

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO.

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année universitaire 2020-2021

N°/.... . /

TITRE DU MEMOIRE

THEME :

**CONNAISSANCES ET ATTITUDES PRATIQUES DES COUPLES
FACE AUX SIGNES DE DANGER CHEZ LA FEMME ENCEINTE
DANS LA COMMUNE URBAINE DE SOTUBA.**

Présenté et soutenu publiquement le 06 /12/2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : Dr Assitan Bintou SAMABALY

**Pour obtenir le Diplôme d'Etudes spécialisées de Médecine de
Famille/Médecine Communautaire (D.E.S)**

JURY

Président : Pr Tioukani THERA

Membre : Dr Mamadou Bayo COULIBALY

Co-directeur : Dr Inhissa Ben BENGALY

Directeur : Pr Fatoumata DICKO TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce présent travail

A Allah, le tout puissant, le miséricordieux,

Je te rends grâce pour les bienfaits dont tu m'as comblé jusqu'à présent et je te prie de m'en accorder de nouvelles qui correspondent aux besoins de mon évolution.

Me voici à la croisée des chemins, c'est par ta volonté que tout se dessine et se réalise ; puisse la conscience cosmique continuer à m'inspirer afin que je sois le digne instrument de tes desseins.

Amin !

A mes parents

Dioncouda SAMABALY et Djeneba DIAOUNE

Je ne saurai vous dissocier ni dans mes pensées, ni dans mon cœur. Nous n'ignorons rien des sacrifices que vous avez faits pour nous assurer par la grâce d'Allah une bonne éducation. Vous nous avez inculqué l'amour du prochain, le sens du travail, de la responsabilité, et du goût de la réussite. Quel que soit l'intensité, la régularité et la durabilité de nos soutiens, nous ne pourrions jamais vous rendre la monnaie.

C'est pourquoi aujourd'hui ce travail vous revient dans toute son intégralité. Je vous dédie mes très chers parents ce modeste présent, fruit de vos prières, de votre soutien sans faille, de vos sacrifices et de vos encouragements.

Qu'Allah (SWT) vous accorde longue vie et bonne santé. Veuillez agréer mon éternelle reconnaissance et ma profonde admiration.

A mes sœurs et frères : Attou, Papa, Salim, Adam, Barou, Hhinda, Djibril et Neissa

Entre nous les mots n'ont pas leur place. Je souhaite simplement qu'Allah nous accorde longue vie et une bonne santé pour que nous puissions cheminer ensemble sur la route du destin avec Amour, Honnêteté, Sincérité, Respect mutuel, Dignité, Loyauté, Solidarité comme nous l'ont enseigné nos parents.

A mes tantes et mes oncles :

Pour vos prières et encouragements sans cesse.

A mon cher mari : Almainoune MAIGA

Tu as été et tu es pour moi une personne ressource, confident et un partenaire sincère, mon admiration pour toi ne cesse de grandir. Je te remercie pour la sympathie et les marques d'attention que tu portes à mon égard, cela me va droit au cœur. Que Dieu Le Tout puissant te Comble des bienfaits et Renforce d'avantage les liens qui nous unissent.

A mes enfants Nana Oumou, Mohamed Salia et Djeneba, Almeimoune, Fatoumata, Woury, Seydina Ali que Dieu vous Donne une longue vie et vous éclaire votre chemin.

A ma regrettée grand-mère Kadia KONE, tu as été grand soutien dans ma vie. Merci pour l'éducation reçue de ta part dors en paix mon amie de tous les temps.

REMERCIEMENTS

Au terme de cette étude, il m'est particulièrement agréable d'exprimer ma reconnaissance et mes vifs remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à sa réalisation.

A mes maîtres formateurs : Dr Mamadou Bayo COULIBALY, Dr Mamadou TOGO, Dr Idrissa Massa SIDIBÉ, Dr Souleymane SIDIBÉ, Dr GOÏTA, Dr Inhissa Ben BENGALY.

Vous avez été plus qu'un maître pour nous.

Trouvez en ce document le fruit de vos propres efforts.

A notre maître Pr Mahamane MAÏGA pour votre appui à travers les projets DECLIC et CLEFS

A mes cousins (es) et amis (es) : Dr aissata KEITA, Dr Intimbye TEMBINE, Dr Fatoumata SISSOUMA, Dr Raky MBAYE, Dr Seybou CISSE pour leur soutien et la confiance qu'ils ont placée en moi.

A mes Amis de la faculté et camarade de promotion : Dr Ibrahim Hassan, Dr Boubacar B DEMBELE, Dr Intimbye TEMBINE, Dr Boubacar BORE, Dr Zoumana SANOGO, Dr Ibrahim H SIDIBE, Dr Djénéba KANAKOMO, Dr Drissa BERTHE, pour leur aide et pour leur collaboration.

Au personnel du CSCOM de Sotuba pour leur disponibilité, leur soutien, et leurs précieux conseils.

Aux membres du bureau ASACO de Sotuba

Enfin, je reformule mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail et qui sont si nombreux pour que j'en fasse une liste nominative.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur THERA Tioukani

- **Chef de Service de Gynécologie Obstétrique au CHU du Point G**
- **Maître de conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique**
- Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie Obstétrique :
Université Claude Bernard Lyon (France)
- Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la stérilité -Université
Paris IX(France)
- Diplôme d'Etude universitaire d'échographie Gynécologique et
Obstétricale-université Paris IX(France)
- Diplôme Européen d'Endoscopie opératoire en Gynécologie : : Université
d'Auvergne, Clermont Ferrant (France)
- Diplôme d'Etude universitaire en Colposcopie et pathologie cervico-
vaginales Angers (France)
- Président de la commission médicale d'établissements du CHU du Pt G

Cher maître ;

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable Veuillez trouver ici cher maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Docteur Mamadou Bayo COULIBALY

- Spécialiste en médecine de famille et médecine communautaire ;
- Directeur Technique du CSCom U de Konobougou ;
- Chargé d'encadrement clinique du DES de médecine de famille et médecine communautaire
- Membre du comité éditorial de Jaccr Community Health.

Cher maître,

Vous nous avez toujours consacré le temps nécessaire pour mener à bien ce travail. Nous sommes émerveillés par votre goût pour la recherche, votre dynamisme, votre simplicité qui font de vous un modèle incontesté pour la jeune génération. C'est un grand honneur pour nous d'être comptés parmi vos élèves. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos remerciements les plus respectueux.

• **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE :**

Dr Inhissa ben BENGALY

- Spécialiste en Médecine de Famille, Médecine Communautaire ;
- Médecin Directeur Technique au Centre de Santé communautaire universitaire (CSCOM U) de Koniakary ;
- Médecin de la fédération Malienne de TAÏKONDO ;
- Ancien Président du comité universitaire pour la coordination des arts martiaux.

Cher maître

La chance que vous nous ayez donnée, en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail, nous a permis de découvrir en vous un homme dont la simplicité, l'humilité, la générosité et la disponibilité forcent l'admiration. Vos connaissances immenses et surtout votre maîtrise parfaite en la matière font de vous un formateur apprécié et désiré.

Nous voudrions témoigner ici, devant tout ce monde réuni, toute notre fierté et notre satisfaction d'avoir appris à vos côtés.

Soyez rassuré cher maitre, de notre attachement et de notre profonde reconnaissance. **Qu'ALLAH vous protège.**

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE MEMOIRE :**Professeur Fatoumata DICKO**

- Professeur Titulaire de Pédiatrie de la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie ;
- Coordinatrice du DES de médecine de famille et médecine communautaire ;
- Chef de service de néonatalogie au CHU Gabriel ;
- Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAP) ;
- Secrétaire générale de l'Association des Pédiatries d'Afrique Noire Francophone (APANF) ;
- Membre du collège Ouest Africain des médecins.

Cher maître ,

Vous nous faites l'insigne honneur de présider ce jury malgré vos occupations professionnelles.

Votre disponibilité constante et votre rigueur scientifique nous ont toujours fasciné et font de vous un maître admiré de tous.

Veillez trouver ici cher Maître l'expression de nos sentiments respectueux.

**LISTE
DES
ABBREVIATIONS**

Liste des abréviations

ACI : Agence de Cessions Immobilières

AS : Aide-Soignant

AEG : Altération de l'état général

ASACOS : Association de Santé Communautaire de Sotuba

CPN : Consultation Pré Natale

CPON : Consultation Post Natale

DES : Diplôme d'Etude Supérieur

DTC : Directeur Technique du Centre

EDSM : Enquête Démographique et de la Santé Mali

IO : Infirmière Obstétricienne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

SIS : Système d'Information sanitaire

TS : Technicien de Santé

TSS : Technicien Supérieur de Santé

RGPH : Renseignement Général de la Population et de l'Habitat.

SF : Sage-Femme

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

USTTB : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako.

