien	1
Inspecteur de finances	1
Assistants médicaux	29
Administrateur de l'Action sociale	1
Ingénieurs Sanitaires	3
Infirmiers d'Etat	9
Biologistes	4
Infirmiers du premier cycle (SP, IO et laborantin)	34
Sages-femmes	35
Agents d'hygiène	8
Techniciens développement communautaire	0
Secrétaires	9

Qualification	Nombre
Comptables	4
Aides Comptables	6
Aides-soignantes et matrones	17
Documentaliste	1
Agent de l'USAC	4
Planton	2
Chauffeurs	5
Gardiens	3
Techniciens de surface	14
Lingère	1
Total	219

#### 5.1.10. Fonctionnement du service

Un staff médical et administratif se tient tous les jours à huit heures trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Des consultations gynécologiques les Lundis, Mardis, Mercredis et les Vendredis. Le dépistage du cancer du col de l'utérus du lundi au vendredi.

Une séance d'échographie par semaine.

Un programme opératoire réservé aux Mercredis et jeudis.

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé.

Une équipe de garde qui assure la permanence du centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours

Les activités de santé publique sont menées.

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi.

## 5.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive qui s'est déroulée du 18 Novembre 2013 au 13 Février 2014.

## 5.3. Population d'étude

L'étude a concerné les gestantes fréquentant le CSREF de la commune VI du district de Bamako durant la période de l'étude.

### 5.3.1. Critère d'inclusion

Toute gestante, qui s'est présentée pour les CPN au CSREF de la commune VI du district de Bamako et qui a accepté de participer à notre étude.

### 5.3.2. Critère de non inclusion

Toute gestante qui a refusé de participer à notre étude

## 5.4. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :

La taille minimale de l'échantillon  $n = (Z\alpha)^2 \frac{p \times q}{i^2}$  Avec :

$Z\alpha = 1,96$  : écart réduit correspondant au risque  $\alpha$  de 5%

$i$  = précision souhaitée = 5%

$P$  = proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par du personnel formé : 70% selon EDSM-IV

$q = 1 - p = 30\%$

$$n = (1,96)^2 \frac{0,7 \times 0,3}{(0,05)^2} = 323$$

La taille minimale calculée a été 323 femmes enceintes avec une précision  $i = 5\%$ .

## 5.5. Echantillonnage

La technique de commodité a été utilisée pour le choix des gestantes.

## 5.6. Variables

Pour réaliser cette étude, les variables suivantes ont été retenues :

### 5.6.1. Caractéristiques socio démographiques des gestantes

- Age ;
- Niveau d'instruction ;
- Statut matrimonial ;
- Lieu de résidence ;

- Profession ;
- Gestité ;
- Parité ;
- Age de la grossesse ;
- Distance du domicile au centre de santé ;
- Profession du conjoint.

### **5.6.2. Connaissances des gestantes sur la CPN**

L'appréciation des connaissances a porté sur les éléments suivants

- Avantages de la CPN: (Surveiller l'évolution de la grossesse Recherche et le traitement des maladies (syphilis, l'éclampsie ...) Dépistage des grossesses à risque ; Prévention du paludisme par TPI et MIILD; Identification et prise en charge des signes morbides et de danger de la grossesse; et dépistage du VIH et la PTME)
- Nombre requis de consultations prénatales pour une femme enceinte (normes OMS : 4) ;
- Date de la première consultation prénatale (période)
- Les mesures d'hygiène alimentaire pendant la grossesse (consommation des œufs, lait, poissons, viande, feuilles vertes...),
- L'hygiène de vie; (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants, et les médicaments sans prescription médicale)
- Les mesures d'hygiène corporelle ;
- Mesures d'hygiène vestimentaire ;
- Avantages de la régularité aux visites de CPN ;
- Inconvénients de la prise de médicaments sans prescription médicale ;
- Inconvénients de ne pas faire la CPN ;
- Signes de danger au cours de la grossesse ;
- Vaccination contre le tétanos
  - ✓ Nombre d'injections (1,2,3...)
  - ✓ Avantages pour la mère
  - ✓ Avantages pour le nouveau-né ;
- Préparation de l'accouchement
  - ✓ Trousse pour la mère et le nouveau-né
  - ✓ Accompagnante
  - ✓ Transport
  - ✓ Lieu d'accouchement
  - ✓ Aspects financiers
  - ✓ Personnes assurant l'intérim au domicile de la femme en son absence
- Avantages du fer acide folique et de SP ;

- Mesures de protection contre le paludisme ;
- les signes de travail (Maux de ventre et de dos Contractions régulières et douloureuses; Glaires striées de sang (bouchon muqueux);

### **5.6.3. Sources d'information des femmes**

- radio ;
- télévision ;
- agent de santé ;
- les proches ;
- autres.

### **5.6.4. Attitudes et pratiques des femmes**

- faire la CPN ;
- nombre de CPN
- décision pour la CPN (elle-même ; mari ; belle-mère ; autres)
- acheter les médicaments prescrits
- faire les analyses
  - ✓ albuminurie et glycosurie
  - ✓ groupe (ABO rhésus)
  - ✓ électrophorèse de l'hémoglobine
  - ✓ échographie
  - ✓ taux d'hémoglobine
- prophylaxie
  - ✓ antitétanique (VAT à jour)
  - ✓ Anti palustre
  - ✓ Antianémique
- Recours PF avant grossesse
- Recours au centre de santé en cas d'aménorrhée (Diagnostic tardif de grossesse)
- Recours au centre de santé en cas de pathologie

## **5.7. Techniques et outils de collecte des données**

Deux techniques ont été utilisées: l'entretien individuel et l'exploitation documentaire.

### **5.7.1. L'entretien individuel:**

Il a été fait avec les femmes qui ont été interrogées à la sortie de salles de consultation pour apprécier leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques sur la CPN. Le guide d'entretien utilisé.

### **5.7.2. Exploitation documentaire :**

Les carnets de santé maternelle et carnets de vaccination ont été exploités pour vérifier certaines informations (les examens complémentaires et les mesures préventives : Anti-palustre, Antianémique, Antitétanique).

### **5.8. Déroulement de l'étude**

Les autorités administratives et sanitaires ont été informées de la réalisation de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation de collecte de données signée par le Directeur Général du CREDOS. Un pré-test des outils a été réalisé dans un autre centre.

La collecte des données a été réalisée par moi-même appuyée par un médecin. Les outils remplis ont été examinés chaque jour en fin de journée pour corriger d'éventuelles erreurs. Les fiches ont été gardées dans des chemises et la confidentialité a été respectée.

### **5.9. Saisie et analyse des données**

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels Word 2010 et Epi Info 3.5.3

### **5.10. Aspect éthique**

La confidentialité et l'anonymat des informations recueillies ont été respectés. Un consentement éclairé a été obtenu aux enquêtées avant le démarrage des entretiens. Elles étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant l'entretien. Elles ont été rassurées sur le fait qu'elles ne courent aucun risque en refusant d'y participer. Les bonnes pratiques médicales ont été respectées. Les résultats obtenus feront l'objet d'une large diffusion auprès des instances de décisions en matière de santé de la reproduction dans notre pays et dans la sous-région.



## VI. RESULTATS

### 6.1. Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau III** : répartition des gestantes enquêtées selon les tranches d'âge

Tranche d'âge (ans)	Fréquence	Pourcentage
15 – 19	53	16,4
20 – 29	178	55,1
30 – 39	81	25,2
40 – 46	11	3,3
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 55,1% avaient un âge compris entre 20 et 29 ans.

**Tableau IV** : répartition des gestantes enquêtées selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	308	95,4
Célibataire	14	4,3
Veuve	1	0,3
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y a 95,4% des gestantes qui étaient mariées.

