

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
Université de Bamako

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



A

année

Universitaire

2010/2011

Thèse

N° :.....

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie (FMPOS)

TITRE

**EVALUATION DES CONNAISSANCES ET
ATTITUDES DES FEMMES VIS-A-VIS DES SOINS
PRENATALS DANS LA COMMUNE II DU DISTRICT
DE BAMAKO : CAS DU QUARTIER DE MEDINA-
COURA**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 30/07/2011
à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mlle GBESSEMEHLAN AGOSSI NELLY

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

Membres du jury :

Président du jury : Professeur Mamadou

Traoré

Membre : Docteur Soumana Oumar Traoré

Membre : Docteur Mohamed Diaby

Directeur de thèse : Professeur Samba Diop

ADMINISTRATION ET PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FMPOS

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011

ADMINISTRATION

Doyen : **ANATOLE TOUNKARA-PROFESSEUR**

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO-MAITRES DE CONFERENCES**__

2ème ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE- MAITRES DE CONFERENCES**_

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE-PROFESSEUR**

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-**
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie- Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacologie
Mr Aly Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale& Minérale
Issa TRAORE	Radiologie

Mamadou K. TOURE	Cardiologue
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O. R. L
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation (en détachement)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Mamadou L. DOIMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique (en détachement)
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation

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

Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	ORL
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KONIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahim TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio vasculaire
Mr Thioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neuro Chirurgie
Mr Boubacar BAH	Odonto Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
Mr SIDI Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie

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

Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fadimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SAKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Moctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRORE	Parasitologie Mycologie

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie

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

Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Médicale Médicale
Mr Mamadou DIAKITE	Immunologie-Genetique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4- ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, parasitologie entomologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologue

2- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie

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

Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

3- MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mamadou GUINGO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phthisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Yousoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSIKO	Psychiatrie
Mr Ilo Belle DIALL	Cardiologie
Mr Mamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Agoussa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya Coulibaly	Législation
Mr Addoulaye DJIMDE	Microbiologie Immunologie
Mr Sekou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni Bendaly	Pharmacie Hospitalière

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique médicale
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

4- ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N’Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique (Ministre)
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheik O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

♥♥ *À DIEU le Tout Puissant :*

Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Je me prosterne devant ta Grandeur pour te remercier de m'avoir comblée de ta grâce et de m'avoir assistée tout au long de ce voyage dans le jardin du savoir. Merci surtout Seigneur pour ce souffle de vie et la santé que tu as accordé à toute ma famille alors que j'étais

si loin. Oh Seigneur ! Tu es si merveilleux, si bon pour moi, j'implore ta bénédiction et que ta lumière guide mes pas. Que toute la gloire te revienne.

♥♥ *A mon regretté grand père **Noudèkè Télesphore Jean de Dieu** :*

C'est dommage que tu ne sois plus là. J'aurais aimé partager la fin de ce travail avec toi, toi qui as guidé mes premiers pas à l'école, toi qui fus tout au long de ta vie le soutien des tiens, ton docteur Rinan est enfin là. J'espère qu'en ce moment de moi tu es fier. Ce que tu as apporté dans ma vie ne peut être compté ou mesuré. Je te dis merci. Tu me manqueras toujours ; puisse vous du haut des cieux toujours me protéger. Que ton âme repose en paix pépé.

♥♥ *A mon regretté oncle **Vitchoèdo Godonou** :*

Déjà un certain temps que tu nous as quittés, laissant auprès de nous un vide dont personne ne saurait pouvoir combler. Tu es resté gravés dans mon cœur. Le seigneur t'a rappelé à lui sans que tu ne puisses vivre l'accomplissement de tous tes vœux. Tu nous as enseignés la bonté et l'amour du prochain. Que la paix soit avec toi dans la maison de l'éternelle notre Dieu.

♥♥ *A mon regretté parrain **Gbetoho Basile** :*

J'aurais aimé te voir à mes côtés ce jour ; les voies du Seigneur sont impénétrables ; dommage que tu ne sois plus là pour couper ce gâteau ; j'espère que de là-haut tu seras fier de moi. Pour tout l'amour que tu m'as donné, tes enseignements, je veux te rendre hommage ici et te remercier pour tout. Tu me manques. Repose en paix papa.

♥♥ *A ma grand-mère maternelle **Gbodogbé Reine** :*

Mémé le chemin a été long, tu as été là au début et par la grâce de Dieu, tu es encore présente pour remercier Dieu qui a béni nos efforts. Ton affection et ta chaleur humaine ont été pour moi une tanière de sécurité face à la séparation précoce de mes parents. J'ai toujours su que je pouvais avoir ton soutien et ta bénédiction dans tout ce que je pouvais entreprendre. Tu es ma motivation. Merci pour tes soutiens matériels pour le succès de mes études. Ta bonne éducation, ton courage et ta générosité sans frontière resteront pour moi un repère sûr. Que ce travail soit le début du couronnement de tes années de souffrance. Tu es une grand-mère spéciale. Tu m'as tellement aimée et bénie que s'il y a une seule personne sur terre à qui je dois cette réussite après Dieu c'est toi. Merci pour t'être occupée de moi depuis que je suis toute petite jusqu'aujourd'hui. Merci pour avoir toujours veillé et prié pour moi. Merci d'avoir fait de moi ta priorité. Je ne pourrai peut être jamais te rendre pareil ; raison pour laquelle je sollicite le tout puissant afin qu'il te comble de sa bonté, sa miséricorde et de sa grâce. Ce diplôme est pour toi mémé et que Dieu te garde encore longtemps pour moi, pour

nous. Comme j'ai su toujours te le dire tu es plus que tout pour moi. Je t'adore mémé.

♥♥ *A ma grand-mère paternelle Sidopkhou Ganvoêkon :*

Je rends gloire à DIEU de t'avoir permis de voir ce jour, je me souviens qu'un jour tu me disais « Quelles sont ces études qui ne finissent pas ? Pourrai-je encore attendre et voir la fin ? » Des années sont passées et par la grâce de Dieu, tu es encore présente pour remercier Dieu qui a béni nos efforts. Merci pour les bénédictions et les prières qui m'ont toujours accompagnée. Je te dédie ce travail en témoignage de toute mon affection. Que Dieu te garde encore longtemps pour moi, pour nous.

♥♥ *A mon très cher père GBESSEMEHLAN Mahoussi Jonas :*

Enfin ! Dieu est grand et seule son heure est la meilleure. Permits-moi de couler une larme de bonheur pour te dire merci papa. Ton souci majeur est et demeure le bonheur et la réussite de tes enfants. Ton docteur est enfin là. Tes prières, tes conseils nuit et jour, ta rigueur dans notre éducation, ton amour du travail bien fait, ton honnêteté, ta discrétion, et tous les sacrifices consentis pour notre éducation m'ont guidé chaque jour de ma vie. Tu nous as enseigné la droiture mais aussi à éviter les solutions de facilité. Ton souci pour ma soutenance depuis tant d'années est devenu réalité. Merci pour ce que tu as fait et tout ce que tu feras encore pour moi. Que Dieu t'accorde santé et longévité et qu'il m'aide à ce que je puisse accomplir pleinement mes devoirs envers toi.

Si toutes les fois je n'ai pas toujours su m'exprimer en ces termes, aujourd'hui j'ai envie de te dire... je t'aime papa.