P : Probabilité

n : Effectif

% : Pourcentage

LISTE DES FIGURES

LA LISTE DES GRAPHIQUES :

Figure 1 : Répartition des couples enquêtés selon le statut matrimonial

Figure 2 : Répartition des participants selon les tranches d'âge par sexe

Figure 3 : Répartition des participants selon le niveau d'instruction par sexe

Figure 4 : Répartition des participants selon la profession

Figure 5 : Répartition des participants selon le nombre des signes cités comme danger chez la femme enceinte

Figure 6 : Répartition des femmes ayant vécu un signe de danger au cours de la grossesse

LISTE DES TABLEAUX

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition du personnel du CSCCom.

Tableau II : Répartition du couple à enquêter par quartier.

Tableau III : Répartition des couples enquêtés selon la résidence dans l'aire de santé de Sotuba

Tableau IV : Répartition des couples enquêtés selon la durée de résidence dans l'aire de santé Sotuba

Tableau V : Répartition des femmes selon la parité

Tableau VI : Répartition des femmes selon les antécédents d'avortement

Tableau VII : Répartition des femmes selon le nombre de CPN effectué lors de la grossesse dernière

Tableau VIII : Répartition des hommes selon leur habitude d'accompagner en CPN et la profession

Tableau IX : Répartition des hommes selon leur habitude d'accompagner en CPN et le niveau d'étude

Tableau X : Répartition des hommes selon l'habitude d'accompagner en CPN et le niveau d'étude

Tableau XI : Répartition des hommes selon l'habitude d'accompagner en CPN et les tranches d'âge

Tableau XII : Répartition des participants selon les proportions des signes cités comme dangers chez la femme enceinte

Tableau XIII : Répartition des femmes selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger au cours de la grossesse et la parité

Tableau XIV : Répartition des participants selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte et par résidence

Tableau XV : Répartition des participants selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte et la durée de résidence dans l'aire de santé de Sotuba

Tableau XVI : Répartition des participants selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte par tranche d'âge

Tableau XVII : Répartition des participants selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte et le niveau d'étude

Tableau XVIII : Répartition des hommes selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte et l'habitude d'accompagner les femmes en CPN

Tableau XIX : Répartition des hommes répondant avoir été informés de danger au cours de la grossesse de la conjointe

Tableau XX : Répartition des participants selon le recours au centre de santé dans les situations de pendant la grossesse

Tableau XXI : Répartition des participants selon le recours au centre de santé dans les situations de pendant la grossesse

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Contexte et justification	2
2. Hypothèses de recherche.....	3
3. Objectifs	3
4. Méthodologie	4
4.1. Cadre d'étude.....	4
4.2. Période d'étude	6
4.3. Type d'étude	6
4.4. Population d'étude	6
4.5. Considérations éthiques.....	8
4.6. Collecte, Saisie et analyse des données.....	8
5. Résultats	10
5.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	10
5.2. Profil socio-démographique des hommes selon l'habitude d'accompagner les femmes enceintes en CPN	15
5.3. Signes de dangers	18
6. Commentaires et discussions	29
6.1. Limites et contraintes.....	29
6.2. Caractéristiques socio-démographiques	29
6.3. Antécédents obstétricaux des femmes enquêtées	30
6.4. Profil sociodémographique des hommes qui accompagnent les femmes enceintes en CPN	31
6.5. Connaissance de signes de dangers	31
6.6. Attitude devant un signe de danger	34
6.7. Source d'information	34
Conclusion.....	36
Recommandations	37
Références	38
FICHE signalétique	40
Fiche d'enquête	42

Introduction

La mortalité maternelle demeure un problème de santé publique surtout dans les pays en voie de développement. Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est de 230 pour 100 000 naissances vivantes contre 16 pour 100 000 dans les pays développés [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'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [2]. Au Mali selon l'Enquête Démographique et de Santé VI (EDS VI), la mortalité néonatale est passée de 54 à 33 pour 1000 naissances vivantes de 2012 à 2018 et la mortalité maternelle de 368 à 325 pour 100 000 naissances vivantes de 2012 à 2018 selon la même enquête [3].

La connaissance des signes de danger de la grossesse par les couples est un moyen efficace pour la réduction des risques de mortalité maternelle. Pour pouvoir réduire dans une mesure importante et durable le risque que court une femme de mourir lorsqu'elle tombe en enceinte, il est souhaitable que les soins maternels soient effectifs au niveau du premier échelon de la pyramide sanitaire (premier niveau de contact avec la communauté) et doivent être appuyés aussi par un programme d'éducation publique [4].

Il est essentiel de faire comprendre à la communauté de réagir rapidement devant les signes de danger afin de mettre en place un système efficace de transport d'urgence qui aura un effet positif sur la santé maternelle et infantile pour une réduction du taux de mortalité maternelle et infantile.

1. Contexte et justification

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Cependant la mortalité maternelle suite aux complications de la grossesse est un problème de santé publique dans les pays en voie de développement [1 ; 2]. L'un des moyens efficaces pour la réduction de ce taux élevé est la connaissance des signes de danger par les femmes enceintes et les conjoints.

La connaissance des signes de danger de la grossesse par les femmes enceintes elles-mêmes et leurs conjoints permettra d'identifier précocement d'éventuelles complications afin d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte.

L'information délivrée au couple par les professionnels de santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales aura une incidence significative sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant qui va naître [5]. Les hommes jouent souvent un rôle important en décidant le moment et la structure de santé pour leurs femmes et leurs enfants [6]. L'attitude positive des hommes et leur présence aux consultations prénatales (CPN) peuvent conduire les conjointes à l'utilisation des services de soins durant sa grossesse [7]. Le rôle des hommes est souvent négligé en face de la responsabilité des femmes dans les services de santé sexuelle et reproductive [8].

Plusieurs pays ont saisi l'intérêt de cibler davantage les hommes lors des actions d'éducation et d'information autour des signes de complications de la grossesse [9]. Les facteurs liés au mari tels que le niveau d'instruction ou le niveau de connaissances des signes de risques de la grossesse sont associés à l'utilisation des soins prénatals de la femme [10, 11].

La compréhension de la pensée et les comportements des couples sont essentiels pour mieux viser les actions à entreprendre dans le cadre de la promotion de la

santé maternelle et reproductive. Les études dans lesquelles la parole est donnée aux hommes dans ce contexte sont peu nombreuses.

L'objectif de notre étude sera de décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques des couples d'un milieu urbain face aux signes de danger de la grossesse.

2. Hypothèses de recherche

- Très peu de conjoints accompagnent les femmes en CPN donc ne seront pas assez informés des signes de danger pendant la grossesse de leurs femmes.
- La connaissance des signes de danger pendant la grossesse par le couple permettrait d'éviter ainsi le retard de recourir aux soins prénatals.
- Beaucoup de conjoints méconnaissent les signes de danger pendant la grossesse.

3. Objectifs

Objectif général :

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des conjoints face aux signes de danger chez une femme enceinte.

Objectifs spécifiques :

- Etablir le profil socio-démographique des hommes qui accompagnent les femmes enceintes en CPN ;
- Déterminer le niveau de connaissance des couples sur les signes de danger chez la femme enceinte dans l'aire de santé de Sotuba ;
- Préciser les attitudes que le couple doit adopter devant un signe de danger chez la femme enceinte ;
- Etablir les sources d'information sur les signes de danger chez la femme enceinte.

4. Méthodologie

4.1. Cadre d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale. Elle s'est déroulée à Sotuba en commune I du district de Bamako.

4.1.1. Présentation du quartier de Sotuba

Située à l'extrême Est du district de Bamako, Sotuba est le quartier le plus vaste en superficie et moins peuplé des quartiers de la commune I du district de Bamako. Cependant avec le nouveau plan de lotissement et/ou de réhabilitation, Sotuba est un quartier en chantier.

Il est limité à l'Ouest par la commune II, à l'Est par le marigot de Faracoba qui sert de frontière naturelle entre le District de Bamako et la région de Koulikoro, au Nord la voie ferrée et le quartier de Boukassoumbougou et au Sud par le fleuve Niger.

Le quartier de Sotuba comprend cinq (4) secteurs : Sotuba village, Sotuba ACI, Sotuba cité Solidarité et Mali univers.

Les deux tiers (2/3) du quartier sont alimentés en eau potable et en électricité.

Sotuba village étant le secteur principal est composé des cultivateurs, des éleveurs, des pêcheurs et des artisans ayant un revenu très bas, ce qui a amené les autorités coutumières et religieuses à composer avec le DEAP/MRTC de la faculté de la médecine et l'Odonto Stomatologie du POINT-G depuis 1992 et de cette coopération a jailli l'idée de la création d'une Association de Santé Communautaire.

4.1.2. Présentation du CSCom de Sotuba

Créé en 2009, le centre de santé communautaire de Sotuba (ASACOS) est une propriété exclusive de l'association des habitants pour la santé communautaire (ASACOS).

Tableau I : Répartition du personnel du CSCom.