**Tableau V** : Répartition des gestantes enquêtées selon niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	72	22,3
Second cycle	71	22,0
Supérieur	68	21,1
Coranique	61	18,9
Primaire	51	15,8
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 22,3% étaient non scolarisées, et 22% étaient du niveau secondaire.

**Tableau VI : Répartition des gestantes enquêtées selon la résidence**

<b>Résidence</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Yirimadjio	58	18,0
Magnambougou	46	14,2
Niamakoro	45	13,9
Faladjè	27	8,4
Senou	25	7,7
Banankabougou	24	7,4
Sogoniko	24	7,4
Dianeguela	10	3,1
Missabougou	9	2,8
ATTbougou	9	2,8
Niamanan	9	2,8
Sokorodji	8	2,5
Daoudabougou	6	1,9
Banankoro	5	1,5
Kalaban	5	1,5
Sirakoro	5	1,5
Sanankoroba	4	1,2
Baguineda	2	0,6
Badialan	1	0,3
Moutougoula	1	0,3
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 18% résidaient à Yirimadjio.

**Tableau VII:** Répartition des gestantes enquêtées selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	180	55,7
Vendeuse	48	14,9
Etudiante/Elève	48	14,9
Fonctionnaire	23	7,1
Commerçante	8	2,5
Coiffeuse	6	1,9
Teinturière	5	1,5
Aide ménagère	3	0,9
Couturière	2	0,6
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y a 55,7% des gestantes qui étaient ménagères.

**Tableau VIII :** Répartition des gestantes enquêtées selon la profession du père de l'enfant :

Profession du père de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	112	37,4
Commerçant	81	25,1
Ouvrier	43	13,3
Chauffeur	38	11,8
Mécanicien	24	6,5
Electricien	6	1,9
Maçon	6	1,9
Soudeur	4	1,2
Etudiant	3	0,9
Cultivateur	3	0,9
Autres *	2	0,6
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

\***Autres** : marabout (2).

Les femmes mariées ont été interrogées ainsi que les célibataires.

Les fonctionnaires étaient les plus nombreux avec 37,4%.

**Tableau IX : Répartition des gestantes enquêtées selon la gestité**

<b>Gestité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Paucigeste	127	39,3
Multigeste	100	31
Primigeste	67	20,7
Grande multigeste	29	9
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y a 39,3% des gestantes qui étaient des paucigestes.

**Tableau X : Répartition des gestantes enquêtées selon la parité**

<b>Parité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Paucipare	88	27
Nullipare	78	24
Primipare	78	24
Multipare	67	21
Grande multipare	12	4
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

Parmi les gestantes 27% étaient des paucipares.

**Tableau XI : Répartition des gestantes connaissant l'âge de leur grossesse.**

<b>Age de la grossesse (mois) N=283</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
1 – 3	46	16,3
4 – 6	113	39,9
7 – 9	124	43,8
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>100,0</b>

Il y a 38,4% des gestantes qui avaient l'âge de la grossesse compris entre 7 et 9 mois.

## 6.2. Connaissances des gestantes

**Tableau XII :** Répartition gestantes enquêtées selon la connaissance des avantages des CPN

Connaissance des avantages de la CPN	Fréquence	Pourcentage
Surveiller l'évolution de la grossesse	169	52,3
Prise en charge des pathologies	166	51,4
Prévention du paludisme par TPI et MIILM	60	18,6
Dépistage des grossesses à risque	49	15,2
Identification des signes de danger de la grossesse	41	12,7
Recherche et le traitement des maladies	35	10,8
Prévention de l'anémie	23	7,1
Dépistage du VIH et PTME	14	4,3
Prévention du tétanos par la vaccination antitétanique	11	3,4
Education de la femme	6	1,9
Préparation de l'accouchement	1	0,3
Autres*	2	0,6
NSP	36	11,1

### \*Autres

1 : je vois les gens faire et j'y fais.

2 : Pas d'avantage car elle ne m'a préservé de la césarienne, c'est ma 2<sup>e</sup> césarienne.

Parmi les avantages cités « Surveiller l'évolution de la grossesse » était le plus cité avec 52,3%, suivi de « Prise en charge des pathologies» avec 51,4%.

**Tableau XIII:** Répartition des gestantes enquêtées selon le diagnostic de la grossesse

Diagnostic de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Aménorrhée	277	85,8
Agent de santé	46	14,2
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y a 85,8% des gestantes qui ont su leur grossesse à travers l'aménorrhée.

**Tableau XIV** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance de la période de la première CPN recommandée

Connaissance de la période de la première CPN	Fréquence	Pourcentage
Début de l'aménorrhée	92	28,5
1 mois	61	18,9
2 mois	45	13,9
3 mois	57	17,6
4 à 5 mois	34	10,5
6 à 7 mois	6	1,9
NSP	28	8,7
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 28,5% ont cité « Début de l'aménorrhée » comme période de la première CPN.

**Tableau XV** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance du nombre de CPN recommandée

Connaissance du nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage
Deux	1	0,3
Trois	14	4,3
quatre	40	12,4
Cinq	19	5,9
Six	36	11,1
Sept	12	3,7
Huit	14	4,3
Neuf	59	18,3
NSP	128	39,6
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y a 12,4% des gestantes qui connaissaient le nombre de CPN recommandée.

**Tableau XVI :** Répartition gestantes enquêtées selon la connaissance des avantages de la régularité aux visites de la CPN

<b>Connaissance des avantages de la régularité aux visites de la CPN</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Surveiller l'évolution de la grossesse	93	28,8
Veiller à la sante de la mère et l'enfant	70	21,7
Prise en charge des pathologies	65	20,1
Dicter la voie d'accouchement	12	3,7
Accouchement dans des conditions normales	9	2,8
Education sur la grossesse	5	1,5
NSP	69	21,4
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 28,8% ont cité « Surveiller l'évolution de la grossesse », suivi de 21,7% ont cité «Veiller à la sante de la mère et l'enfant» comme avantages de la régularité aux visites de la CPN.

**Tableau XVII :** Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des maladies que l'on peut prévenir lors de la CPN

<b>Connaissance des maladies que l'on peut prévenir lors de la CPN</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Paludisme	270	83,6
Anémie	73	22,6
IST/VIH/SIDA	71	22,0
Tétanos	47	14,6
Incompatibilité fœto-maternelle	1	0,3
Polio	1	0,3
Méningite	1	0,3
Rougeole	1	0,3
NSP	40	12,4

Le paludisme est le plus cité avec 83,6% comme la maladie que l'on peut prévenir lors de la CPN.

**Tableau XVIII** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des avantages de la vaccination antitétanique

<b>Connaissance des avantages de la vaccination antitétanique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Protéger la femme et le nouveau-né	103	31,9
Protéger la femme seulement contre le tétanos	22	6,8
Protéger le nouveau-né seulement	16	5,0
Paludisme	3	0,9
Poliomyélite	1	0,3
Méningite	1	0,3
NSP	177	54,8
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 31,9% avaient cité « Protéger la femme et le nouveau-né contre le tétanos » comme avantages de la vaccination antitétanique.

**Tableau XIX** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance du nombre de dose de vaccination antitétanique

<b>Connaissance du nombre de dose de vaccination antitétanique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Plus de deux	114	35,3
Deux	66	20,4
Une	26	8,0
NSP	117	36,2
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y a 36,2% des gestantes qui ne connaissaient pas le nombre de vaccination antitétanique.



**Tableau XX** : Répartition des gestantes enquêtées selon les avantages de la supplémentation martiale

<b>Avantages de la supplémentation martiale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Protéger la femme et le nouveau-né contre l'anémie	207	64,1
Vertige	4	1,2
NSP	112	34,7
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 64,1% ont cité « protéger la femme et le nouveau-né contre l'anémie » comme avantages de la supplémentation martiale.