♥♥ *A ma maman chérie **NOUDEKE Flore Edwige** :*

Douce mère,

Tendre mère,

Courageuse mère,

Ce travail est le fruit de tes efforts, de ton amour, de tes prières et de tes encouragements. Tu as consacré le meilleur de toi même à notre éducation et à notre réussite. Puisse le Seigneur me permettre de te le rendre au centuple.

Tes peines, tes privations, tes sacrifices n'ont pas de mesure à mes yeux. C'est immense comme si je m'arrêtais devant la mer, le regard cherchant une limite invisible... Bon DIEU, les mots me manquent. Je t'admire car tu as eu maintes fois des occasions de t'effondrer mais avec ta force de caractère, tu as toujours su te relever.

Ni le Larousse, ni le Robert ne me suffisent pour exprimer à sa juste valeur ce que je ressens pour toi. Aujourd'hui j'aimerais t'offrir la récompense de tes efforts en te disant toute la fierté et le bonheur que j'ai de t'avoir comme maman chérie... Sois rassurée chère maman de mon indéfectible attachement.

Que DIEU t'accorde longue vie auprès de nous,

Je t'aime.

♥♥ *A mes mamans **Olaokou Romaine, Hounkpéhédji Delphine, Addah Sabine** :*

Ce travail est le fruit de vos sacrifices. Les mots me manquent pour vous faire savoir à quel point vous comptez pour moi. Que le tout puissant vous accorde longue vie.

♥♥ *A Mr GBESSEMEHLAN Alphonse et sa famille :*

Cher oncle, Les temps ont été durs mais les moments les plus importants sont les meilleurs souvenirs. Tes soutiens et conseils sans limite dont j'ai toujours bénéficiés durant tout mon cursus ont fait de moi une battante à la recherche du succès. Très tôt, tu as cru en moi, tu m'as toujours encouragée à me surpasser. Ton soutien tant psychologique, que matériel ou didactique ne m'a jamais fait défaut, ce travail est le tien, puisses-tu trouver l'expression de mon profond respect et de la grande admiration que j'ai pour toi. Que Dieu bénisse tes projets, t'accorde santé, un foyer heureux et te couvre de ses bienfaits. Merci spécial à ton épouse.

♥♥ *A Mr GBESSEMEHLAN Toussaint et sa famille :*

Mon oncle adoré, c'est toujours en pensant à toi qu'ici j'ai été courageuse. Tu as toujours répondu à mes sollicitations aux moments opportuns. Je t'admire beaucoup car tu as su démontrer à toute la famille qu'il faut toujours croire en soi, et tout faire pour réaliser ses rêves quels que soient les obstacles rencontrés. Tu es un oncle spécial. J'aimerais que tu sois toujours cette personne pleine de générosité, de discernement et de sagesse afin que nous restions à jamais unis. Ce travail est aussi le tien. Que Dieu le tout puissant te récompense. Merci pour tout.

Je t'aime tant...

♥♥ **A tous mes oncles :**

En témoignage de ma reconnaissance pour votre soutien moral et matériel. Puisse le Seigneur vous permettre de profiter pendant très longtemps de mon engagement pour la santé.

♥♥ **A toutes mes tantes :**

Les multiples cadeaux, loisirs, et conseils que j'ai bénéficiés de vous, ont certainement contribué à l'équilibre d'une enfance qui à coup sûr, ne peut donner que ce type de travail au final. Soyez en congratulées.

♥♥ **A ma petite sœur chérie ΚΟΥΡΚΟ Falonne :**

Malgré la très longue distance qui nous sépare, tu as toujours été très proche de moi dans mon cœur ; On a vécu des moments de joie et de tristesse intense, tu m'as toujours encouragée et soutenue à travers tes messages. J'ai enfin vu le bout du tunnel. Reçois ici toute ma gratitude ; Je souhaite que ce travail soit pour toi une source d'encouragement afin que tu persévères dans tes études.

Je t'aime tant.

♥♥ **A mon petit frère chéri que je ne changerai pour rien au monde ΚΟΥΚΡΟ Stéphane :**

Chimou, tu sais toute l'affection que je te porte. Je suis fière de toi. Cette maturité et cette sociabilité qui te caractérisent sont l'œuvre de l'Esprit Saint. C'est pourquoi tu es aimé de tous. Sois béni petit frère. Je serai toujours là pour

toi. Que Dieu te donne longue vie, santé, bonheur et continuelle réussite. J'espère que ce modeste travail sera une source d'inspiration pour toi dans tes études.

Je t'aime.

♥♥ **A mes frères et sœurs :**

*Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité. Merci spécial à **Nestor, Simon et Amenne***

♥♥ **A tous mes cousins et cousines :**

*Vos encouragements sans cesse renouvelés ont abouti. C'est le fruit de vos espérances. Merci spécial à **Mlle Abossédé Gandonou Solange.***

♥♥ **A tous mes neveux et nièces :**

Que Dieu vous donne la sagesse, la santé et l'intelligence. Vous me procurez une joie immense. Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à travailler davantage.

♥♥ *A Rislely Marius GNASSOUNOU et sa famille :*

La vie nous réserve des surprises et c'est justement ses mystères qui font tout son charme. Ton fardeau de me voir réussir dans ma vocation a été bien grand ; et tu as payé un prix énorme pour celà. Trouve ici l'expression de mes sentiments ineffables. Puisse Dieu nous unir davantage et nous combler de bonheur. Infiniment merci et brillante carrière à toi.

♥♥ *A toutes mes familles NOUDEKE et GBESSEMEHLAN :*

Vous qui avez choisi de m'envoyer à l'école espérant une marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel, jonché de peines et d'obstacles qui est le chemin de l'école. Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.

♥♥ *A mes chères mamans :*

Particulièrement celles qui ont perdu leur vie en donnant vie à un autre.

♥♥ *Aux orphelins qui n'ont pas connu la chaleur maternelle de leurs mamans décédées en leur donnant naissance.*

♥♥ *A toutes les femmes voulant assurer la continuité de l'espèce humaine en donnant une vie et qui sont victimes des difficultés de la grossesse et/ou de l'accouchement.*

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je ne pourrai terminer ce travail sans témoigner ma reconnaissance :

♥ *Au Bénin ma chère patrie ;*

♥ *Au Mali*

Ma deuxième patrie, terre d'accueil, d'hospitalité et de paix. Merci.

♥ *A tout le peuple **Malien** :*

Merci de m'avoir rendu le séjour agréable dans votre si beau pays. Vous resterez à jamais gravé dans ma mémoire.

♥ *A tout le corps professoral de la **F.M.P.O.S** :*

Pour la qualité des cours dispensés. Que Dieu vous en récompense.

♥ *A toute ma promotion.*

♥ *A tous les étudiants de la **F.M.P.O.S**.*

♥ *A l'Ecole de Médecine de Parakou.*

♥ *A tous ceux dont je n'ai pas cité le nom mais pour qui j'ai une pensée en ce moment.*

♥ *A ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de cet ouvrage.*

♥ *A tout le personnel du **C.S. Réf. V** :*

Merci pour votre hospitalité.

♥ *A l'Association des Elèves, Etudiants et Stagiaires Béninois au Mali (AEESBM) :*

La vie associative à vos côtés a été une expérience enrichissante. Jamais je ne me suis sentie en dehors du Bénin. Veuillez perpétuer cette fraternité et cette union, afin que où que nous soyons, l'amour et le bien-être de l'autre soient dans notre esprit.