Qualification		Nombre	Sexe	Fonction/Responsabilité	Source de financement
Médecin		1	F	DTC/Coordinateur	Etat
Médecin		1	M	Santé de la Reproduction	Etat
Sage-femme		1	F	SF Maitresse et CPON	Etat
Sage-femme		1	F	PF	Etat
Sage-femme		1	F	Accouchement dans la maternité	Etat
Sage-femme		1	F	PEV	Etat
IO		1	F	Nutrition/Enfants sains	Etat
		1	F	PTME	
Infirmiers	TSS	1	F	Major	Etat
	TS	1	M	SIS	Etat
	TS	1	F	Soins	Etat
	TS	1	M	Soins	ASACOS
AS		1	F	Soins	Etat
Gérant de dépôt de vente	TS	1	M	Pharmacie	Etat
	AS	1	F	Pharmacie	ASACOS
Laboratoire	TSS	1	M	Laborantin	Etat
Manouvre-gardien		1	M	Salubrité et gardiennage	ASACO

4.2.Période d'étude

L'enquête s'est déroulée sur une période de trois (03) mois, allant de mars à mai 2021.

4.3.Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale.

4.4.Population d'étude

La population d'étude était constituée des hommes et femmes en couple dans l'aire de santé de Sotuba. La ville est composée de 5 secteurs. Tous les secteurs étaient représentés.

4.4.1. Critères d'étude

Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient :

- ✓ Vivre dans le ménage sélectionné ;
- ✓ Avoir l'âge de procréer 16 ans et plus pour les femmes et 18 pour les hommes ;
- ✓ Être en couple dans l'aire de santé du CSCom de Sotuba ;
- ✓ Être enceinte ou allaitante pour les femmes ou avoir fait une maternité ;
- ✓ Accepter de participer.

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- ✓ Ne pas être disposé à donner son consentement éclairé ;
- ✓ Couple non résident de l'aire de santé de Sotuba ;
- ✓ Être âgé de moins de 16 ans pour les femmes et moins de 18 ans pour les hommes ;
- ✓ Pas de vie de couple.

4.4.2. Taille de l'échantillonnage

Les femmes en âge de procréer étaient estimées à 371 cas selon SLIS pour une population de 7427 habitants en 2021. La moyenne mensuelle était 31 femmes. Notre étude a porté sur trois mois pour une taille minimale de 93 couples pour un total de 186 participants.

Tableau II : Répartition du couple à enquêter par quartier

Quartier	Cibles
Sotuba village	46
Sotuba ACI	23
Mali univers	8
Cité Solidarité	16
Total	93

4.4.3. Déroulement de l'activité

Le travail s'est déroulé en trois phases :

Première phase : La prise de contact

La première phase consistait à une prise de contact avec les autorités administratives et coutumières pour leurs expliquer l'étude et à la formation des enquêteurs.

deuxième phase : La réalisation de l'enquête et l'analyse des données

La deuxième phase était consacrée à la réalisation de l'enquête proprement dite dans les ménages en soumettant la fiche d'enquête aux couples. Ensuite la saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels Access 2016 et SPSS 22.

Troisième phase : le partage des résultats de la recherche :

4.5. Considérations éthiques

L'accord des autorités administratives et coutumières était obtenu avant le début de l'étude.

Cette étude ne comportant pas de risque additionnel, les informations étaient traitées confidentiellement. Le consentement éclairé du couple participant était demandé.

4.6. Collecte, Saisie et analyse des données

Les données étaient collectées à partir d'un questionnaire individuel, saisies dans Access 2016. L'analyse était faite sur SPSS 22.

RESULTATS

5. Résultats

Au total 93 couples ont été inclus dans notre étude dans l'aire de santé de Sotuba.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau III : Répartition des couples enquêtés selon la résidence dans l'aire de santé de Sotuba

Quartier	Effectif	Pourcentage
Sotuba village	46	49,5
Sotuba ACI	23	24,7
Solidarité	16	17,2
Mali Univers	8	8,6
Total	93	100,0

Environ la moitié des couples enquêtés résidait à Sotuba village avec 49,5%.

Tableau IV : Répartition des couples enquêtés selon la durée de résidence dans l'aire de santé Sotuba

Durée de résidence	Effectif	Pourcentage
Plus 1 an	81	87,1
Moins 1 an	12	12,9
Total	93	100,0

Plus de 6 couples sur 7 résidaient dans l'aire de santé depuis plus de 1 an.

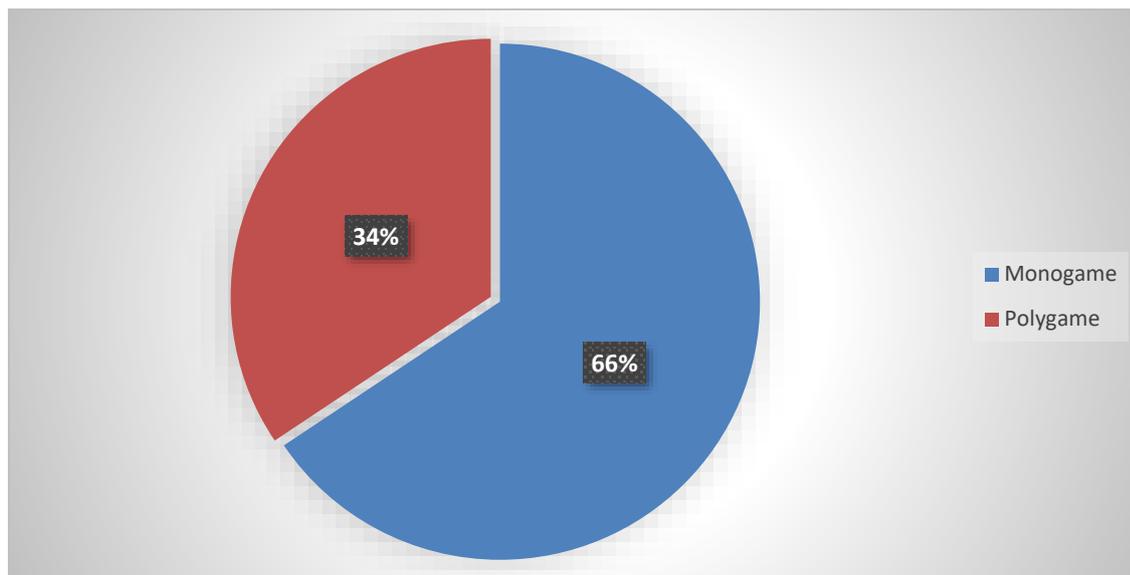


Figure 1 : Répartition des couples enquêtés selon le statut matrimonial

Il y avait 61 couples monogames soit 65,6% (\approx 66%).

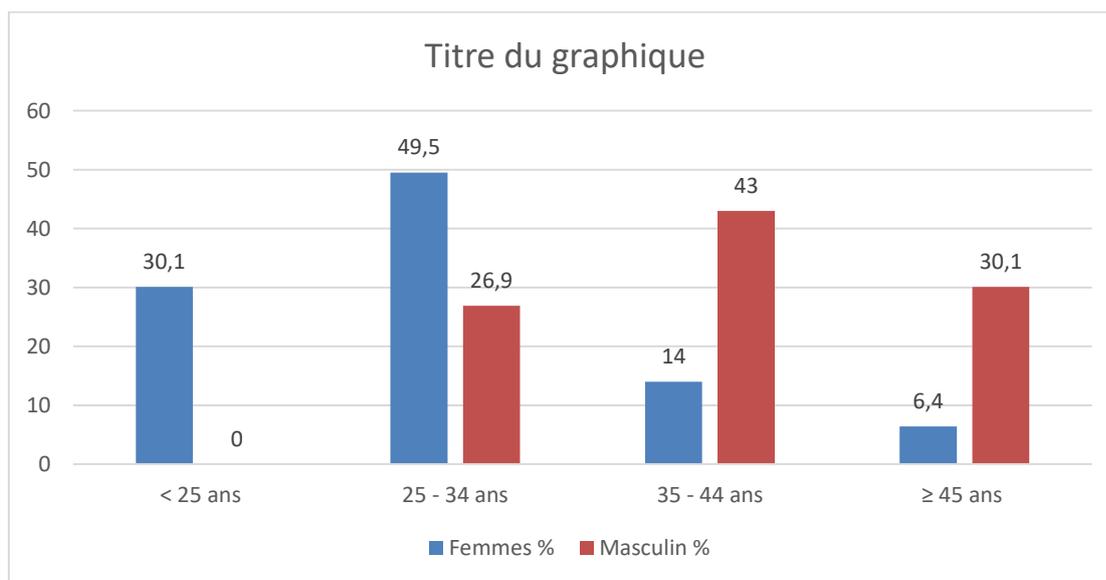


Figure 2 : Répartition des participants selon les tranches d'âge par sexe

La tranche d'âge de 25 à 34 ans avait représentée 49,5% parmi les femmes et la tranche d'âge 35-44 ans pour les hommes avait représenté 43%.