**Tableau XXI** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des mesures de protection contre le paludisme

<b>Connaissance des mesures de protection contre le paludisme</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Moustiquaire imprégné d'insecticide	<b>294</b>	91
Désherbage	30	9,3
Sulfadoxine pyriméthamine	20	6,2
Salubrité	14	4,3
Spray anti moustique	12	3,7
Pulvérisation intra domiciliaire	6	1,9
Eviter eau stagnante	1	0,3
NSP	22	6,8

La moustiquaire imprégnée d'insecticide a été le plus cité comme mesures de protection contre le paludisme avec 91%.

**Tableau XXII** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des avantages du traitement préventif intermittent

<b>Connaissance des avantages du traitement intermittent</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Protéger la femme et le nouveau-né contre le paludisme	124	38,4
Protéger la femme seulement contre le paludisme	28	8,7
Protéger le nouveau-né seulement contre le paludisme	1	0,3
NSP	170	52,6
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y a 52,6% des gestantes qui ne connaissaient pas les avantages de la préventif intermittent.

**Tableau XXIII** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des mesures d'hygiène alimentaire

<b>Connaissance des mesures d'hygiène alimentaire pendant la grossesse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Feuilles vertes	101	31,3
Viande	78	24,1
Fruits et légumes	63	19,5
Poisson	54	16,7
Œufs	36	11,1
Lait	29	9,0
pomme de terre	2	22,2
bouillie	2	22,2
Quinquéliba	2	22,2
tous	2	22,2
selon le goût	1	11,1
NSP	102	31,6

Parmi les mesures d'hygiène alimentaire citées les feuilles vertes ont été le plus cité (31,3%).

**Tableau XXIV** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des Mesures d'hygiène corporelle

Connaissance des mesures d'hygiène corporelle	Fréquence	Pourcentage
Bain au moins de 2 fois par jour	292	90,4
Hygiène quotidienne de la bouche	185	57,3
NSP	31	9,6

Parmi, les mesures d'hygiène corporelle citées le bain au moins de 2 fois par jour a été le plus cité avec 90,4%.

**Tableau XXV** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des mesures d'hygiène de vie

Connaissance des mesures d'hygiène de vie	Fréquence	Pourcentage
Repos	32	10,0
Décubitus latéral	2	0,6
Eviter les excitants	5	1,5
Eviter de porter les objets lourds	2	0,6
Sport	1	0,3
NSP	281	87,0
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes, 87% ne connaissaient pas les mesures d'hygiène de vie.

**Tableau XXVI** : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des Mesures d'hygiène vestimentaire

Connaissance des mesures d'hygiène vestimentaire	Fréquence	Pourcentage
Port des habits amples (robes, boubous...)	301	93,2
Eviter de porter des chaussures à haut talon	250	77,4
NSP	18	5,6

Le port des habits amples a été le plus cité avec 93,2% comme les mesures d'hygiène vestimentaire.

**Tableau XXVII :** Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des signes de danger pendant la grossesse

<b>Connaissance des signes de danger pendant la grossesse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleurs abdominales	154	47,7
Saignements vaginaux	133	41,2
Fièvre	61	18,9
Maux de tête prononcé /vision trouble	27	8,4
Rupture prématuré des membres	27	8,4
Convulsion/ perte de connaissance	12	3,7
NSP	80	24,8

Les douleurs abdominales ont été les plus cités avec 47,7% comme signes de danger pendant la grossesse.

**Tableau XXVIII :** Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des signes de travail

<b>Connaissance des signes de travail</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Maux de ventre et de dos	<b>272</b>	84,2
Glaire striée de sang	26	8,0
Rupture prématurée des membranes	30	9,3
Contraction régulière et douloureuse	12	3,7
NSP	25	7,7

Les signes de travail les plus cité ont été « maux de ventre et dos » avec 84,2%.

**Tableau XXIX:** Répartition des gestantes enquêtées selon l'opinion sur les rapports sexuels pendant la grossesse

<b>Opinion sur les rapports sexuels</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	153	47,4
Oui	70	21,7
NSP	100	31,0
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 47,4% des gestantes qui pensent que les rapports sexuels ne doivent pas être faits pendant la grossesse.

**Tableau XXX:** Répartition des gestantes enquêtées selon les raisons de ne pas faire les rapports sexuels pendant la grossesse

Raisons de non faisabilité	Fréquence	Pourcentage
Avortement	17	24,3
Traumatisme du vagin	15	21,4
Menace d'accouchement prématuré	9	12,8
Gêne la femme	7	10
Saignement sur grossesse	4	5,7
Favorise les infections sexuellement transmissibles	2	2,8
Accouchement prématuré	2	2,8
Douleur pelvienne	4	5,7
NSP	12	17,1

Parmi des inconvénients cités, l'avortement est le plus cité avec 24,3%.

**Tableau XXXI :** Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance de l'existence des inconvénients des médicaments pris sans prescription médicale

Connaissances de l'existence des inconvénients des Médicaments pris sans prescription médicale	Fréquence	Pourcentage
Oui	319	98,8
Non	4	1,2
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>
Inconvénients cités (n=319)	Fréquence	Pourcentage
Avortement	128	40,1
Induction d'autres maladies	73	22,9
Mort intra utérine	16	5,0
Malformation	11	3,4
Accouchement prématuré	8	2,5
Douleur abdominale	7	2,2
Interaction médicamenteuse	5	1,5
Hémorragie sur grossesse	5	1,5
Aggravation de la maladie	5	1,5
Décès maternel	4	1,2
Anémie	2	0,6
Nuire à la santé	2	0,6
NSP	66	20,7

Il y a 98,8% des gestantes qui confirment que des médicaments sans prescription médicale ont des inconvénients.

Parmi les inconvénients, l'avortement est le plus cité avec 40,1%.

**Tableau XXXII:** Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des inconvénients de ne pas faire la CPN

<b>Connaissance des inconvénients de ne pas faire la CPN</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès maternel	58	18,0
Accouchement dystocique	58	18,0
Mort fœtale	29	9,0
Accouchement prématuré	9	2,8
Méconnaissance des grossesses à risque	8	2,4
Maladies sur la grossesse	8	2,4
Prise en charge des pathologies non faite	7	2,1
Décès néonatal précoce	7	2,1
Fistule vésico-vaginale	6	1,8
PTME non faite	6	1,8
Paludisme néonatal	6	1,8
Anémie	5	1,5
Négligence des agents lors de l'accouchement	5	1,5
Hémorragie du post partum	4	1,2
Méconnaissance de l'évolution de la grossesse	4	1,2
Prévention du tétanos non faite	3	0,9
Education sur la grossesse non faite	2	0,6
Césarienne non programmée au besoin	2	0,6
Accouchement à domicile	2	0,6
Saignement sur grossesse	2	0,6
Césarienne	1	0,3
Pas assez d'inconvénient	1	0,3
NSP	93	28,8

Parmi les gestantes, 28,8% ne connaissaient pas les inconvénients de ne pas faire la CPN.

**Tableau XXXIII :** Répartition des gestantes enquêtées selon l'information reçue sur la préparation de l'accouchement

Information reçue sur la préparation de l'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Oui	145	44,9
Non	178	55,1
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 55,1% des gestantes qui n'ont pas reçu des informations sur la préparation de l'accouchement.

**Tableau XXXIV :** Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance sur la préparation de l'accouchement

Éléments de préparation cités	Fréquence	Pourcentage
Trousse pour la mère et le nouveau-né	141	97,2
Aspect financier	73	50,3
Chercher une accompagnante	5	3,4
lieu d'accouchement	3	2,0
Transport	1	0,7
Personnes assurant l'intérim au domicile de la femme en son absence	1	0,7

Trousse pour la mère et le nouveau-né a été l'élément le plus cité avec 97,2%.