♥ *A ma mémé ENONZAN Thérèse et ses enfants :*

Mamou !les mots ne suffiront jamais pour te remercier. J'espère que tu accepteras que ce ne soit pas grave. Accepte ce diplôme qui n'est que le modeste prix de toutes ces années d'abnégations soutenues. Puisse ce jour être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de toute mon affection et de mon attachement profond. Que DIEU te bénisse, te protège, te comble de sa bonté et te garde encore longtemps pour nous. Merci spécial à tata Nicole. Jamais je n'oublierai tout ce qu'elle a fait pour moi. Je t'embrasse très fort.

♥ *A Mr FACHOLA Djiman :*

Ce travail est le fruit de vos soutiens, encouragements, conseils et votre affection à mon égard. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour tout ce que vous m'avez fait. Un bienfait n'est jamais perdu que le ciel vous en soit reconnaissant.

♥ *A Mr OMICHESSAN Mounirou :*

Papa Chess adoré, J'ai toujours été éblouie par ton grand cœur. Toujours prêt pour nous faire plaisir, tu n'as jamais ménagé d'efforts pour nous arracher un sourire. Ta joie de vivre, ton sens de l'humour et surtout ton esprit du partage sont des qualités qui font de toi un papa exemplaire. J'ai eu le privilège de faire ta connaissance et je remercie Dieu de m'avoir fait cet honneur car Tu es un être particulier, doté d'énormes qualités qui n'ont d'égal à mes yeux que mon admiration. Tu as été mon oreille quand j'ai eu besoin d'être écoutée. Merci de m'avoir toujours ouvert les bras, merci pour votre soutien et que le Seigneur notre Dieu nous aide à épanouir davantage ce magnifique lien qui nous unit qu'il vous assiste dans vos projets et vous garde sous sa protection. Je vous aime.

♥ **Au colonel GBESSEMEHLAN Denis :**

Merci pour vos soutiens, vos sages conseils, et pour avoir toujours cru en moi depuis ma tendre enfance ; ce travail est le résultat de vos encouragements. Trouvez-y l'expression de mon indéfectible attachement.

♥ **Au Dr LANWANSSONOU :**

Merci pour votre appui.

♥ **A Mr DEHOUMON Paul et sa famille :**

J'ai été séduite par votre abord facile et votre grandeur d'âme. Je suis si fière de vous avoir rencontré que je ne saurais vous remercier à votre juste valeur. Que le Tout puissant vous accorde la santé, la longévité et vous comble de sa grâce.

Merci pour tout.

♥ **A Mr TCHOGOUN Félix et sa famille :**

Trouvez ici l'expression de ma sympathie pour vous. Merci pour tout.

♥ **A Mr Raphael ADELAKOUN :**

Se faire accepter, comprendre et pouvoir compter sur une personne en tout moment est une grâce dont j'ai pu bénéficier par ton amitié. Tu es plus qu'un frère pour moi et je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi. Merci pour tout.

♥ **A Mr Bertrand HAZOUME :**

Plus qu'un ami tu es un frère pour moi. On s'est connu dans la joie, on a mûri dans la souffrance et par la grâce de Dieu, on a survécu. Tu es un homme que j'admire beaucoup de par ton courage et ton charisme, merci pour toutes ces fois où j'ai pu compter sur toi ; je te souhaite beaucoup de réussite dans toutes tes entreprises et plein de bonheur dans ton foyer. Bisous à Estelle.

♥ **A Mr AGBO Mayeul :**

Merci Nelmaya pour cette amitié sans faille et pour cette fidélité que tu m'as toujours témoignée. Malgré cette distance qui nous sépare, tu as toujours été là pour m'écouter sans te lasser et m'encourager dans les jours de déprime. Je te souhaite une brillante carrière et un heureux ménage. Que DIEU te bénisse.

♥ **A mes amis : Gérard, Emile, Juste, Aristide, Ludovic :**

Je remercie le Seigneur car des amis comme vous, ce n'est pas tous les jours qu'on les trouve. Plus que des amis vous êtes des frères. Vos constants coups de

fil, messages, mails m'ont toujours rappelé combien vous tenez à moi. Merci pour tous ces moments de joie que vous m'avez offerts jusqu'à présent. Que l'Eternel notre DIEU entretienne toujours ce magnifique lien qui nous unit car, j'en suis persuadée, entre nous le meilleur reste à venir.

♥ *A Mlle **MAMA Faoziath** :*

Plus qu'une amie tu as été pour moi une sœur. Je te remercie pour tous les bons moments passés à Bamako. Je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite dans tes projets.

♥ *A mes amies **YEDE Christelle** et **CHANOU Yasmine** :*

Pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Que le tout Puissant guide vos pas afin que vous finissiez vite et bien. Bonne carrière et heureux ménage à vous.

♥ *A mes ami (e) s Ingénieurs et futurs Ingénieurs :*

Montcho Elvire, Timson, Rodrigue TOSSA, Arnaud Sodji, Anziz Akadiri, Polycapè, Ismaël Sounkèrè, Abéla, Coulibaly, Paternè Sagbo, Nadine Zimé, Phrodi, Rama, Sandrine, Brice, Akon, Christiane d'Almeida, Romuald et Carmel, merci pour votre amitié et pour votre soutien.

♥ *A toutes mes ami (e) s :*

♥ *A mes promotionnaires : Euloge Houndonougbo, Serge Claco, Amoussou Léonel... Merci pour toutes ces années passées ensemble et pour votre soutien tout au long de mon cursus.*

♥ *A mes cadets de l'ÆÆSBM :*

Hervé, Hérodote, Juste, Stéphanie, Karel, Mohammed, Sinaps, Gladys, Yezid, Laurent, Chérazad, Yasmine, Vignon Ghislain, Abdel, Dorcas,... La vie à vos cotés n'a été que joie et plaisir. Bonne chance et du courage pour la suite.

♥ *Aux aînés les docteurs :*

Guédénon Charmance, Dèdjinou Edwige, Natchangandé Jules, Kayossi Espérance, Boro Moudachirou, Amoussou Géraud, Houndjè Patrice, ADAM BABA-BODY Abdel Amar, Wilfried Assogba, Assogba José, Muriel Méhoba, Irisse Houéhouha, Coovi Lisette, Zounon Raymonde, Merci pour l'accueil auprès de vous.

♥ *A toute mon équipe de garde :*

Pour ces gardes bien assurées, pleines de rires, d'entraides et d'efficacité.

♥ *A tous les chauffeurs de la compagnie Sindji :*

Merci pour tout.

♥ *A Mme Houéhounha Pascaline et ses enfants :*

Merci pour tout et que Dieu vous bénisse.

♥ *Au docteur BEMBA Harouna :*

Merci pour tout

♥ *A la famille DRAME :*

Vous êtes ma deuxième famille à Bamako. Avec vous c'était pareil d'être au Bénin comme au Mali pour moi. Que Dieu nous unisse davantage et vous gratifie de ses bienfaits. Mes sincères remerciements.

♥ *A la famille LY :*

Merci pour votre soutien et pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous en suis reconnaissante. Encore merci...

♥ *A la famille KAFANDO du Burkina Faso :*

Vous qui m'avez spontanément adopté, trouvez ici l'expression de tout l'amour que je vous porte.

♥ *A la famille CHICOU de Parakou :*

Merci pour tout.