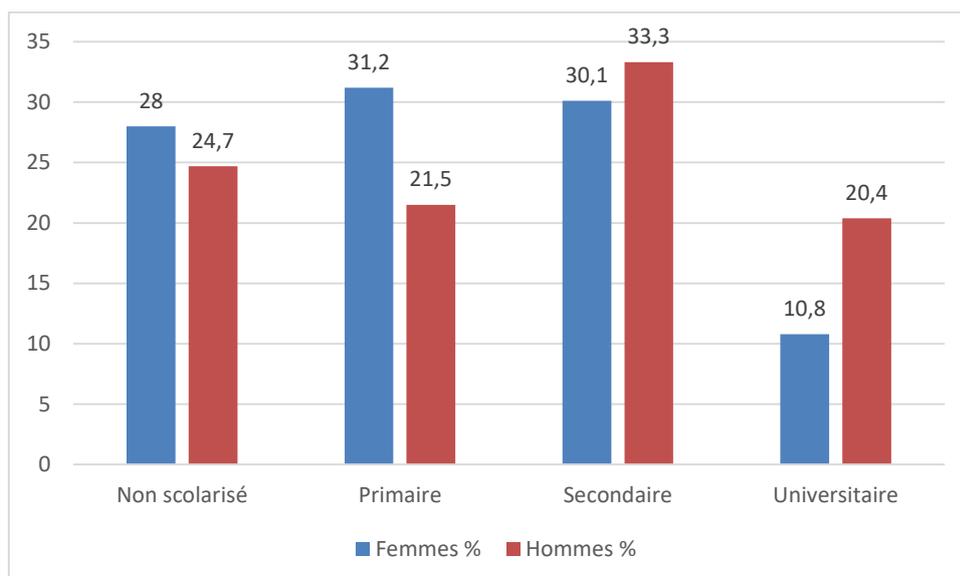


Figure 3 : Répartition des participants selon le niveau d'instruction par sexe

Dans les couples, les non scolarisés étaient plus fréquents chez les femmes avec 28% par rapport aux hommes avec 24,7%.

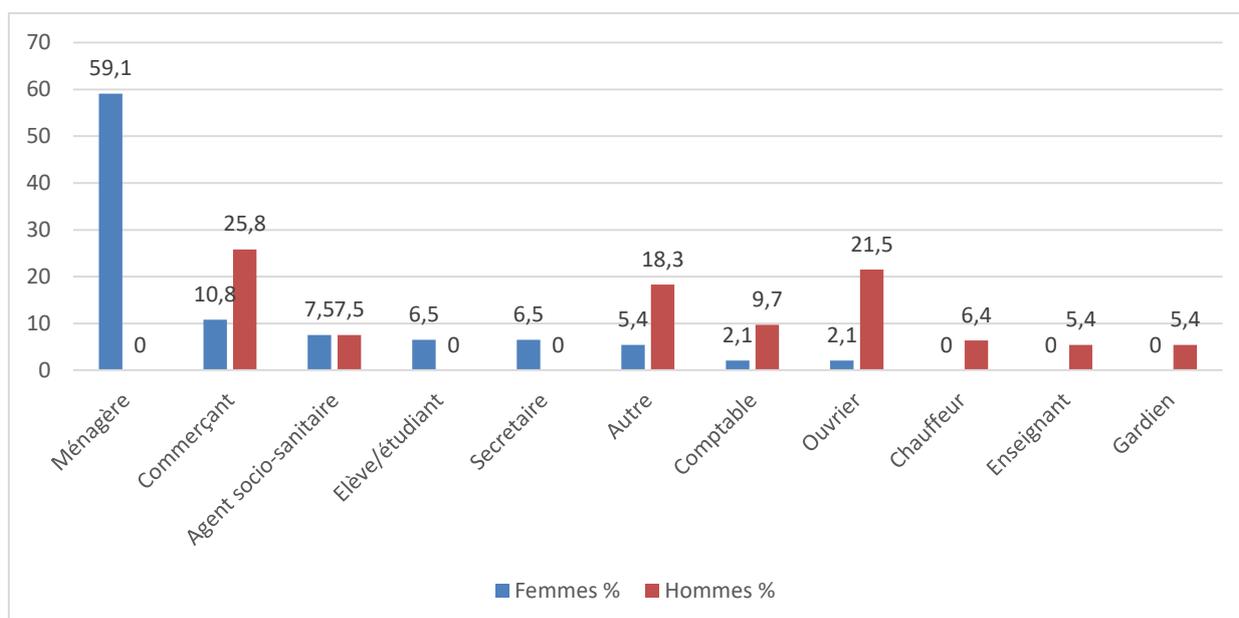


FIGURE 4 : Répartition des participants selon la profession

Chez les femmes, les ménagères avaient représenté 59,1% et chez les hommes, les commerçants étaient les plus fréquents avec 25,8%.

Tableau V : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	3	3,2
Paucipare	41	44,1
Multipare	34	36,6
Grande multipare	14	15,1
Très grande multipare	1	1,1
Total	93	100,0

Les paucipares et multipares étaient les plus représentées avec respectivement 44,1% et 36,6% des cas.

Tableau VI : Répartition des femmes selon les antécédents d'avortement

Avortement	Effectif	Pourcentage
0	72	77,4
1	17	18,3
2	1	1,1
3	2	2,2
4	1	1,1
Total	93	100,0

Les femmes n'ayant connu aucun avortement étaient de 77,4%.

Tableau VII : Répartition des femmes selon le nombre de CPN effectué lors de la grossesse dernière

Avortement	Effectif	Pourcentage
2	2	2,2
3	8	8,6
4+	83	89,2
Total	93	100,0

Les femmes ayant fait 4 CPN et plus étaient les plus nombreuses avec 89,2%.

5.2. Profil socio-démographique des hommes selon l'habitude d'accompagner les femmes enceintes en CPN

Tableau VIII : Répartition des hommes selon leur habitude d'accompagner en CPN et la profession

Profession	Habitude d'accompagner en CPN			
	Non		Oui	
	n	%	n	%
Agent socio-sanitaire	2	28,6	5	71,4
Autre	7	41,2	10	58,8
Chauffeur	4	66,7	2	33,3
Commerçant	11	45,8	13	54,2
Comptable	3	33,3	6	66,7
Enseignant	2	40,0	3	60,0
Gardien	3	60,0	2	40,0
Ouvrier	11	55,0	9	45,0
Total	43	46,2	50	53,8

P=0,81

Les hommes avaient l'habitude d'accompagner les conjointes en CPN dans 53,76% (50/93). Les agents socio-sanitaires étaient les plus représentés parmi ceux qui avaient l'habitude d'accompagner leurs femmes en CPN avec 71,4% suivi des comptables 66,7% et des enseignants 60%.

Tableau IX : Répartition des hommes selon leur habitude d'accompagner en CPN et le niveau d'étude

Niveau d'étude	Habitude d'accompagner en CPN			
	Non		Oui	
	n	%	n	%
Non scolarisé	12	52,2	11	47,8
Primaire	12	60,0	8	40,0
Secondaire	12	38,7	19	61,3
Universitaire	7	36,8	12	63,2
Total	43	46,2	50	53,8

Les hommes ayant le niveau universitaire étaient les plus représentés de ceux ayant l'habitude d'accompagner leur femme en CPN avec 63,2%. P=0,36

Tableau X : Répartition des hommes selon l'habitude d'accompagner en CPN et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Habitude d'accompagner en CPN			
	Non		Oui	
	n	%	n	%
Monogame	29	47,5	32	52,5
Polygame	14	43,8	18	56,2
Total	43	46,2	50	53,8

Les polygames étaient les plus nombreux de ceux qui avaient l'habitude d'accompagner leur femme en CPN par rapport aux monogames. P=0,82

Tableau XI : Répartition des hommes selon l'habitude d'accompagner en CPN et les tranches d'âge

Tranche d'âge	Habitude d'accompagner en CPN			
	Non		Oui	
	n	%	n	%
25-34 ans	12	48,0	13	52,0
35-44 ans	17	42,5	23	57,5
≥ 45 ans	14	50,0	14	50,0
Total	43	46,2	50	53,8

Les plus âgés c'est-à-dire 45 ans et plus avaient moins l'habitude d'accompagner leur femme avec 50% en CPN par rapport aux tranches d'âge de 25-34 ans 52% et 35-44 ans 57,5%. P=0,81

5.3. Signes de dangers

5.3.1. Connaissance des signes de danger chez la femme enceinte par le couple

Tableau XII : Répartition des participants selon les proportions des signes cités comme dangers chez la femme enceinte

Signes de danger	% Femme	% Homme	P
Saignement vaginal	55,9	52,7	0,77
Douleur intense au ventre	49,5	48,4	1,00
Vomissement continu après les 3 mois avec AEG	35,5	31,2	0,64
Douleur de l'accouchement avant la 37 ^e SA	23,7	7,5	0,002
Œdème du visage, des mains ou des jambes	21,5	16,1	0,45
Hypertension artérielle	21,5	14	0,25
Absence de mouvement fœtal	19,4	9,7	0,09
Fièvre	17,2	18,3	1,00
Maux de tête intense et permanente	14	8,6	0,35
Perte liquidien abondant avant le travail d'accouchement	12,9	8,6	0,24
Contraction utérine douloureuse	3,2	1,1	0,3
Convulsion ou perte de connaissance	3,2	3,2	1,00
Sentiment de Trouble de la vision	1,1	2,2	1,00

Le saignement vaginal était le signe le plus cité comme un danger chez la femme enceinte 55,9%.