**Tableau XXXV :** Répartition des gestantes enquêtées selon les sources d'information sur la CPN

Sources d'information sur la CPN	Fréquence	Pourcentage
Agent de santé	197	61,0
Radio	58	18,0
Télévision	56	17,3
Proches	39	12,1

Il y'a 61% des gestantes qui ont l'information sur la CPN à travers les agents de santé.

## 6.2. Attitudes et pratiques des gestantes

**Tableau XXXVI:** Répartition des gestantes enquêtées selon la décision de faire la CPN

Décision de faire la CPN	Fréquence	Pourcentage
Elle même	197	61,0
Mari	106	32,8
Belle mère	18	5,6
Beau père	1	0,3
La patronne	1	0,3
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi des gestantes, 61% décident elles même de faire la CPN.

**Tableau XXXVII :** Répartition des gestantes enquêtées en fonction du suivi des grossesses précédentes

Suivi des grossesses précédentes n=257	Fréquence	Pourcentage
Oui	244	75,5
Non	13	24,5
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes, 75,5% ont réalisé des CPN au cours des grossesses précédentes.

**Tableau XXVIII:** Répartition des gestantes enquêtées selon les raisons du non suivi

Les raisons du non suivi (n=13)	Fréquence	Pourcentage
Grossesse avortée avant la période de la CPN	3	4,0
Etaient en déplacement	2	2,5
Manque d'argent	2	2,5
Mari n'a pas accepté	2	2,5
Méconnaissance des avantages	2	2,5
N'ont pas voulu	2	2,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Parmi des gestantes qui n'ont pas réalisé de CPN au cours des grossesses antérieures, 4% ont évoqué « grossesse avortée avant la période de la CPN » comme les raisons du non suivi.



**Tableau IXL :** Répartition des gestantes enquêtées selon le recours au centre de santé en cas d'aménorrhée

Recours au centre santé en cas d'aménorrhée	Fréquence	Pourcentage
Oui	261	80,8
Non	62	19,2
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 80,8% des gestantes qui ont eu recours au centre de santé en aménorrhée en cas d'aménorrhée.

**Tableau XL:** Répartition des gestantes enquêtées selon les raisons du non recours au centre en cas d'aménorrhée

Raisons du non recours au centre en cas d'aménorrhée	Fréquence	Pourcentage
La CPN doit commencer à 3 mois	22	35,6
Manque de moyens	8	13,0
N'a pas voulu	7	11,3
Ne savait pas qu'elle était enceinte	6	9,7
Refus du mari	5	8,0
Etait en déplacement	4	6,4
Etait en bonne santé	3	4,8
Mari en déplacement	2	3,2
Méconnaissance de la période	2	3,2
Mauvais comportement des agents de santé	2	3,2
Risque de contamination des maladies	1	1,6
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Parmi des gestantes qui n'ont pas consulté en cas d'aménorrhée 35,6% ont cité comme raison « la CPN doit être commencée à 3mois ».

**Tableau XLI :** Répartition des gestantes enquêtées en fonction du nombre de visite au cours de la grossesse actuelle

Nombre de visite	Fréquence	Pourcentage
1	86	26,6
2-3	147	45,5
4 et plus	90	27,8
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 45,5% des gestantes qui ont réalisé 2-3 visites.

**Tableau XLII :** Répartition des gestantes enquêtées selon la réalisation de la vaccination antitétanique

Réalisation de la vaccination antitétanique	Fréquence	Pourcentage
Oui	290	89,8
Non	33	10,2
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi des gestantes, 89,8% ont fait la vaccination antitétanique .

**Tableau XLIII :** Répartition des gestantes enquêtées selon le nombre de dose de la vaccination antitétanique au cours de la grossesse actuelle

Nombre de dose de la vaccination antitétanique	Fréquence	Pourcentage
1	117	40,3
2	148	51,0
Complètement vaccinée	25	8,7
<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>100,0</b>

Parmi des gestantes, 51% ont reçu 2 doses de vaccin antitétanique .

Répartition des gestantes enquêtées selon la prescription des médicaments.

Toutes les gestantes ont reçu une prescription des médicaments.

**Tableau XLIV :** Répartition des gestantes enquêtées selon l'achat des prescriptions

L'achat médicament prescrits	Fréquence	Pourcentage
Oui	275	85,1
Non	48	14,9
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi des gestantes 85,1% ont achetés les médicaments prescrits.

**Tableau XLV** : Répartition des gestantes enquêtées selon les raisons de non achat des prescriptions

Raisons des non achats des prescriptions	Fréquence	Pourcentage
Vient de recevoir l'ordonnance	43	89,6
Le mari n'a pas acheté	2	4,2
Manque d'argent	3	6,2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes qui n'ont pas acheté les médicaments prescrits l'ordonnance a été donnée le même jour chez 89,6%.

**Tableau XLVI** : répartition des gestantes selon la prise du fer acide folique

Prise du fer acide folique	Fréquence	Pourcentage
Oui	320	99,1
Non	3	0,9
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 99,1% des gestantes qui prenaient le FAF

**Tableau XLVII:** Répartition des gestantes enquêtées selon la posologie du Fer/Acide Folique par jour

Posologie de FAF	Fréquence	Pourcentage
1cp/jr	315	98,5
1cpx2	5	1,5
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 98,5% des gestantes qui prenaient 1cp de FAF / jour.

**Tableau XLVIII** : répartition des gestantes selon le traitement préventif intermittent

Traitement préventif intermittent	Fréquence	Pourcentage
Oui	178	55,1
Non	145	44,9
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 55,1% des gestantes qui ont pris la SP.

**Tableau XLIX :** Répartition des gestantes enquêtées selon le nombre de dose du Sulfadoxine Pyriméthamine

Nombre de dose du SP	Fréquence	Pourcentage
1	104	58,4
2	74	41,6
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 58,4% ont reçu une dose de SP.

**Tableau L :** Répartition des gestantes enquêtées selon les examens complémentaires donnés par les prestataires.

Examens donnés	Fréquence	Pourcentage
Oui	321	99,4
Non	2	0,6
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Il y'a 99,4% des gestantes qui ont bénéficié des examens complémentaires.

**Tableau LI :** Répartition des gestantes enquêtées selon la réalisation des examens complémentaires donnés

Réalisation des examens donnés	Fréquence	Pourcentage
Oui	266	82,4
Non	55	17,6
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes 82,4% ont réalisé des examens complémentaires donnés.

**Tableau LII :** Répartition des gestantes enquêtées selon les types des examens complémentaires honorés

Types des examens honorés	Fréquence	Pourcentage
Albumine dans les urines	258	80,3
Groupage rhésus	208	64,8
Electrophorèse l'hémoglobine	201	62,6
Echographie	220	68,5
Taux d'hémoglobine	209	65,1

Il y'a 80,3% des gestantes qui ont fait l'albumine dans les urines.

**Tableau LIII** : Répartition des gestantes enquêtées selon le nombre des examens complémentaires honorés

Nombre d'examens	Fréquence	Pourcentage
Un examen	9	3,4
Deux examens	1	0,4
Trois	16	6,0
Quatre	82	30,8
Cinq	158	59,4
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes, 59,4% avaient fait cinq examens complémentaires.

### **Répartition des gestantes enquêtées selon le recours au centre de santé en cas de pathologie**

Toutes les gestantes ont affirmé qu'elles consultent au centre de santé en cas de pathologie sur grossesse.

**Tableau LIV** : Répartition des gestantes selon le recours au Planning familial avant la grossesse actuelle.

Recours au PF	Fréquence	Pourcentage
Oui	142	44,0
Non	181	56,0
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes, 44% avaient recours au PF avant la grossesse.