♥ *A toute la famille GBODOGBE :*

♥ *A toutes les familles GBESSEMEHLAN, NOUDEGBESSI, VITCHOEDO, NOUDEKE :*

♥ *Aux anonymes :*

Tous ceux, qui à travers un parent, un ami ou une relation quelconque, m'ont aidé à l'aboutissement de ce travail. A vous tous, recevez ici, le témoignage de ma profonde gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

*A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU
JURY*

PROFESSEUR MAMADOU TRAORE

*Professeur Agrégé de Gynécologie obstétrique à la Faculté
de médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie ;
FMPOS*

Secrétaire général de la SAGO ;

*Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité
maternelle ;*

*Coordinateur National du Programme GESTA
Internationale ;*

*Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la
Commune V du District de Bamako.*

Cher Maître,

C'est pour nous un grand honneur de vous avoir à la présidence de ce jury malgré vos multiples responsabilités.

Votre rigueur scientifique et vos qualités humaines font de vous un maître estimé de tous.

Tout au long de votre enseignement nous avons été fascinés par votre sens élevé de la pédagogie mêlé à l'humour pour rendre plus digeste ce que vous transmettez.

Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre admiration et l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR SOUMANA OUMAR TRAORE

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique ;

Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune

V ;

Leader d'opinion Local du Programme GESTA au CSREF

Commune V ;

*Point Focal de la Césarienne au Centre de Santé de
Référence de la Commune V.*

Cher Maître,

*Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez
accepté de juger ce travail.*

*L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande admiration et de
l'estime que nous vous portons. Nous avons été marqués par vos qualités
scientifiques, votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre qualité
d'enseignant et de conseiller. Vous avoir dans ce jury est un immense privilège
pour nous.*

*Trouvez ici, cher Maître, le sentiment de toute notre profonde
reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR MOHAMED Diaby

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique ;

Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune II ;

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Vos qualités sont immenses et n'ont d'égal que notre admiration. Vous êtes un modèle de simplicité, de courtoisie, en un mot d'humanisme.

Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail.

Veillez trouver ici cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

*A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE
THÈSE*

PROFESSEUR SAMBA DIOP

Maître de conférences en anthropologie médicale ;

*Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie
et éthique publique/sociale à la faculté de médecine, de
pharmacie et d'odontostomatologie ;*

*Responsable de la section sciences humaines, sociales et
éthiques du SEREFO - Centre VIH-TB FMPOS et
NAID ;*

*Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine, de
pharmacie et d'odontostomatologie.*

Cher maître,

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail.

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées.

Soyez assuré ici de notre sincère reconnaissance.

Sommaire

DEDICACES.....	XII
REMERCIEMENTS.....	XXII
I.INTRODUCTION.....	1
I.1. ENONCÉ DU PROBLÈME.....	3
I.2. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	4
I.3. HYPOTHÈSES.....	6
I.4. OBJECTIFS.....	7
<i>II.1.1. Objectif général</i>	7
<i>II.1.2. Objectifs spécifiques</i>	7
III.CADRE THEORIQUE.....	9
I.5. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	9
I.6. DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT.....	14
I.7. MODÈLE D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ	16
I.8. MODÈLE THÉORIQUE	19
IV.METHODOLOGIE.....	23
I.9. CADRE DE L'ÉTUDE	23
<i>IV.1.1. Présentation de la Commune II</i>	23
<i>IV.1.2. Présentation du quartier de Médina-coura</i>	24
I.10. TYPE ET PÉRIODE D'ÉTUDE	25
I.11. POPULATION D'ÉTUDE.....	25
I.12. ECHANTILLONNAGE	26
I.13. CRITÈRES DE RECRUTEMENT DES CAS	26
I.14. COLLECTE, STOCKAGE, SAISIE ET ANALYSE DES DONNÉES	26
I.15. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	26
V.RESULTATS	29
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	47
VII.CONCLUSION.....	56
VIII.RECOMMANDATIONS	58
IX.REFERENCES	62
ANNEXES.....	70

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACOME	Association de Santé Communautaire de Médina coura
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CMLN	Comité Militaire de Libération Nationale
CPN	Consultation Périnatale
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
DRPS	Direction Régionale de la Population et de la Statistique
EDSM	Enquête Démographique de la Santé au Mali
FNUAP	Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations
IOTA	Institut Ophtalmologique Tropicale de l'Afrique
Km	Kilomètre
NSP	Ne Sait Pas
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMA	Paquet Minimum d'Activité
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des Schémas

SCHÉMA 1: CADRE CONCEPTUEL DU SYSTÈME DE SOIN D'APRÈS LE MODÈLE DE POOLE ET CARLTON (1986).....	18
--	-----------

Liste des tableaux

TABLEAU I : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LEUR ÂGE....	29
TABLEAU II : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LEUR STATUT MATRIMONIAL.....	29
TABLEAU III : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LE RÉGIME MATRIMONIAL.....	30
TABLEAU IV : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LA PROFESSION.....	30
TABLEAU V : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LA PROFESSION DE LEUR ÉPOUX.....	30
TABLEAU VI : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION.....	32
TABLEAU VII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LA RELIGION.....	32
TABLEAU VIII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON L'APPARTENANCE SOCIOCULTURELLE.....	33
TABLEAU IX : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LA PARITÉ	34
TABLEAU X : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON L'OPPORTUNITÉ DE LA GROSSESSE.....	34
TABLEAU XI : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LES SERVICES DE SANTÉ UTILISÉS EN PARTICULIER.....	35
TABLEAU XII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT.....	35
TABLEAU XIII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LES RAISONS DU CHOIX DU SERVICE UTILISÉ.....	36
TABLEAU XIV : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LA RÉALISATION DES CPN LORS DE LA GROSSESSE.....	36
TABLEAU XV : RAISONS AVANCÉES PAR LES FEMMES ENQUÊTÉES N'AYANT PAS RÉALISÉ LES CPN.....	37
TABLEAU XVI : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LE NOMBRE DE CPN RÉALISÉES AU COURS DE LA GROSSESSE.....	37
TABLEAU XVII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LA RÉALISATION DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.....	38
TABLEAU XVIII : RAISONS AVANCÉES PAR LES FEMMES ENQUÊTÉES N'AYANT PAS HONORÉ LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.....	38
TABLEAU XIX : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES EN FONCTION DE LEUR CONNAISSANCE SUR L'INTÉRÊT DES CPN.....	39
TABLEAU XX : RÉPARTITION DU NOMBRE DE VISITES EFFECTUÉES CHEZ LES FEMMES CONNAISSANT L'INTÉRÊT DES CPN.....	39

TABLEAU XXI : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LEURS CONNAISSANCES SUR LE NOMBRE DE CPN REQUIS.....	40
TABLEAU XXII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON L'ÂGE DE LA GROSSESSE À LA CPN1.....	40
TABLEAU XXIII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES EN FONCTION DE LEUR CONNAISSANCE PAR RAPPORT À L'ÂGE DE LA GROSSESSE À LA CPN1	41
TABLEAU XXIV : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE.....	41
TABLEAU XXV : VACCIN ANTITÉTANIQUE	42
TABLEAU XXVI : VACCINATION DES NOUVEAUX NÉS.....	42
TABLEAU XXVII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES EN FONCTION DES MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS.....	42
TABLEAU XXVIII : RÉPARTITION DES FEMMES PAR RAPPORT À L'ACCUEIL DES PRESTATAIRES DE SOINS EN FONCTION DES SERVICES DE SANTÉ UTILISÉS.....	42
TABLEAU XXIX : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LEURS OPINIONS SUR L'ÉTAT DES LOCAUX.....	43
TABLEAU XXX : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LEURS OPINIONS PAR RAPPORT À LA CONFIDENTIALITÉ DE LA CONSULTATION.....	44
TABLEAU XXXI : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LEURS OPINIONS PAR RAPPORT AU COÛT DES PRESTATIONS.....	44
TABLEAU XXXII : RÉPARTITION DES FEMMES ENQUÊTÉES SELON LEURS OPINIONS PAR RAPPORT À LA SATISFACTION DU SERVICE OFFERT.....	45

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Dans les sociétés africaines, la naissance constitue l'un des facteurs qui conditionnent le statut social d'une femme. La venue d'un enfant est toujours

source de multiples réjouissances. Attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi, sont les vœux de toute femme [1].