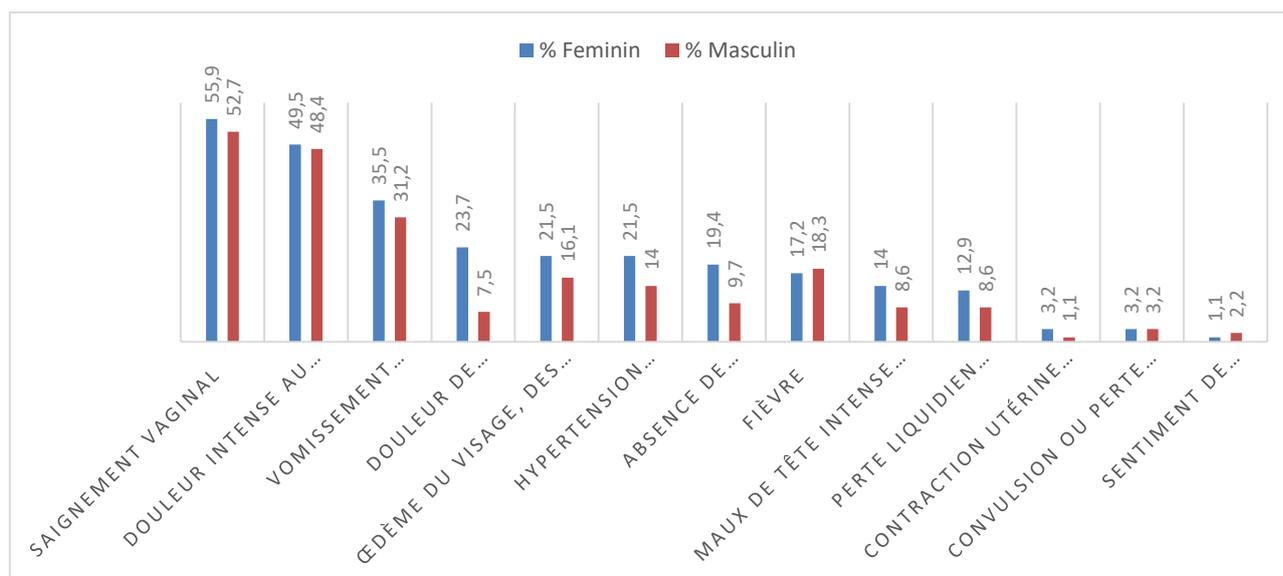


Figure 5 : Répartition des participants selon le nombre des signes cités comme danger chez la femme enceinte.

Les participants qui n'avaient cité d'aucun comme danger chez la femme enceinte étaient plus représentés chez les hommes 8,6%.

Tableau XIII : Répartition des femmes selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger au cours de la grossesse et la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	0	0
Paucipare	14	58,3
Multipare	8	33,3
Grande multipare	2	8,3
Très grande multipare	0	0,0
Total	24	100,0

La plupart des femmes qui avaient connaissance de 4 signes ou plus étaient des Pauci pares (P=0,53).

Tableau XIV : Répartition des participants selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte et par résidence

Participants	Aire de santé ASACOS	< 4 signes cités		≥ 4 signes cités	
		N	%	n	%
Femmes	ACI	23	100,0	0	0,0
	Mali Univers	1	12,5	7	87,5
	Solidarité	13	81,3	3	18,8
	Sotuba-village	32	69,6	14	30,4
Total		69	74,2	24	25,8
Hommes	ACI	23	100,0	0	0,0
	Mali Univers	5	62,5	3	37,5
	Solidarité	15	93,8	1	6,3
	Sotuba-village	34	73,9	12	26,1
Total		77	82,8	16	17,2

Les femmes les plus représentées de l'aire de santé parmi celles qui avaient cité 4 signes ou plus comme de danger chez la femme enceinte résidaient respectivement Mali Univers dans 87,5%.

Tableau XV : Répartition des participants selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte et la durée de résidence dans l'aire de santé de Sotuba

Participants	Durée de résidence	< 4 signes cités		≥ 4 signes cités	
		n	%	n	%
Femmes	Moins 1 an	10	83,3	2	16,7
	Plus 1 an	59	72,8	22	27,2
Total		69	74,2	24	25,8
Hommes	Moins 1 an	10	90,9	1	9,1
	Plus 1 an	67	81,7	15	18,3
Total		77	82,8	16	17,2

Les femmes résidentes depuis plus d'un an dans l'aire de santé de Sotuba étaient les plus nombreuses à connaître 4 signes ou plus avec 27,2% et chez les hommes avec 18,3%.

Tableau XVI : Répartition des participants selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte par tranche d'âge

Participants	Tranche d'âge	< 4 signes cités		≥ 4 signes cités	
		N	%	n	%
Femmes	< 25 ans	18	64,3	10	35,7
	25 - 34 ans	38	82,6	8	17,4
	35 - 44 ans	10	76,9	3	23,1
	≥ 45 ans	3	50,0	3	50,0
Total		69	74,2	24	25,8
Hommes	25 - 34 ans	19	76,0	6	24,0
	35 - 44 ans	34	85,0	6	15,0
	≥ 45 ans	24	85,7	4	14,3
Total		77	82,8	16	17,2

Chez les femmes les plus âgées c'est-à-dire 45 ans et plus étaient les plus fréquentes parmi celles qui avaient cités 4 signes ou plus comme étant de danger chez la femme enceinte avec 50% contre respectivement 35,7% et parmi les hommes les plus nombreux à pouvoir cités 4 signes ou plus de danger chez la femme enceinte avec 24% P=0,57.

Tableau XVII : Répartition des participants selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte et le niveau d'étude

Participants	Niveau d'étude	< 4 signes cités		≥ 4 signes cités	
		n	%	n	%
Femmes	Non scolarisé	22	84,6	4	15,4
	Primaire	21	72,4	8	27,6
	Secondaire	21	75,0	7	25,0
	Universitaire	5	50,0	5	50,0
Total		69	74,2	24	25,8
Hommes	Non scolarisé	20	87,0	3	13,0
	Primaire	20	100,0	0	0,0
	Secondaire	23	74,2	8	25,8
	Universitaire	14	73,7	5	26,3
Total		77	82,8	16	17,2

Plus le niveau d'étude était élevé plus les participants étaient nombreux à connaître les signes de danger avec 50% des universitaires.

Tableau XVIII : Répartition des hommes selon leur connaissance d'au moins 4 signes comme danger chez la femme enceinte et l'habitude d'accompagner les femmes en CPN

Participants	Niveau d'étude	< 4 signes cités		≥ 4 signes cités	
		N	%	n	%
Habitude d'accompagner en CPN	Non	40	93,0	3	7,0
	Oui	37	74,0	13	26,0
Total		77	82,8	16	17,2

Les hommes qui avaient l'habitude d'accompagner leur femme enceinte pour la CPN connaissaient mieux les signes de danger de la grossesse avec 26%.

5.3.2. Attitudes du couple devant un signe de danger chez la femme enceinte

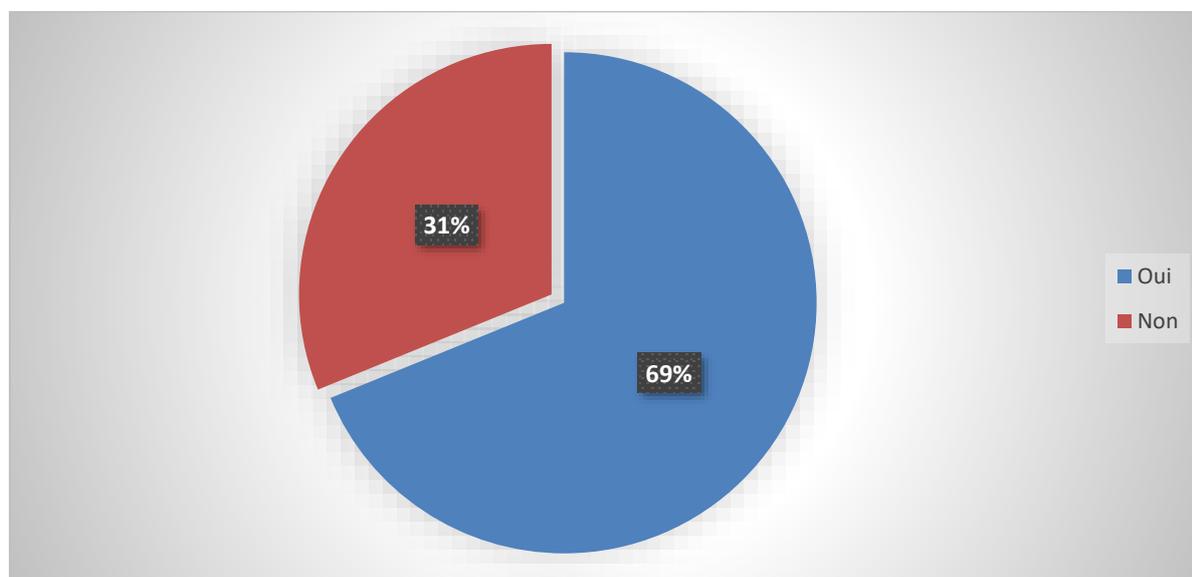


Figure 6 : Répartition des femmes ayant vécu un signe de danger au cours de la grossesse

Les plus nombreuses étaient les femmes qui avaient vécu au moins un signe de danger au cours de leurs grossesses avec 68,8% ($\approx 69\%$).