**Tableau LV** : Répartition des gestantes enquêtées selon les méthodes utilisées du PF

Méthodes utilisées	Fréquence	Pourcentage
Abstinence	9	6,3
Méthode moderne	124	83,4
Méthode traditionnelle	9	6,3
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Parmi les gestantes, 83,4% utilisaient la méthode moderne.

## VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

### Caractéristiques sociodémographiques

#### ➤ Age :

Dans notre étude, la tranche d'âge de 20 - 29 ans a été la plus représentée avec un taux de 55,1%. Ce résultat est supérieur à celui de Sagara J qui a trouvé 50,2%. [17]

#### ➤ Statut matrimonial

La majorité des gestantes (95,4%) étaient mariées. Ce taux est supérieur à celui d'une enquête CAP réalisée au Bénin en 2003 qui a trouvé 87,7%. [18]

#### ➤ Niveau d'instruction

Notre étude a montré que 22,3% des gestantes étaient non scolarisées, et 22% du niveau secondaire.

L'étude CAP du Bénin a montré que parmi les femmes enquêtées, 80,1 % étaient non scolarisées et 6,3 % avaient le niveau secondaire/supérieure. [18] Maïga. A. au Mali a trouvé 55,5% de gestantes non scolarisées et 9% ayant le niveau secondaire. [19]

#### ➤ Profession

Les ménagères ont été les plus nombreuses soit 55,5% des cas, tandis que les fonctionnaires n'ont constitué que 7,1%. Chez Maïga au Mali, ces taux étaient respectivement de 83,5%, et de 1,5%. [19]

#### ➤ Gestité

Moins de la moitié (39,3%) des gestantes qui étaient des paucigestes. Ce résultat est supérieur à celui de Sagara. J. qui a trouvé 31,5%. [17]

#### ➤ Parité

Une minorité des gestantes (27%) étaient des paucipares. Ce résultat est inférieur à celui de Gbessemehlan A qui a trouvé 48,4%. [20]

#### ➤ Age de la grossesse

Moins de la moitié de nos gestantes (38,4%) avaient un âge avancé de la grossesse de 7-9 mois. Kamaté. P. a trouvé 11,33% des gestantes qui étaient au troisième trimestre de la grossesse. [21]

### Connaissances des gestantes

#### ➤ la connaissance des avantages des CPN

« La surveillance de l'évolution de la grossesse » et « la prise en charge des pathologies » étaient les avantages les plus connus par les gestantes. Ces deux aspects représentaient respectivement 52,3% et 51,4%.

L'étude de Bakouan E. a trouvé que le dépistage et la prise en charge des maladies ont été cités comme avantages par 64% et la confirmation de la grossesse (69,94%). [22]

### ➤ **Diagnostic de la grossesse**

Dans la majorité des cas le diagnostic de la grossesse a été posé par la présence de l'aménorrhée (85,8%), ou par un agent de santé (14,2%). Une étude réalisée en Côte d'Ivoire a trouvé que le diagnostic a été posé par un agent de santé (54,7%), ou l'enquêtée elle-même (40,6%). [23]

### ➤ **Connaissance de la période de la première CPN**

Seulement (28,5%) des gestantes ont signalé que la première consultation doit être faite au début de l'aménorrhée. Bakouan E a trouvé que la majorité des enquêtes soit 79,8 connaissent que la période de la première consultation est le 1<sup>er</sup> trimestre. [22]

### ➤ **connaissance du nombre de CPN recommandée**

Seulement 12,4%, des gestantes ont affirmé que le nombre de CPN recommandée est de 4. Bakouan E a trouvé que 85,90% des enquêtées ont affirmé que le nombre de CPN à faire durant la grossesse est de 3 ou plus. [22]

### ➤ **Connaissance des maladies que l'on peut prévenir lors de la CPN**

Le paludisme a été le plus cité avec 83,6% comme la maladie que l'on peut prévenir lors de la CPN. L'étude réalisée à Tenkodogo a montré que 51,50% des enquêtées ont pu citer au moins 3 maladies à prévenir lors des CPN, les maladies citées sont respectivement le paludisme avec 90,8% l'anémie pour 73,6% et le tétanos pour 38,7%. [22]

### ➤ **Connaissance des avantages de la vaccination antitétanique**

Moins de la majorité (31,9) des gestantes ont affirmé que l'avantage de la vaccination antitétanique est de protéger la femme et le nouveau-né contre le tétanos. L'étude réalisée au Bénin a montré que la majorité (79%) des femmes ont affirmé que le vaccin Antitétanique, garantit la protection du bébé contre le tétanos néonatal. [18]

### ➤ **Avantages du supplémentation martiale**

Presque la moitié (64,1%) des gestantes ont affirmé que le fer acide folique protège la femme et le nouveau-né contre l'anémie. L'étude de Bénin a montré que pour éviter l'anémie pendant la grossesse (29,9%) des femmes disent de prendre du fer jusqu'à l'accouchement. [18]

### ➤ **Connaissance des mesures de protection contre le paludisme**

La moustiquaire imprégnée d'insecticide a été le plus citée comme mesures de protection contre le paludisme avec 91%. Ce résultat est supérieur à celui de Sangaré qui était de (82%) des belles-filles, (66,9%) des époux et seulement (10,4%) des belles-mères. [17]

➤ **Connaissance des signes de danger pendant la grossesse**

Plus de la moitié (75,3%) des gestantes ont pu citer au moins un signe de danger. Le signe de danger le plus connu par les femmes était les douleurs abdominales (47,7%). L'étude de Sagara. J. a montré que les signes de danger étaient connus par 8,3% de belles-filles, et le signe de danger le plus connu était la rupture prématurée des membranes avec 50%. [17]

➤ **La connaissance sur la préparation de l'accouchement**

Plus de la moitié (69%) des gestantes ont pu citer au moins un aspect du plan d'accouchement. L'aspect le plus connu était la trousse pour la mère et le nouveau-né avec (97,2%). Sagara J. a trouvé (30,3%) des belles-filles qui ont connu le plan d'accouchement, l'aspect le plus connu était le même la trousse pour la mère et le nouveau-né avec (74%). [17]

➤ **Sources d'information sur la CPN**

Plus de la moitié (61%) des gestantes disposaient des informations sur la CPN à travers les agents de santé. L'étude CAP réalisée au Bénin a montré que 91,1% des mères disposaient des informations en matière de santé grâce à l'action des agents socio-sanitaires. [18]

## **Attitudes et pratiques des gestantes**

➤ **la décision de faire la CPN**

La décision de faire la CPN était à 61% prise par des gestantes. L'étude réalisée à Tenkodogo a montré que la décision de consulter les services prénatals était à 76% prise par les conjoints suivis des femmes elles-mêmes à 37%. [22]

➤ **Suivi des grossesses précédentes**

La majorité (75,5%) des gestantes ont réalisé des CPN au cours des grossesses précédentes. Ce résultat est supérieur à ce de l'enquête CAP 2002(Bénin) avec un taux de 75%. [18]

➤ **Les raisons du non suivi de la grossesse précédente**

Parmi des gestantes qui n'ont pas réalisé de CPN au cours des grossesses antérieures, 4% ont évoqué « grossesse avortée avant la période de la CPN » comme les raisons du non suivi. L'étude de Gbessemehlan A. a montré que l'ignorance a été l'argument majoritairement avancé pour expliquer la non faisabilité des CPN soit 64,9%. [20]

➤ **Recours au centre santé en cas d'aménorrhée**

Une grande majorité (80,8%) des gestantes ont pris la décision de consulter au centre de santé après constatation de l'aménorrhée. Ce résultat est supérieur à celui de L'enquête réalisée à Abobo-Sud qui n'a trouvé que 54,7% [23].