La grossesse, si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas toujours la cause d'allégresse qu'elle devrait être. En effet, elle peut être, une grande souffrance à l'issue souvent fatale [1].

A l'aube du nouveau millénaire, dans un monde qui connaît une croissance économique traversée par des crises de valeurs éthiques et des progrès technologiques sans précédent, il y a toujours un nombre alarmant de femmes qui meurent au cours de la grossesse et de l'accouchement [1].

En 1996, il a été rapporté que chaque minute, chaque jour, quelque part dans le monde, une femme meurt de complications de la grossesse et ou de l'accouchement [2].

Chaque année, plus de 150 millions de femmes sont sujettes à des grossesses dans les pays en développement. Près de 500 000 d'entre elles meurent de causes liées à la grossesse et 50 millions souffrent d'une complication grave de la grossesse qui, faute de soins obstétricaux qualifiés, risquent d'entraîner un décès ou une pathologie grave [2].

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15- 49 ans) représentent 21,28% de la population [3]. Dans ce groupe, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100 000 [4].

La consultation prénatale (CPN) est une activité préventive dont le but essentiel est d'assurer la réduction de la mortalité périnatale et maternelle, de même que l'éducation sanitaire des mères. Maillon essentiel dans la lutte contre la mortalité maternelle, la consultation prénatale doit s'efforcer de prendre en charge l'ensemble des femmes enceintes.

I.1. Enoncé du problème

La majorité des études menées jusqu'ici concernant les soins prénatals dans le district de Bamako n'ont concerné que l'évaluation de la qualité de la consultation prénatale. Les résultats de l'EDSM IV (2001-2006) révèlent que la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale auprès du personnel qualifié est passée de 58% à 70%. Malgré l'amélioration des soins prénatals au cours des cinq (5) dernières années la mortalité maternelle reste élevée au Mali [5]. En effet parmi les 70% des femmes qui effectuent au moins une visite prénatale, nombre d'entre elles n'y reviennent plus assurer la continuité des soins prénatals. C'est ce que Béninguisse et Nikiéman appellent déperdition des soins prénatals [6]. Les études concernant le dynamisme d'utilisation des soins prénatals ont été laissées pour compte. La majorité des femmes qui suivent les soins prénatals ne les font pas en général de manière régulière [7] pourtant, l'un des intérêts de la consultation prénatale (CPN) est d'aider à la préparation d'un accouchement sous assistance médicale (avec éventuellement des soins obstétricaux d'urgence) dont l'efficacité pour la lutte contre la mortalité maternelle a été empiriquement démontrée. [8]

Par exemple au Tchad, la probabilité pour une femme ayant effectué la troisième visite prénatale d'effectuer une visite supplémentaire demeure faible (0,60) d'où une probabilité de déperdition de 0,40 (1-0,60) [8].

La déperdition des soins prénatals n'est pas souhaitable parce que chaque période de la grossesse comporte son lot de risques avec une culmination à la fin de la grossesse, période à laquelle il est estimé que les deux tiers des décès maternels surviennent (Abou Zahr, cité par Béninguisse et Nikiéma, 2005) [6].

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être reçus à un stade précoce et, ce surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement [6].

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande au moins quatre (4) visites prénatales à intervalle régulier tout au long de la grossesse [9]. Compte tenu de la montée galopante de la pandémie du VIH/SIDA, l'irrégularité des soins prénatals contribuerait à compromettre la prévention de la transmission de la mère-enfant [9].

La couverture prénatale si elle atteint des niveaux appréciables dans certaines régions du monde demeure encore insuffisante dans les pays en voie de développement.

I.2. Justification de l'étude

L'importance de la consultation prénatale est démontrée dans de nombreuses études. Dans la région de Zaria (Nigeria), le taux de mortalité maternelle est de 130 pour 1000 pour les femmes suivies en CPN. Il passe à 2860 pour les femmes non suivies [10].

En 1958, la célèbre enquête anglaise du British Perinatal Mortality Survey avait montré que l'absence de consultation prénatale multipliait par cinq (5) le risque de mortalité périnatale [11].

On estime que près de deux tiers (2/3), des huit millions de décès des nourrissons enregistrés chaque année sont dus, en grande partie, au mauvais état de santé de la mère, à son hygiène défectueuse, à des soins inadaptés, à une mauvaise prise en charge de l'accouchement et à l'absence de soins essentiels pour le nouveau-né [12].

Dans ce contexte l'OMS a intensifié ses efforts pour améliorer les soins de santé maternelle, en particulier pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour les populations, l'OMS a lancé un programme mondial d'activités qui prévoit le recueil, l'analyse et la diffusion d'information sur la mortalité maternelle et néonatale et sur l'amélioration et l'extension de la couverture des soins de santé maternelles [13].

D'après le rapport sur la santé dans le monde élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2003, chaque année plus de 30 millions de femmes enceintes et en accouchement sont victimes de souffrance, de problèmes de santé ou de décès [14].

La majorité des décès dus à des causes maternelles pourraient être évités si les femmes enceintes observaient régulièrement les CPN et recevaient des soins prénatals appropriés. Si leur accouchement était assisté par du personnel médical formé et si après l'accouchement elles bénéficiaient d'un suivi post-natal [8].

La recherche peut avoir plusieurs visées, elle est dite fondamentale lorsqu'elle fournit des données de base scientifiques. Elle est dite étiologique lorsqu'elle permet de rattacher l'événement à une cause. On connaît les causes de mortalité maternelle, cela ne constitue plus des sujets de recherche. La recherche appliquée, opérationnelle ou recherche action est celle qui met en œuvre une intervention, que nous parlerons dans notre étude [15].

En décembre 1990 le Mali a adopté la politique sectorielle de santé de la population. Cette politique est caractérisée par le développement décentralisé des services de santé sur la base de la concentration de la population. Elle définit le cadre d'information en matière de santé de la population au Mali. Les objectifs spécifiques de cette politique sont :

- Etendre la couverture sanitaire ;
- Instituer un système de soins de santé fiable et performant ;
- Réduire la morbidité et la mortalité de la population ;
- Développer les services de planning familial [16].

La stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs met l'accent sur l'extension par le développement rationnel et judicieux des centres de santé. Au niveau de ces centres de santé sera assurée une offre intégrée des activités socio-sanitaires (Paquet Minimum d'Activité). Le PMA comporte des soins de qualité

avec des activités curatives préventives promotionnelles couvrant les besoins fondamentaux des populations. Les CPN constituent l'un des volets essentiels de ce paquet minimum d'activités. Elles occupent une place de choix dans les besoins prioritaires de santé de la mère et de l'enfant. La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé a été satisfaisante dans l'ensemble.

Malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur les CPN, le niveau réel de l'utilisation des services de santé maternelle dans nos centres n'est pas connu avec précision. L'irrégularité des soins prénatals constitue une menace pour la santé de la mère et de l'enfant. Elle nécessite une attention particulière. Ses fondements sont mal connus et peu documentés.

I.3. Hypothèses

- La fréquentation des services de soins prénatals est liée au bon accueil et à la qualité des soins ;
- La fréquentation des services de soins prénatals est fonction des facteurs d'ordre économique (faible revenu des populations, coût élevé des soins) ;
- La fréquentation des services de soins prénatals dépend des facteurs d'ordre socioculturel, l'utilité des soins de santé de la reproduction et l'insuffisance d'informations sur l'importance des soins pré et post natals.

I.4. Objectifs

II.1.1. Objectif général

- Contribuer à une meilleure compréhension des logiques des femmes incitant à une utilisation pertinente des services de soins prénatals.

II.1.2. Objectifs spécifiques

- Apprécier le niveau de connaissances des femmes sur l'utilisation des soins prénatals ;
- Identifier les facteurs socio-économiques environnementaux qui influencent l'utilisation des soins prénatals ;
- Rapporter les opinions des femmes sur la qualité des soins prénatals.

CADRE THEORIQUE

III. CADRE THEORIQUE

I.5. Revue de la littérature

La tendance dans les études réalisées sur la santé maternelle et infantile est bien souvent de se focaliser uniquement au niveau individuel en analysant les comportements des femmes, sans tenir compte de leur environnement social et familial, ni de leur pouvoir de décision. Ces études tendent le plus souvent à privilégier le contexte socio-culturel comme le principal élément déterminant de certains comportements. Cette vision conduit parfois à des interprétations culturalistes. La population et ses valeurs culturelles sont désignées comme unique responsable des comportements et comme facteurs d'entraves à certains changements [17].

Or bien d'autres éléments, tout particulièrement en matière de santé de la reproduction, doivent être considérés pour comprendre et expliquer les comportements de santé, et les processus décisionnels tant au niveau individuel que collectif. Ainsi, **la question de l'accès aux soins intervient comme un des facteurs déterminants**. Elle pose plus généralement le problème de l'offre de soins qui nécessite des analyses situationnelles des structures sanitaires afin d'appréhender leurs conditions de fonctionnement réel mais aussi le vécu des populations par rapport à ces structures [17].

L'analyse de cette offre implique une prise en compte de l'ensemble de médiateurs institutionnels qui interviennent dans la définition et l'exécution des actions en matière de santé : le secteur de la médecine traditionnelle, les structures sanitaires officielles, du domaine public comme privé, les organisations non gouvernementales, les agences internationales, et les responsables nationaux des politiques sanitaires.

Les facteurs socio-économiques sont également des éléments déterminants de l'état de santé et des comportements des populations : le niveau d'instruction de la femme, de son conjoint, le statut économique du

ménage (statut des individus dans l'activité, revenus, répartition des tâches au sein de l'activité domestique et de production). Par exemple en milieu rural, le mode d'organisation des activités agricoles basé sur des besoins de main-d'œuvre importants participe au maintien d'une fécondité élevée. L'environnement familial joue aussi un rôle important dans les processus décisionnels en matière de santé de la reproduction en imposant parfois certaines normes de comportements [17].

Ainsi de nombreuses études ont montré le rôle des aînés dans les choix thérapeutiques (DOAN et BISHARAT, 1991 et OUEDRAOGO, 1994), mais aussi l'importance de la solidarité familiale dans la prise en charge des soins.

Les raisons pour lesquelles une femme meurt pendant la grossesse, l'accouchement ou durant la période post-partum sont nombreuses. On peut les classer en deux grands groupes : les causes médicales d'une part, et les causes non médicales d'autre part. Parmi ces causes non médicales interviennent des facteurs logistiques (défaillances dans le système de soins, problèmes de transport, etc.), mais aussi tous les facteurs sociaux, culturels et politiques qui ensemble déterminent le statut des femmes, leur santé, leur fécondité et les comportements en matière de santé [17].

La santé, concept facilement prôné par les politiques fait appel le plus souvent à des notions très délicates : stratégies, formations, sensibilisations, évaluations.

L'évaluation constitue ainsi la clé de voûte du succès de tout système de santé car elle permet de révéler les lacunes des plans de santé pendant leur mise en œuvre. Si l'adhésion ou la participation communautaire représente un des paramètres la plupart du temps utilisé au cours de l'évaluation, l'utilisation ou le recours des populations à des options sanitaires bien spécifiées en constitue un des principaux indicateurs. Ainsi, une utilisation rationnelle des services de santé peut entraîner une amélioration du bien-être et de la santé des populations. Dans certains des cas, lorsque cette utilisation est juxtaposée à des indicateurs de

l'état de santé tels que les incidences des maladies, les couvertures des soins ; elle permet de préjuger sur la qualité des politiques et stratégies de services en matière de santé.

Au Mali par exemple, la sous-utilisation des services de santé par les populations malgré la mise en œuvre de l'initiative de Bamako ajoutée au médiocre niveau de santé des populations (comme en témoignent les taux élevés de mortalités infantiles et infanto-juvéniles respectivement 113 et 229 pour mille naissances vivantes ; de mortalité maternelle 582 pour mille accouchements [18]) constitue une preuve palpable de l'échec des politiques de santé dans le pays.

L'utilisation des services est un indicateur de résultat et en dehors de l'aspect politique, plusieurs autres éléments peuvent intervenir comme atout de motricité. Ce sont : la notion des maladies, l'information et la sensibilisation des populations, le vécu socioculturel, les comportements et attitudes du personnel, les facilités financières faites aux usagers, la réputation du centre de santé, la nature du geste médical.

La notion de maladie : elle est diversement perçue selon qu'on soit professionnel sanitaire ou usagers de service. Le terme maladie va recouvrir diverses dimensions :

- L'affection objective médicalement définie par la symptomatologie, la fonction atteinte, l'étiologie, la gravité et dont le diagnostic nécessitera au préalable des démarches médicales ;
- L'affection subjective : elle peut être ressentie sans être reconnue (dysfonctionnement ressenti, présomption de diagnostic qui n'est pas forcément le diagnostic objectif) ; ou peut être socialement reconnue (l'état du malade qui va conditionner et entraîner un ensemble d'attitudes et une prise en charge culturellement définie.) ; ou encore elle peut procéder d'un événement caractéristique à un stade donné du

développement biologique comme par exemple la considération dans les régions fortement infestées de schistosomiasis urinaires ; de l'hématurie chez les garçons comme étant un simple signe de puberté.

L'information et la sensibilisation des populations : elle vise un changement dans le comportement des populations en rapport avec la fréquentation des services de santé. Son rôle sera d'éduquer les familles et ménages à reconnaître de façon objective les signes de danger et les priorités de santé, ainsi que la nécessité de recourir aux structures de santé avant d'éventuels cas d'aggravation de leur état de santé. Exemple des indigènes qui selon des enquêtes menées préfèrent reléguer les soins de santé moderne au second plan ; en témoigne les propos recueillis d'une femme : si mes enfants tombent malades, je les emmène d'abord chez mon beau-père qui est guérisseur. En l'absence d'amélioration je les emmène au CSCCom. Fin de citation.