Tableau XIX : Répartition des hommes répondant avoir été informés de danger au cours de la grossesse de la conjointe

Mari informé	Effectif	Pourcentage
Non	45	48,4
Oui	48	51,6
Total	93	100,0

Plus de la moitié des hommes avaient été informés d'une situation de danger au cours des grossesses de leurs femmes avec 51,6%.

Tableau XX : Répartition des participants selon le recours au centre de santé dans les situations de danger pendant la grossesse

Signes de danger	Centre de santé	%	Total
Saignement vaginal	21	100	21
Douleur intense au ventre	25	100	25
Vomissement continu après les 3 mois avec AEG	11	100	11
Douleur de l'accouchement avant la 37 ^e SA	10	100	10
Œdème du visage, des mains ou des jambes	15	100	15
Hypertension artérielle	6	100	6
Absence de mouvement fœtal	1	100	1
Fièvre	4	100	4
Perte liquidien abondant avant le travail d'accouchement	10	100	10
Contraction utérine douloureuse	1	100	1
Sentiment de trouble de la vision	0	0	1

Les situations dangereuses les plus vécues par les femmes lors de leurs grossesses étaient la douleur intense au ventre soit 25 cas.

5.3.3. Source d'information sur les signes de danger chez la femme enceinte

Tableau XXI : Répartition des participants selon le recours au centre de santé dans les situations de pendant la grossesse

Source d'information	Féminin (n=93)		Masculin (n=93)		P
	n	%	n	%	
Agent de santé	70	75,3	38	40,9	0,00
Conjoint(e)	3	3,2	22	23,7	0,00
Radio	24	25,8	36	38,7	0,08
Télévision	29	31,2	36	38,7	0,64
Proches	30	32,3	21	22,6	0,19

Les sources d'information sur les signes de danger chez la femme enceinte les plus connues étaient l'agent de santé dans 75,3% pour les femmes contre 40,9% pour les hommes.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. Commentaires et discussions

6.1. Limites et contraintes

Il s'agissait d'une étude transversale qui a eu en Avril 2021 dans l'aire de santé de Sotuba. Elle avait pour but d'étudier les connaissances et attitudes pratiques des conjoints face aux signes de danger chez une femme enceinte. Le nombre de participants par secteur était proportionnel à la taille de la population de chaque secteur. La sélection des couples était basée sur la base aléatoire minimisée un biais pouvant affecter la qualité de l'enquête. Les contraintes majeures étaient liées surtout à certains cas de refus de participation à l'enquête. Les couples non consentants ont été remplacés.

6.2. Caractéristiques socio-démographiques

Environ la moitié des couples enquêtés résidait à Sotuba village avec 49,5%. Ce taux était proportionnel à la taille population de ce secteur.

Plus de 6 couples sur 7 résidaient dans l'aire de santé depuis plus de 1 an. Sotuba est quartier périurbain de Bamako.

Les couples monogames représentaient 65,6%. Cela était conforme au chiffre national où les unions monogames constituent 63,4% d'après le RGPH 2009 [12]. Selon le même auteur, l'union monogame est plus élevée en milieu urbain qui serait due aux différences de facteurs socioéconomiques et au manque d'espace domestique.

La plupart des femmes étaient de jeunes moins de 25 ans (30,1%) et de de 25-34 ans (49,5%). Leur âge moyen était 29,3 ans \pm 8,7. Les extrêmes étaient de 17 et 48 ans. Ce résultat était comparable à celui de Rukia R. Bakar à Zanzibar en Tanzanie en 2019 où leur âge moyen des participantes était de 29 ans avec une fourchette de 19-46 ans et plus de la moitié moitié avaient moins de 28 ans [13].

Dans notre étude les hommes de 35-44 ans étaient les plus représentés (43,0%) suivis et 45 ans et plus (30,1%). L'âge moyen 40,7 ans \pm 9,2 ans. Les extrêmes étaient de 25 et 69 ans. L'âge jeune des femmes par rapport aux hommes s'expliquerait par le fait que les femmes se marient plus tôt par rapport des hommes. L'âge minimum pour contracter mariage est fixé à dix-huit ans pour l'homme et seize ans pour la femme selon le code des personnes et de la famille au Mali [14].

Dans les couples, plus de la majorité des femmes n'avaient pas dépassé le niveau primaire avec 59,2% par contre 53,7% des hommes avaient atteint le secondaire ($P= 0,19$). Ceux étant arrivés au niveau universitaire étaient plus fréquents chez les hommes 20,4% par rapports aux femmes 10,8%. La faible scolarité des femmes est une réalité des pays en voie de développement où le taux d'analphabétisme est élevé. Ce constat été fait au Mali dans enquête démographique et de santé (EDS) où 65,5% des femmes mères n'étaient pas scolarisées [3]. La progression scolaire des femmes est entravée par les mariages précoces, les considérations socioculturelles néfastes à l'épanouissement des femmes.

Les ménagères étaient les plus représentées des femmes avec 59,1% suivies de commerçantes avec 10,8% $P=0,00$. Par contre chez les hommes, les commerçants étaient les plus fréquents avec 25,8% suivi des ouvriers avec 21,5%. La plupart des femmes mariées ménagères étaient les sans emploi. Cela était le reflet de leur niveau d'étude. Ce constat a été fait par en 2018 Lydia FARAJA au centre hospitalier de Ghahi en RDC où la majorité des femmes sans emploi (40%) n'avait atteint le niveau scolaire secondaire contre 20% pour les hommes [15].

6.3. Antécédents obstétricaux des femmes enquêtées

Les pauci et multipares étaient les plus représentées avec respectivement 44,1% et 36,6% des cas. Les femmes enceintes de leur première grossesse étaient de

3,2%. Dans plus de 50% les femmes avaient eu 3 parités et plus. Or la multiparité est un facteur de risque associé à la grossesse. Des sensibilisations semblaient nécessaires en faveur du PF.

Les femmes ayant connu au moins un avortement étaient 22,6% et celles ayant connu un seul avortement étaient les plus nombreuses avec 18,3%. Nous n'avons pas enquêté sur les causes de ces avortements. Le taux de CPN4 et plus était de 89,2%. Ce taux était supérieur au taux national de 43% selon EDSM VI [3]. Bien que ce taux dépasse l'objectif fixé assigner de l'ASACOS méritait être augmenté surtout en milieu urbain où l'accessibilité géographique est bonne en mettant l'accent sur le démarrage précoce des CPN.

6.4. Profil sociodémographique des hommes qui accompagnent les femmes enceintes en CPN

Les hommes avaient l'habitude d'accompagner les conjointes en CPN dans 53,76% (50/93). Ce taux était légèrement inférieur de celui E. Vermeulen et coll qui était de 65,38% en Tanzanie en 2016 [16]. Les agents socio-sanitaires étaient les plus représentés parmi ceux qui avaient l'habitude d'accompagner leurs femmes en CPN avec 71,4% suivi des comptables 66,7% et des enseignants 60% $P=0,81$. Cela s'expliquerait par le fait que le contact entre prestataires de santé serait plus facile. Les hommes ayant le niveau universitaire étaient les plus représentés de ceux ayant l'habitude d'accompagner leur femme en CPN avec 63,2% suivi de niveau secondaire avec 61,3% contre respectivement 47,8% et 40% pour les non scolarisés et les primaires $P=0,36$.

La quête d'information pour l'épanouissement de la famille semble expliquer la prédominance des cadres dans l'accompagnement des femmes en CPN.

6.5. Connaissance de signes de dangers

Le saignement vaginal était le signe le plus cité comme un danger chez la femme enceinte 55,9% par les femmes contre 52,7% par les hommes ($P=0,77$) suivi de

douleur intense au ventre cité dans 49,5% par les femmes contre 48,4% les hommes.

Nous pourrions comparer nos résultats avec ceux de Kabali Hamuli et Eugénie au RDC Congo Kinsahsa en 2005 chez qui les principaux signes déclarés comme graves étaient le saignement pendant la grossesse avec 53% de cas (n=204) [17]. Par contre les douleurs abdominales ont été les plus citées avec 47,7% comme signes de danger pendant la grossesse en 2014 d'après Djeneba Coulibaly au Mali [18].

La connaissance des signes de danger était plus remarquable chez les femmes par rapport à leurs conjoints. Au-delà de 4 et plus de signes cités, les femmes étaient les plus comptées avec 25,8% contre 17,2% pour les hommes. Seul 2,2% des femmes n'avaient pu citer d'aucun signe contre 8,6% pour les hommes. Cette proportion élevée des femmes s'expliquerait le fait qu'elles étaient les survivantes, et peu d'hommes s'interrogeaient sur les informations délivrées au cours des consultations prénatales. Notre résultat était supérieur à celui H. Zamané et coll en 2018 au Burkina Faso qui avaient 16,5 % de participantes à pouvoir citer au moins trois (3) signes de danger de la grossesse [19].