➤ **les raisons du non recours au centre en cas d'aménorrhée**

Parmi des gestantes qui n'ont pas consulté en cas d'aménorrhée, 35,6% ont cité comme raison « la CPN doit être commencée à 3mois ». L'étude réalisée à Tenkodogo a montré que les raisons les plus citées par les enquêtées sont respectivement 26% pour le mauvais accueil, 20,86% pour la méconnaissance de l'âge de la grossesse et méconnaissance du calendrier de CPN. [22]

➤ **Nombre de visite**

Moins de la moitié des gestantes (45,5%) ont fait 2-3 visites, ce résultat est supérieur à celui de l'EDSV qui est de 28%. [24]

➤ **la réalisation de la vaccination antitétanique**

Une majorité des femmes (89,8%), ont reçu le vaccin antitétanique. L'EDSV a trouvé que 37% des femmes ont reçu, au moins deux doses de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. [24]

➤ **Nombre de Dose de la vaccination antitétanique**

On constate que seulement 8,7% des gestantes étaient protégées contre le tétanos. L'EDSV a trouvé 47% des femmes qui ont été protégées contre le tétanos. [24]

➤ **Répartition des gestantes enquêtées selon la prescription des médicaments**

Toutes les gestantes ont reçu une prescription médicale. Ce résultat est le même que Kanté.Y a trouvé. [25]

➤ **Supplémentation martiale**

La quasi-totalité des gestantes (99,1%) prenaient le FAF. L'EDSV a trouvé que 68% des femmes ont pris du fer. [24]

➤ **posologie du Fer/Acide Folique par jour**

Une grande majorité (98,5%) des gestantes prenaient 1cp de FAF / jour. L'enquête du Bénin a trouvé seulement 3% des femmes qui ont pris la quantité de fer nécessaire à savoir une prise de comprimé de fer par jour pendant 6 mois soit 180 comprimés. [18]

➤ **Examens complémentaires donnés**

Presque toutes les gestantes, 99,4% ont bénéficié des examens complémentaires. Ce taux est supérieur à celui de Fomba S. qui a trouvé 96,6%. [26]

➤ **La réalisation des examens complémentaires donnés**

Parmi les gestantes 82,4% ont réalisé des examens complémentaires donnés. Ce résultat est supérieur à celui de Nelly. A. qui a trouvé 70,85%. [20]

➤ **Les types des examens complémentaires honorés**

La majorité (80,3%) des gestantes ont fait l'albumine dans les urines.

Une enquête réalisée sur la CPN en 2000 a montré que les examens les plus fréquemment effectués ont été le groupage sanguin, le BW, et le test d'EMMEL avec 52,1%. [27]

➤ **Recours du centre en cas de pathologie sur grossesse**

Toutes les gestantes ont confirmé qu'elles consultent au centre de santé en cas de pathologie sur grossesse. Ce résultat est supérieur à celui de l'enquête réalisée à Abobo-Sud qui a trouvé seulement 21,1% des cas. [23]

➤ **Recours au PF avant la grossesse actuelle**

Notre étude a montré que seulement 44% des gestantes avaient recours à une méthode du PF avant la grossesse. L'étude réalisée en Côte d'Ivoire a trouvé que 21,7% avaient eu recours à la contraception avant la grossesse et 24,8% affirmaient ne l'avoir pas désirée. [23]

➤ **Méthode utilisée du PF**

Notre étude a montré que 83,4% utilisaient la méthode moderne du PF. Une enquête CAP réalisée au Bénin a trouvé que le taux d'utilisation des méthodes modernes était de 10,7%. [18] La différence est due au fait que cette étude portait sur l'ensemble des femmes.

## **VIII. CONCLUSION :**

Au terme de notre étude il est certain que les gestantes possèdent certes des connaissances et elles observent des pratiques mais jusqu'ici jugées insuffisantes. Nous avons néanmoins relevé des aspects positifs et des aspects négatifs.

Nous avons noté et avec satisfaction que :

- La majorité des gestantes a été scolarisée avec une proportion de 58,1% (niveau primaire (15%); niveau second cycle (22%) et niveau supérieur (21,1%) ;
- La période de la première consultation a été connue par 78,9% des gestantes ;
- Le nombre recommandé par l’OMS de CPN a été connue seulement par 12,4% des gestantes ;
- Moins de la majorité (31,9%) des gestantes ont connu les avantages de la vaccination antitétanique ;
- Plus de la moitié (64,1%) des gestantes ont connu le rôle du FAF ;
- Le MII était le plus connu avec 91% par les gestantes comme mesures de protection contre le paludisme ;
- La plupart (52,6%) des gestantes n’ont pas connu pas les avantages du traitement préventif intermittent;
- La majorité (75,3%) des gestantes ont pu citer au moins un signe de danger pendant la grossesse ;
- Plus de la moitié (69%) des gestantes ont pu citer au moins un aspect du plan d’accouchement ;
- La majorité de ces femmes ont réalisé la CPN à 75,5% alors leurs grossesses précédentes ;
- Une grande majorité (80,8%) des gestantes ont fait recours au centre de santé en cas d’aménorrhée ;
- Une majorité des gestantes (89,8%), ont reçu le vaccin antitétanique et seulement 8,7% sont protégées contre le tétanos ;
- La quasi-totalité des gestantes (99,1%) ont pris le FAF
- Une grande majorité (82,4%) des ont réalisé des examens complémentaires donnés ;

Suite donc à ceci, nous pouvons conclure que les femmes enceintes ont des connaissances et des pratiques qui sont insuffisantes en CPN, il devient ainsi indispensable de mener une action générale pour les éduquer et consolider les acquis. Pour y parvenir, nous avons formulé quelques suggestions.

## **IX. RECOMMANDATIONS**

### **Aux autorités sanitaires**

- Renforcer les campagnes de communication pour le changement de comportement en matière de CPN recentrées.
- Elaborer des messages d'éducation pour la santé, axés sur l'importance de la précocité de la première CPN, ciblant particulièrement les femmes d'âge à risque ;
- Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel responsable des consultations prénatales recentrées.
- Organiser des supervisions en CPN.

### **Aux prestataires qui s'occupent de la CPN recentrée**

- Informer et sensibiliser les femmes sur l'importance de la consultation prénatale, de la CPN1 précoce, des accouchements dans les services de santé, de la vaccination antitétanique, de la planification familiale, des examens et bilans prénatals ;
- Informer et sensibiliser les populations sur l'inconvénient de ne pas faire la CPN.
- Renforcer la communication interpersonnelle.
- Respecter les normes et procédures en santé de reproduction.

### **Aux populations**

- Se présenter pour les CPN dès le début de la grossesse ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.

## X. REFERENCES :

1. **Organisation Mondiale de la Santé. Genève .Réduire la mortalité maternelle : Déclaration commune : OMS : FNUAP : UNICEF : Banque Mondiale, Edition de 1999 : page 1**
2. **OMS ; mortalité maternelle, centre des medias, aide-mémoire n°348. Mai 2012 :[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr) consulté le 16/03/2013**
3. **DNSI-CPS: Enquête Démographique et de Santé (EDSM IV) du Mali 2006 Pages : 27, 66, 114, 199**
4. **Organisation Mondiale de la Santé Bureau Régional de L’afrique : Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néo-natale en Afrique : Brazzaville 2004. Page 1**
5. **Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque. Genève : OMS; 1996 Page 10, 13.**
6. **Organisation Mondiale de la santé : OMD5 Améliorer la santé maternelle :[www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/fr](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/fr) : consulté le 18/02/2013**
7. **Santé maternelle en Afrique francophone - Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. [www.em-consulte.com/article/114377](http://www.em-consulte.com/article/114377); consulté le 16/03/2013**
8. **World Health Organization: OMD But 5: Améliorer la santé maternelle,2010.[www.who.int/profiles\\_information/index.php/fr](http://www.who.int/profiles_information/index.php/fr) consulté le 20/03/2013**
9. **OMS, Fonds des Nations Unies pour l’enfance : Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle, nouvelle méthodologie OMS/Unicef. WHO/FRH/MSM/96.11 Genève, OMS, Avril 1996 page 5**
10. **DNSI-CPS/MSSPA : Enquête démographique et de santé (EDS III) Mali. Janvier à mai 2001 Page 186**
11. **Haute Autorité de Santé de la France : Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé. [www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_collège\\_has\\_horizon.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_collège_has_horizon.pdf) consulté le 10/04/2014**