Le vécu socio-culturel : Le type de maladie déterminera le type de service.

- les maladies attribuées à des facteurs surnaturels ou considérées trop graves dépassant la nature humaine sont adressées soit aux guérisseurs soit à des charlatans ;
- des enquêtes ont montré que dans certaines localités le besoin de se nourrir précède le besoin de santé [18] ;
- la fréquence de certains services peut être considérée comme honteuse : au Lesotho par exemple, la malnutrition est liée à la mauvaise conduite de la mère ; les services de grossesse sont difficiles à fréquenter pour les jeunes filles enceintes.

La réputation du centre de santé, les comportements et attitudes du personnel soignant :

- Exemple 1 : Le CSCom de Banankabougou en commune VI de Bamako qui a à sa tête : des médecins, des étudiants stagiaires de la faculté de médecine, des infirmières offrant un service permanent, un personnel dynamique et la rigueur dans le travail affiche chaque année des performances à la hausse : 0,49 consultation par enfant chaque année ; 0,48 consultation curative par personne chaque année ; 80% des taux d'accouchement [18].
- Exemple 2 : Sur la qualité de l'accueil : depuis que le personnel a changé de comportement en matière d'accueil, les gens se déplacent vers le centre. Fin de citation des propos d'un chef de village lors d'une enquête en milieu rural au Mali [18].

Les facilités financières aux usagers par des crédits, des mutualités, des possibilités d'emprunts, des paiements différés sont tous autant des facteurs favorisant le changement des populations démunis vis-à-vis des services de santé.

La nature du geste médical : dans certaines localités du Mali, les patients ont plus confiance aux injections car selon eux, elles guérissent vite. La seringue du "Dokotoro" est extraordinaire ; avis d'un patient lors d'une enquête en milieu rural au Mali [18].

Les résultats d'une étude sur la qualité des soins en milieu urbain (Bamako) restitués en 2000, ont permis de faire un certain nombre de constats [19]:

- Le coût élevé de la consultation (la surfacturation, la multiplicité des ordonnances) et du transport agissent négativement et de façon significative sur la demande de soins quelque soit le type de formation et le statut économique du malade ;

- Il existe une iniquité dans l'accès aux soins : les pauvres ont surtout recours à l'automédication (coût moins élevé de l'ordre de 300 à 350 FCFA et aux tradi-thérapeutes.

Vu toutes ces remarques, le constat est fait que depuis l'initiative de Bamako, beaucoup d'efforts ont été mis en œuvre pour répondre aux questions concernant la fréquentation des services de santé de niveau I au Mali dont les taux jusqu'à nos jours demeurent bas.

Afin d'améliorer substantiellement la compréhension des facteurs contribuant à la mauvaise santé chez les femmes, les enquêtes quantitatives devraient être complétées par des micro-études de type anthropologiques ou sociologiques (BOERMA et VANGINNEKEN¹, 1991 ; STREATFIELD et al. 1991, cité par BARBIERI, 1991). Ce type d'étude offre la possibilité d'améliorer la connaissance des facteurs déterminant l'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) modernes dans les pays en développement, d'identifier et d'obtenir une description qualitative de certains processus sociaux (par exemple le processus de décision entourant le recours aux soins, les forces culturelles et autres qui sous-tendent le comportement de la communauté, etc.) et de leurs implications sur la santé des femmes [17].

I.6. Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes, les **déterminants financiers** (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les **déterminants liés à la qualité des soins** (qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant/soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les **déterminants socioculturels** [20].

Les **autres déterminants** sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [20].

Dans une étude réalisée en 2005 par Mushagalusa SALONGO [21] sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services, il ressort que l'utilisation des services de santé est un évènement dichotomique, soit l'individu utilise soit il n'utilise pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi deux individus ayant des caractéristiques socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

Selon leurs observations, une étude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale [22] a révélé que l'accès aux soins de santé existe quand il y a utilisation des services de santé et dans ce contexte il prend la forme d'un « **accès réalisé** ». Dans le cas contraire, quand il n'y a pas utilisation des services de santé ou quand cette utilisation est limitée face à un besoin, cet accès devient un « **accès potentiel** » et plusieurs obstacles sont présumés (**Northam, 1996**) [22]: il existe des obstacles qui sont d'abord d'ordre géographique quand il est nécessaire de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins, d'autres sont d'ordre **financier** et se retrouvent surtout dans les pays où il n'existe pas de système d'assurance maladie couvrant l'ensemble de la population tels qu'aux **Etats-Unis**. Certains obstacles d'ordre temporel se trouvent dans les pays comme la **Grande Bretagne** où existent de longues listes d'attente pour des opérations courantes [22].

Il existe d'**autres obstacles** à l'accès aux soins de santé qui sont d'ordre **social et culturel** : **social** parce que les catégories favorisées peuvent plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de relation ou de leur information et **culturel**, car des croyances ou des modes de

représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins [22]. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour des pays où existent des minorités ethniques (**Lucas Gabrielli, Nabet et Tomeler 2001**) [22].

D'après **Kroeger (1983)** qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en voie de développement selon une étude réalisée en 2000 par **SISSOKO H.** sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [23], il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante :

- **Caractéristiques des individus ou les facteurs prédisposant** : socio-démographiques (l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut matrimonial, la religion, l'ethnie) ;
- **Caractéristiques liées à la maladie, aux perceptions** qu'ont les patients de la maladie : le caractère chronique ou aigu, sévère ou bénin de la maladie, les contextes étiologiques attribués à celle-ci et les bénéfices attendus de l'utilisation d'une ressource de santé ou d'une autre ;
- **Caractéristiques des services offerts et les perceptions** qu'ont les patients ou les facteurs facilitant : l'accessibilité géographique, l'acceptabilité des dispensateurs de soins, l'attrait généré par la qualité des soins, les coûts.

I.7. Modèle d'utilisation des services de santé

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (**Andersen 2001**) [23], constitue le cadre de référence de cette étude. Le modèle suggérait que l'utilisation des services de santé est fonction de la prédisposition des personnes à utiliser ces services, des éléments qui facilitent ou entravent cette utilisation et des besoins des personnes à recourir aux soins. L'unité de mesure était la famille.

En 1992, un modèle d'utilisation appliqué aux pays en développement a été proposé par **Fournier P et Haddad**. Il s'agit d'un modèle séquentiel dans lequel on distingue trois étapes très liées par différents mécanismes :

- **L'émergence du besoin de santé ;**
- **L'expression du besoin de service et le choix d'un prestataire ;**
- **La concrétisation de ce besoin** qui se traduira par des comportements d'utilisation et de non utilisation [23].

Cependant, l'élément principal du modèle, reste le comportement des individus en particulier au niveau de leur utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent en termes d'état de santé et de satisfaction des services [22]. Le modèle comporte donc quatre variables : les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [22].

Les caractéristiques contextuelles sont réparties en **éléments prédisposant** (caractéristiques démographiques, caractéristiques sociales et les croyances) à l'utilisation des services de santé, en **éléments favorisant** l'utilisation des services de santé (politique de santé, financement et organisation des services de santé), et en **besoins ressentis** (mesures de santé liées à l'environnement, et indicateurs de santé tels que le taux de mortalité de morbidité et de handicap) ou évalués justifiant l'utilisation des services de santé.