La plupart des femmes qui avaient connaissance de 4 signes ou plus étaient des paucipares $P= 0,53$. Plus les signes dangers étaient connus, moins celles qui avaient des antécédents de grossesse multiple. La méconnaissance de signes de danger chez la femme enceinte associée aux grossesses multiples augmente le facteur risque maternel.

Les femmes les plus représentées de l'aire de santé parmi celles qui avaient cité 4 signes ou plus comme étant de danger chez la femme enceinte résidaient respectivement Mali Univers dans 87,5% et Sotuba village dans 30,4% contre respectivement 0% et 18,8% des habitants de ACI et de Solidarité $P= 0,00$. Les

constats étaient les mêmes pour les hommes avec 37,5% à Mali Univers et 26,1% Sotuba village contre respectivement 0% et 6,3% des habitants de ACI et de Solidarité $P=0,012$. La meilleure connaissance des signes de danger au niveau de Mali Univers et Sotuba village s'expliquerait par la présence des partenaires de développement socio-sanitaire dont le centre de recherche du MRTC. En plus le niveau d'étude élevé était le plus constaté parmi les couples enquêtés dans ces quartiers.

Chez les femmes les plus âgées c'est-à-dire 45 ans et plus étaient les plus fréquentes parmi celles qui avaient cités 4 signes ou plus comme étant de danger chez la femme enceinte avec 50% contre respectivement 35,7% ; 17,4% et 23,1% des moins de 25 ans, 25-34 ans et 35-44ans $P=0,17$. Contrairement aux femmes, c'étaient les plus jeunes entre 25 et 34 ans parmi les hommes qui étaient les plus nombreux à pouvoir cités 4 signes ou plus de danger chez la femme enceinte avec 24% $P=0,57$ contre respectivement 15% et 14,3% des 35-44 ans et 45 ans et plus. La connaissance s'augmenterait avec expérience obstétricale chez les femmes et les nouvelles technologies seraient des sources supplémentaires pour les jeunes hommes.

Plus le niveau d'étude était élevé plus les participants étaient nombreux à connaître les signes de danger avec 50% des universitaires contre respectivement 15,4% ; 27,6% et 25% des non scolarisées, de primaire et de secondaire pour les femmes $P=0,20$. Les mêmes observations ont été faites pour les hommes avec respectivement 26,3% et 25,8% de niveaux universitaire et secondaire contre 13% et 0% de non scolarisés et de primaire $P=0,7$.

Les hommes qui avaient l'habitude d'accompagner leur femme enceinte pour la CPN connaissaient mieux les signes de danger de la grossesse avec 26,0 contre 7% de ceux qui n'avaient jamais accompagné $P=0,25$.

6.6. Attitude devant un signe de danger

Les plus nombreuses étaient les femmes qui avaient vécu au moins un signe de danger au cours de leurs grossesses avec 68,8%.

Plus de la moitié des hommes avaient été informés d'une situation de danger au cours des grossesses de leurs femmes avec 51,6%.

Les situations dangereuses les plus vécues par les femmes lors de leurs grossesses étaient la douleur intense au ventre 25 cas, le saignement vaginal 21 cas, les œdèmes 15 cas, les vomissements gravidiques compliqués 11 cas et les menaces d'avortement ou d'accouchement et la rupture prématurée des eaux 10 cas chacun. Le centre de santé a été le lieu de recours aux soins dans les situations vécues de danger lors des grossesses la quasi totalité de cas excepté chez un cas de sentiment de trouble visuel où le couple n'avait effectué aucun recours de soins.

Nos résultats étaient différents de

ceux de Rukia R. Bakar et coll en 2019 en Tanzanie où certaines femmes croyaient encore que les signes de danger pendant la grossesse et après l'accouchement étaient dus à la sorcellerie conduisant à des consultations auprès des guérisseurs traditionnels et en conséquence à des retards dans la recherche de soins médicaux qualifiés [13].

6.7. Source d'information

Les sources d'information sur les signes de danger chez la femme enceinte les plus connues étaient l'agent de santé dans 75,3% pour les femmes contre 40,9% pour les hommes.

L'agent de santé était la source la plus citée dans 75,3% par les femmes contre 40,9% par les hommes.

Ce taux était faible quant au rôle de l'agent de santé et pour la bonne compréhension de la femme des objectifs de CPN. Ces résultats étaient différents

de ceux de Rukia R. Bakar et coll en 2019 en Tanzanie qui rapportaient que la seule source d'information sur les signes de danger pendant la grossesse et après l'accouchement était les fournisseurs de soins de santé lors des visites de CPN [13].

Les radios et la télévision semblaient jouer un rôle de sensibilisation dans chacune 38,7% chez les hommes et respectivement 25,8% et 31,2% chez les femmes.

Les conjoints(e) et proches étaient loin d'être une source d'information respectivement 23,7% et 22,6% comme cela était le cas chez Lydia FARAJA en RDC où 30% des hommes avaient comme source leurs épouses en RDC [15].

Conclusion

La connaissance des signes de danger était meilleure chez les femmes comparées aux hommes au sein des couples. Les signes de danger chez la femme enceinte les plus cités étaient le saignement vaginal, la douleur abdominale intense, les vomissements gravidiques continus.

La connaissance ne semblait être liée ni au sexe, à l'âge, au niveau d'étude, à la durée de résidence dans l'aire de santé des couples et ni au nombre de grossesses de la femme $P > 0,05$. Elle serait liée à la résidence du couple par rapport au centre de santé $P = 0,001$.

Plus de la moitié des femmes enquêtées ont vécu des situations de danger au cours des grossesses et dans la plupart des cas les hommes étaient informés. Le centre de santé a été le lieu de recours dans les situations vécues de danger au cours des grossesses.

Les signes de danger semblaient être peu abordés par les agents de santé lors des consultations prénatales.

Recommandations

Au terme de notre étude, nous recommandons

Au Ministère de la tutelle :

- Renforcer les communications médiatiques encourageant l'implication des hommes dans les soins maternels ;
- Mobiliser des ressources financières pour aider les réseaux féminins à mener des activités en faveur de la santé maternelle et infantile.

Aux partenaires de la maternité des CSCom :

- Renseigner les femmes sur les signes de danger de la grossesse lors des CPN ;
- Organiser les séances de causeries éducatives pendant les visites prénatales sur les actions et comportements visant à réduire le risque maternel et infantile ;
- Impliquer les conjoints dans les soins prénataux.
- Associer l'ASACO, les autorités communales et traditionnelles dans les activités de sensibilisation et d'éducation communautaire

Aux organes de gestion du CSCom :

- Mettre en place un comité de femmes utilisatrices des services du CSCom
- Chercher/Orienter les ONG à contribuer pour une maternité sans risque ;
- Renforcer la sensibilisation dans la communauté sur les signes de danger au cours de la grossesse.

Références bibliographiques :

1. **OMS**. Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales. Genève, 2015.
2. **OMS**. Mortalité maternelle, centre des médias, aide-mémoire n°348. Mai 2012.
3. Enquête Démographique et de Santé. Cellule de Planification et de Statistiques, Institut National de la Statistique, Centre d'Études et d'Information Statistiques. Mali, EDS VI, 2018
4. **Tinker A, Koblinsky M A, Rooney C, Leighton C**. Vers une maternité sans risque. Documents de synthèse de la banque mondiale. Washington Banque mondiale, D.C 1993. ISBN 0-8213-2736-4.
5. **Haute Autorité de Santé**. Comment mieux informer les femmes enceintes ? St Denis La Plaine. HAS, 2005.
6. **Dudgeon M.R., Inhorn M.C**. Men's influences on women's reproductive health. / Social Science & Medicine 2004; 59: 1379–1395.
7. **Chattopadhyay A**. Men in maternal care: evidence from India. J Biosoc Sci. mars 2012;44(2):129-53.
8. **Andro A, Desgrées du Lou A**. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. Autrepart. 2009;(4):3-3.
9. **Roth DM, Mbizvo MT**. Promoting safe motherhood in the community: the case for strategies that include men. Afr J Reprod Health. 2001; 5(2):10-21.
10. **Bhatta DN, Aryal UR**. Paternal factors and inequity associated with access to maternal health care service utilization in Nepal: a community based cross-sectional study. PloS One. 2015; 10(6): e0130380.
11. **Bhatta DN**. Involvement of males in antenatal care, birth preparedness, exclusive breast feeding and immunizations for children in Kathmandu, Nepal. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:14.
12. **Coulibaly D.A**. La polygamie au Mali à partir des données du recensement de 2009. Québec : Observatoire Démographique et Statistique de l'Espace

Francophone / Université Laval, 70 p. (collection rapport de recherche de l'ODSEF). 2015.