- 12. OMS, Unicef, UNFPA :** Mortalité maternelle en 2005: Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Page 4, 5
- 13. Merger R, Levy J, Melchior J :** Précis d'obstétrique. 6<sup>ème</sup> éd, Paris Masson .1995 . Etude clinique de la grossesse normale 1995
- 14. Haute autorité de santé (HAS).** Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour les professionnels de santé. Ministère de la santé, Bamako Avril 2005
- 15. Organisation Mondiale de la Santé :** Rapport sur la société dans le monde, donnons la chance à chaque mère et chaque enfant. Edition de 2005. Page 261
- 16. Unicef : La Situation Des Enfants Dans Le Monde :** La santé maternelle et néonatale. Edition 2009.page 3
- 17. Sagara J:** CPN Recentrée : connaissances, attitudes et pratiques dans la communauté de Dio-gare - Kati. Thèse médecine, Bamako 2010.N°594 page 35, 38, 47
- 18. Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de Santé Familiale (Bénin) Rapport Final** Juillet 2003 Pages : 15, 33, 34, 35.
- 19. Maïga A:** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de référence de la commune I du district de Bamako : thèse de médecine 2008 N°216 Page 36, 37.
- 20. Gbessemehlan A :** Evaluation des connaissances et attitudes des femmes vis -à -vis des soins prénatals dans la commune II du district de Bamako: cas du quartier de Médina-coura : thèse de médecine 2011 N°315 Pages: 35, 37, 39.
- 21. Kamaté P :** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de Koutiala : thèse de médecine 2007 N°88 Page: 46
- 22. Bakouan E:** déterminante de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo, thèse de médecine Burkina-Faso 2011.
- 23. Santé tropicale. COM** LE guide de médecine et de santé tropicale ; Descriptions des connaissances attitudes et pratiques des mères face à la grossesse à la formation sanitaire urbaine: Abobo-sud Abidjan. Côte d'Ivoire
- 24. CPS-DNSI:** Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) Mali 2012-2013

- 25. Kanté Y :** Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Toure à propos de 200 cas thèse de médecine 2008 N°39 Page 55
- 26. Fomba S :** Qualité de la consultation prénatale et de l'accouchement au centre de santé Miproma de Magnambougou en commune VI du District de Bamako. Thèse de médecine 2002-2003 ; N°64
- 27. Sacko M : Les dernières consultations prénatales dans le district de Bamako :** Analyse critique des procédures, des résultats et perspectives d'amélioration en 1997 page 3

## GUIDE D'ENTRETIEN

### A. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

- Q1. Age /\_\_/  
Q2. Ethnie /\_\_/  
1= Bambara 2 = Malinké 3= Soninké  
4= Sonrhäi 5= dogon 6= Peulh 7= Bozo 8= Autres à préciser .....
- Q3. Lieu de résidence /\_\_/  
1=Sogoninko, 2=Banakabougou, 3=Magnambougou, 4=Faladié, 5=Niamakoro, 6=Dianeguella, 7=Sokorodji, 8=Missabougou, 9=Senou, 10=Yirimadio, 11= autre à préciser
- Q4. Statut matrimonial /\_\_/  
1=mariée 2=Célibataire 3=Veuve 4=Divorcée
- Q5. Niveau d'instruction /\_\_/  
1= sans instruction ; 2= alphabète ; 3= Primaire; 4= Second cycle; 5= Supérieur; 6= autre
- Q6. Profession /\_\_/  
1= Ménagère ; 2= vendeuse ; 3= fonctionnaire ; 4=Commerçant ; 5=Employé  
6= autres
- Q7.Distance du domicile au centre de santé  
Loin /\_\_/  
Proche /\_\_/
- Q8. Profession du conjoint /\_\_/  
1=ouvrier 2= fonctionnaire ; 4=Commerçant ; 5=Employé ; 6=autres
- Profil obstétrical :
- Q9. Gestité /\_\_/  
Q10. Parité /\_\_/  
Q11. Age de la grossesse  
Age /\_\_/  
Ne sait pas /\_\_/

### B. CONNAISSANCES DES GESTANTES :

- Q12. Quels sont les avantages de la CPN ?
- Surveiller l'évolution de la grossesse /\_\_/
  - Recherche et le traitement des maladies (syphilis, l'éclampsie .....) /\_\_/
  - Dépistage des grossesses à risque /\_\_/
  - Prévention du paludisme par TPI et MIILD; /\_\_/
  - Prévention du tétanos par la vaccination anti-tétanique /\_\_/
  - Prévention de l'anémie /\_\_/
  - Indentification signes de danger de la grossesse; /\_\_/
  - Prise en charge des pathologies /\_\_/
  - Dépistage du VIH et PTME /\_\_/
  - Education de la femme /\_\_/
  - Préparation de l'accouchement /
  - Autres à préciser.....



Q13. Comment vous avez su que vous êtes enceinte ?

- Aménorrhée /\_\_\_/
- Agent de santé /\_\_\_/
- Autres à préciser.....

Q14. Après avoir su être en grossesse, à quel moment une femme doit se rendre chez un agent de santé (médecin, infirmier, sage-femme) pour la première consultation ?

- Dès aménorrhée /\_\_\_/
- 1 mois /\_\_\_/
- 2 mois /\_\_\_/
- 3 mois /\_\_\_/
- 4 à 5mois /\_\_\_/
- 6 à 7 mois /\_\_\_/
- 8 à 9 mois /\_\_\_/
- Aucun besoin de voir l'agent de santé /\_\_\_/
- Ne sait pas /\_\_\_/

Q15. Selon vous, combien de CPN une femme enceinte doit faire au cours de sa grossesse?

Le nombre /\_\_\_\_\_/

Ne sait pas /\_\_\_/

Q16. Quels sont les avantages d'être régulier aux visites de CPN?

(inscrire les réponses ici)

Q17. Quelles sont les maladies que l'on peut prévenir lors de la CPN chez les femmes enceintes?

- Paludisme /\_\_\_/
- Tétanos /\_\_\_/
- Anémie /\_\_\_/
- IST/VIH/SIDA /\_\_\_/
- Autres à préciser.....
- Ne sait pas /\_\_\_/

Q18. Pouvez-vous dire la raison principale pour laquelle une femme enceinte a besoin d'être vaccinée contre le tétanos ?

- Pour protéger la femme et le nouveau-né contre le tétanos /\_\_\_/
- Pour protéger seulement la femme contre le tétanos /\_\_\_/
- Pour protéger seulement le nouveau-né contre le tétanos /\_\_\_/
- Autres .....
- Ne sait pas /\_\_\_/

Q19. De combien de vaccinations une femme enceinte a besoin pour protéger le nouveau-né contre le tétanos ?

- Une /\_\_\_/
- Deux /\_\_\_/
- Plus de deux /\_\_\_/
- Aucune /\_\_\_/
- Ne sait pas /\_\_\_/

Q20. Quels sont les avantages du fer acide folique

- Protéger la femme et le nouveau-né contre l'anémie /\_\_/
- Protéger seulement la femme contre l'anémie /\_\_/
- Protéger seulement le nouveau-né contre l'anémie /\_\_/
- Autres .....
- Ne sait pas /\_\_/

Q21. Quelles les mesures de protection contre le paludisme ?