13. **Rukia R. Bakar, Blandina T. Mmbaga, Birgitte B. Nielsen and Rachel N. Manongi.** Awareness of Danger Signs during Pregnancy and Post-Delivery Period among Women of Reproductive Age in Unguja Island, Zanzibar: A Qualitative Study. *African Journal of Reproductive Health* March 2019; 23 (1):27.
14. **Assemblée Nationale du Mali.** Loi n°2011– 087 du 30 décembre 2011 portant Code des Personnes et de la Famille, 2011.
15. **Faraja L.** Implication des hommes dans la consultation prénatale dans la ville de Bukavu cas du centre hospitalier de Chahi. Mémoire Online. *Biologie et Médecine*. 2018
16. **E. Vermeulen, A. Solnes Miltenburg, J. Barras, N. Maselle, M. van Elteren¹ and J. van Roosmalen.** Opportunities for male involvement during pregnancy in Magu district, rural Tanzania. Vermeulen et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 ; 16:66.
17. **Kabali H.** Eugénie, Gourbin, Catherine, De Brouwere, Vincent. Facteurs associés à la mortalité maternelle intra-hospitalière et circonstances de décès chez des femmes avec complications obstétricales sévères à Kinshasa (RDCongo).
18. **Coulibaly D.** Connaissances, attitudes et pratiques des gestantes face aux consultations prénatales au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako. Université des Sciences, des Technologies de Bamako. Faculté de Médecine de Bamako. Thèse Med 2014, N°230.
19. **H. Zamané I, Ouédraodo. P, D. Kain, S. Kiemtoré, Y. A. Sawadogo, A. Ouattara et coll.** Connaissance des signes de danger de la grossesse, du postpartum et du nouveau-né par les gestantes et accouchées récentes du District sanitaire de Sig-Noghin, Ouagadougou, Burkina Faso. *African Journals Online. AJOL*. 2018 ;41 (2) :53-66.

Fiche signalétique

Nom: Samabaly.

Prénom : Assitan

Titre : Connaissance et attitude pratique des couples face aux signes de danger chez la femme enceinte dans la commune urbaine de Sotuba

Année : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako **Pays d'origine :** Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Résumé :

Introduction : La connaissance des signes de danger de la grossesse par les couples est un moyen efficace pour la réduction des risques de mortalité maternelle. L'objectif de ce travail était d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des conjoints face aux signes de danger chez une femme enceinte. **Méthodes et matériel :** Nous avons mené une enquête transversale dans l'aire de santé de Sotuba en commune I du district de Bamako entre mars et mai 2021 sur les 93 couples mariés. La population d'étude était constituée des hommes et femmes en couple dans l'aire de santé de Sotuba. **Résultats :** La connaissance d'au moins 4 signes de danger chez la femme enceinte était de 25,8% pour les femmes contre 17,2% pour les hommes. Dans 2,2% les femmes n'ont cité aucun signe de danger contre 8,6% chez les hommes. Dans 68,8% des cas les femmes enquêtées ont vécu des situations de danger au cours des grossesses. Le centre de santé a été le lieu de recours dans les situations vécues de danger au cours des grossesses. La source d'information la plus citée était l'agent de santé dans 75,3% pour les femmes contre 40,9% pour les hommes. La connaissance ne semblait être liée ni au sexe, à l'âge, au niveau d'étude, à la durée de résidence dans l'aire de santé des couples et ni au nombre de grossesses de la femme $P > 0,05$. Elle serait

plutôt liée à la résidence du couple par rapport au centre de santé $P= 00$.

Conclusion : Les signes de danger semblaient être peu abordés par les agents de santé lors des consultations prénatales. Renseigner les couples sur les signes de danger de la grossesse lors des CPN et dans la communauté serait une bonne action pour réduire les complications liées à ces signes de danger.

Mots clés : Connaissances, attitudes, pratiques, signes de danger, grossesse.

Abstract

Introduction: Knowledge of the danger signs of pregnancy by couples is an effective means for reducing the risks of maternal mortality. The objective of this work was to study the knowledge, attitudes and practices of spouses regarding danger signs in a pregnant woman. **Methods and material:** We carried out a cross-sectional survey in the health area of Sotuba in commune I of the district of Bamako between March and May 2021 on the 93 married couples. The study population consisted of male and female couples in the Sotuba health area.

Results: Knowledge of at least 4 danger signs in pregnant women was 25.8% for women compared to 17.2% for men. In 2.2% women cited no danger signs compared to 8.6% in men. In 68.8% of cases, the women surveyed experienced dangerous situations during pregnancy. The health center was the place of recourse in situations of danger experienced during pregnancy. The most cited source of information was the health worker in 75.3% for women against 40.9% for men. Knowledge did not appear to be related to sex, age, level of education, length of residence in the health area of couples, and number of pregnancies for woman $P > 0.05$. It would rather be linked to the couple's residence in relation to the health center $P = 00$. **Conclusion:** The danger signs seemed to be little discussed by health workers during antenatal consultations. Educating couples about the danger signs of pregnancy during ANC and in the community would be a good action to reduce the complications associated with these danger signs.

Keywords: Knowledge, attitudes, practices, danger signs, pregnancy.

Fiche d'enquête

Date :/..../2021

Fiche N° ____

Questionnaire individuel :**1- Identification du ou (de la) répondant (e)****Région de :** District de Bamako **Date enquête :** _____**District de :** Commune I **Nom enquêteur :** _____**Commune de :** I District de Bamako**Village/fraction de :****Nom et Prénom de l'enquêté(e) :****Mode de vie :** sédentaire / ___ / nomade / ___ / Expatrié / ___ /**Statut matrimonial :** Marié(é) / ___ / Monogame / ___ / Polygame / ___ / Divorcé(é) / ___ /
Veuve / ___ /**Age :** / ___ / ans **Sexe :** M / ___ / F / ___ /**Niveau d'instruction :** 1. Non scolarisé(e) / ___ / 2. Primaire / ___ / 3. Secondaire / ___ / 4.
Universitaire / ___ /**Profession / _____ /****Si femme :****Parité :** G / ___ / P / ___ / A / ___ / D / ___ / V / ___ / IIG / ___ /**Antécédents liés à la grossesse et/ou à l'accouchement**
/ _____ /**Connaissance des signes de danger par les femmes et les hommes :****Femme :**

Nombre CPN lors de la grossesse précédente :

Aucune / ___ / 1CPN / ___ / 2CPN / ___ /

3CPN / ___ / 4CPN ou Plus / ___ /

Si Homme :

Avez-vous une fois accompagné votre femme enceinte en CPN :

Oui / ___ / Non / ___ /

Pouvez-vous citer un ou plusieurs signes de danger de la grossesse que vous connaissez ?

- Saignement vaginal /__/
- Pertes vaginales liquidiens abondants avant le travail d'accouchement (RPM) ou liquide verdâtre ou nauséabondes /__/
- Douleur intense au ventre /__/
- Douleur de l'accouchement avant la 37ème semaine /__/
- Contractions utérines régulières progressivement douloureuses /__/
- Œdème du visage, des mains ou des jambes /__/
- Sentiment de trouble de la vision /__/
- Maux de tête intenses et permanents /__/
- Convulsions/pertes de conscience /__/
- Absence de mouvement du fœtus /__/
- Fièvre /__/
- Hypertension artérielle /__/
- Vomissements continus après les trois premiers mois de grossesse avec altération de l'état général de la femme /__/

2. Quelle attitude à prendre devant les signes de danger au pendant la grossesse :

Avez-vous une fois eu un ou des signes de danger au cours de votre grossesse ? où

(Si homme) êtes-vous informé d'un ou des signes chez votre femme au cours de sa grossesse ?

Oui /__/ Non /__/

Si oui les quels ?

Sinon au cas où vous remarquerez ces signes pendant la grossesse ou

Vous serez informés de ces signes chez votre femme pendant sa grossesse quelle sera votre attitude ?

Saignement vaginal ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnelle /__/
 Automédication /__/ Ne rien faire /__/ Ne sais pas /__/

Pertes vaginales liquidiennes abondantes avant le travail d'accouchement (RPM) ou liquides verdâtres ou nauséabondes ;

Partir dans un Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnelle /__/
 Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Douleur intense au ventre ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnelle /__/
 Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Douleur de l'accouchement avant la 37ème semaine ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnelle /__/
 Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Contractions utérines régulières progressivement douloureuses ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnelle /__/
 Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Œdème du visage, des mains et des jambes ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnelle /__/
 Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Sensation de trouble de la vision ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnel /__/
 Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Maux de tête intenses et permanents ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnel /__/
 Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Convulsions/pertes de conscience ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnel /__/

Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Absence de mouvement du fœtus ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnel /__/

Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Fièvre ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnel /__/

Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Hypertension artérielle ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnel /__/

Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

Vomissements continus après les trois premiers mois de grossesse avec altération de l'état général de la femme ;

Aller au Centre de santé /__/ Recours à l'accoucheuse traditionnel /__/

Automédication /__/ Ne fait rien /__/ Ne sais pas /__/

3. Source d'information sur la connaissance et l'attitude pratique devant les signes de danger de la grossesse :**Agent de santé /__/****Conjoint(e) /__/****Radio /__/****Télévision /__/****Proches /__/****Autres(à préciser).....**