- Moustiquaire Imprégnée /\_\_/
- Grillage à la porte fenêtre /\_\_/
- Pulvérisation intra domiciliaire /\_\_/
- Spray anti moustiques /\_\_/
- Désherbage /\_\_/
- Autres.....
- Ne sait pas /\_\_/

Q22. Pouvez-vous dire la raison principale pour laquelle une femme enceinte a besoin de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP)?

- Pour protéger la femme et le nouveau-né contre le paludisme /\_\_/
- Pour protéger seulement la femme contre le paludisme /\_\_/
- Pour protéger seulement le nouveau-né contre le paludisme /\_\_/
- Autres .....

Ne sait pas /\_\_/

Q23. Quelles sont les mesures d'hygiène alimentaire pendant la grossesse ?

- Consommation des œufs /\_\_/
- Boire du lait /\_\_/
- Manger du poisson /\_\_/
- Manger de la viande /\_\_/
- Consommation des feuilles vertes /\_\_/
- Autres à préciser.....

Q24. Quelles sont les mesures d'hygiène corporelle ?

- bain au moins deux fois par jour /\_\_/
- hygiène quotidienne de la bouche /\_\_/
- L'entretien des seins /\_\_/

Q25. Quelles sont les mesures d'hygiène de vie ?

- Repos /\_\_/
- Dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide /\_\_/
- Eviter les excitants /\_\_/
- Autres à préciser.....

Q26. Quelles sont les mesures d'hygiène vestimentaire ?

- Le port des habits amples (robes, boubous...) /\_\_/
- le port d'un soutien gorge avec bretelle /\_\_/

- éviter de porter des chaussures à haut talon /\_\_\_/

Autres à préciser.....

Q27. Quels sont selon vous les signes de danger pendant la grossesse?

- saignements vaginaux, /\_\_\_/
- respiration difficile, /\_\_\_/
- fièvre, /\_\_\_/
- douleurs abdominales graves, /\_\_\_/
- maux de tête prononcés/vision trouble, /\_\_\_/
- convulsions / perte de connaissance /\_\_\_/
- douleur de l'accouchement avant la 37ème semaine /\_\_\_/
- rupture prématurée des membranes /\_\_\_/

Q28. Selon vous la prise des médicaments sans prescription médicale a-t-elle des inconvénients pour la femme ?

- 1=oui 2=non /\_\_\_/

Q29. Si oui lesquelles.....

Q30. Selon vous des rapports sexuels doivent être fait pendant la grossesse?

- 1=oui 2=non /\_\_\_/

Q31. Si non pourquoi ?.....

Q32. Quels sont les inconvénients de ne pas faire la CPN ? /\_\_\_/

(Inscrire les réponses ici) .....

Q31. Vous a-t-on parlé de préparation de l'accouchement ?

- 1=oui 2=non /\_\_\_/

Q32. si oui comment prépare-t-on l'accouchement ?

- Transport /\_\_\_/
- Trousse pour la mère et le nouveau-né /\_\_\_/
- Accompagnante /\_\_\_/
- Lieu d'accouchement /\_\_\_/
- Aspects financiers /\_\_\_/
- Personnes assurant l'intérim au domicile de la femme en son absence/\_\_\_/

Autres aspects à préciser.....

Q33. Qui décide pour vous d'aller en CPN dans votre famille?

1=elle-même ? 2=mari ? 3=belle-mère ? 4=autres à préciser ? /\_\_/

Q34. Quelles sont vos sources d'informations sur la CPN ? /\_\_/

1= radio 2= télévision 3=agent de santé 4=les proches 5=autres à préciser

### C. ATTITUDES ET PRATIQUES DES GESTANTES

Q35. Toutes vos grossesses précédentes ont-elles été suivies ?

1=oui 2=non /\_\_/

Q40 Si non précisez les raisons .....

Q36. Etes- vous allé au centre de santé dès que vous avez su que vous êtes en d'aménorrhée ?

1=oui 2=non

Q37. Si non précisez les raisons?.....

Q41. Quel est nombre de CPN que vous avez eu à faire

(Regarder le carnet de santé maternelle et noter le nombre de CPN )

- Une /\_\_/

- Deux ou plus /\_ /.....nombre /\_\_/

- Aucune /\_\_/

Q42. Quel est le nombre de vaccination contre le tétanos que vous avez reçu ?

(Regarder le carnet de santé maternelle et noter le nombre de vaccination contre le tétanos dans l'espace)

- Une /\_\_/

- Deux ou plus /\_ /.....nombre /\_\_/

- Aucune /\_\_/

Q43. Vous a-t-on prescrit des médicaments?

1 =oui 2=non /\_\_/

Q44. Si oui avez-vous acheté ces médicaments?

1 =oui 2=non /\_\_/

Si non précisez les raisons.....

Regarder le carnet de santé maternelle et noter le nombre de prise de fer

Nombre /\_\_\_\_/

(Regarder le carnet de santé maternelle et noter le nombre de prise de comprimés de SP pendant la grossesse)

Nombre /\_\_\_\_/

Q45 .vous a-t-on donné des analyses

1 =oui 2=non /\_\_/

Q46. Si oui avez-vous fait ces analyses ?

(Regarder le carnet de santé maternelle et cocher les examens honorés)

Albuminurie et glucosurie ? /\_\_/

Groupage (ABO rhésus) ? /\_\_/

Electrophorèse de l'hémoglobine ? /\_\_/

Echographie ? /\_\_/

Taux d'hémoglobine ? /\_\_/

Q. Consultez-vous au centre de santé en cas de pathologie sur grossesse

1=oui 2=non

Q38. Que faite vous pour espacer les naissances ?

Abstinence /\_\_/

Méthodes traditionnelles /\_\_/

Méthodes modernes /\_\_/

Rien /\_\_/

Ne sait pas /\_\_/

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** COULIBALY

**Prénoms :** Djeneba

**Titre de la thèse :** Connaissances et attitudes et pratique des gestantes face aux CPN au CSRef de commune VI district de Bamako

**Année de soutenance :** 2013-2014

**Ville de soutenance :** Bamako (République du MALI)

**Pays d'origine :** MALI

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** Santé Publique Gynéco-Obstétrique.

### - **RESUME :**

La santé de la mère et de l'enfant est l'une des préoccupations majeures de santé publique partout dans le monde. L'éducation sanitaire, et l'amélioration des connaissances des mères en rapport avec leur santé est une stratégie de choix adoptée dans plusieurs pays pour améliorer la santé maternelle et infantile. C'est dans ce cadre que s'inscrit ce travail qui vise à évaluer les connaissances et attitudes et pratique des femmes en matière de soins prénatals. Une enquête transversale descriptive a été menée auprès de 323 femmes enceintes. Cette étude s'est déroulée au centre de santé référence de la Commune VI du District de Bamako durant la période du 18 Novembre 2013 au 13 Février 2014. L'enquête est basée sur un questionnaire qui explore, outre les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances et attitudes et pratiques des gestantes face aux CPN. La majorité des femmes soit 78,9 % connaissaient la période de la première consultation. Seulement 12,4% des gestantes connaissaient le nombre recommandé par l'OMS de CPN ; Moins de la majorité (31,9) des gestantes connaissaient les avantages de la vaccination antitétanique. La majorité (75,3%) des gestantes connaissaient au moins un signe de danger pendant la grossesse. La majorité des gestantes (89,8%), ont reçu le vaccin antitétanique. Une grande majorité (82,4%) des gestantes ont réalisé des examens complémentaires donnés.

- **Mots clés :** Grossesse, Connaissances, attitudes, pratiques et consultation prénatale.

-

## ***Serment d'Hippocrate***

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

***Je le jure !***