Les caractéristiques individuelles qui présentent les mêmes caractéristiques que les précédents.

Les comportements de santé relèvent des pratiques individuelles de santé, du processus de soins et de l'utilisation des services de santé.

Les résultats peuvent découler de l'utilisation des services : l'état de santé perçu, l'état de santé évalué et la satisfaction du patient.

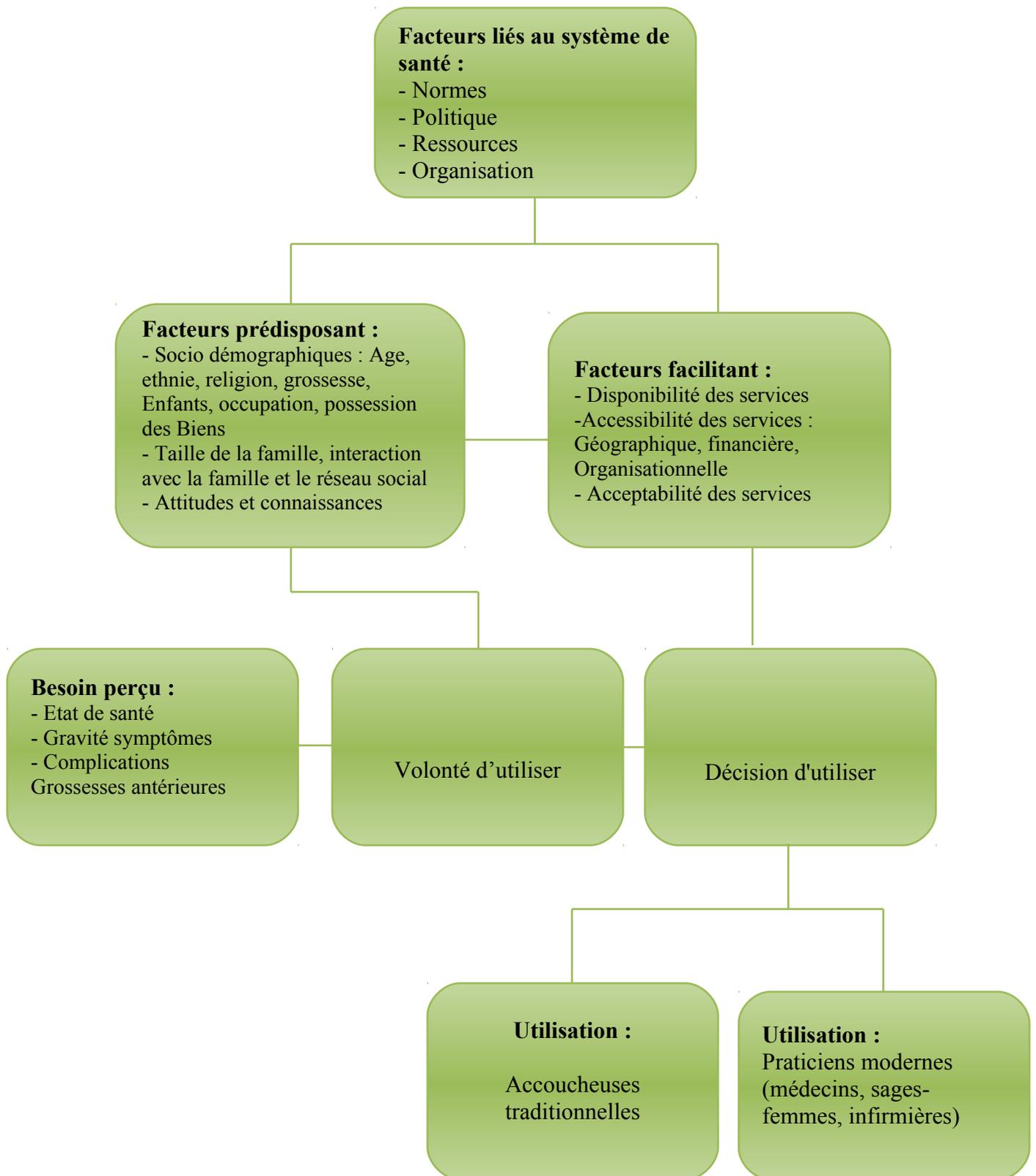


Schéma 1: Cadre conceptuel du système de soin d'après le modèle de POOLE ET CARLTON (1986).

I.8. Modèle théorique

Malgré l'amélioration des soins prénatals au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée au Mali, comme dans le reste des pays de la région, avec des taux se situant autour de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [5]. Les résultats de l'EDSM-IV suggèrent que le comportement procréateur, mais aussi les conditions sanitaires, continuent à constituer un risque important de mortalité dans un pays où la fécondité reste encore très élevée. La fécondité précoce, les grossesses rapprochées, le manque de soins prénatals et l'absence d'assistance à l'accouchement sont autant de facteurs qui font courir aux femmes des risques élevés de décès lors de l'accouchement.

A cet égard, au Mali, comme dans les autres pays de l'Afrique au Sud du Sahara, pour parvenir à une réduction de la mortalité maternelle, des efforts devraient être entrepris principalement dans deux domaines [5] :

- La disponibilité des soins prénatals et la possibilité d'accoucher dans les établissements sanitaires, surtout en zone rurale ;
- L'éducation des femmes, des familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à hauts risques et, en particulier, les accouchements de femmes très jeunes.

En outre, des programmes éducatifs devraient insister sur le fait que les femmes enceintes à risque doivent être conduites dans des établissements équipés pour prendre en charge les cas d'accouchement avec complications. Par rapport aux résultats des enquêtes précédentes, on constate une amélioration régulière de la proportion de femmes ayant effectué un suivi prénatal.

En effet, entre, l'EDSM-III de 2001 et l'EDSM-IV de 2006, la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale auprès de personnel formé est passée de 58% à 70%.

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que, dans 30% des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Dans 23% des cas, la première visite prénatale a eu lieu entre 4 et 5 mois de grossesse et, dans 13% des cas, elle a eu lieu relativement tard, entre 6 et 7 mois de grossesse. Enfin, on constate que dans 3% des cas, les femmes ont attendu le dernier stade de la grossesse pour effectuer la première visite prénatale.

Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s'établit à 4,3 d'où **la consultation du premier trimestre semble tardive**. Cette consultation ne permet de dépister les situations à risque qu'après le début de la grossesse. Certains couples ou certaines femmes repartent angoissés lorsque ces facteurs de risques sont évoqués [24].

Pour mémoire, la grossesse se divise en quatre périodes : **la phase pré-embryonnaire, embryonnaire, fœtale et néonatale**.

La période pré-embryonnaire débute dès la conception, alors que la femme ne connaît pas encore sa grossesse. L'œuf se segmente et a des échanges avec son environnement. Tout élément exogène peut donc engendrer des lésions. La nicotine par exemple peut à ce stade provoquer des troubles du développement.

La phase embryonnaire (organogenèse) débute dès le 13^{ème} jour après la conception. Le risque tératogène est maximal. Les facteurs sont parfois maternels tels qu'une pathologie préexistante (épilepsie, diabète), l'état nutritionnel (carence, sous ou surpoids), ou l'âge. Les consultations au cours du premier trimestre de la grossesse interviennent donc trop tard dans le développement de l'embryon. Elle ne permet pas une bonne prévention des risques malformatifs.

Pour mémoire, la fermeture du tube neural se situe 28 Jours après la conception. Une supplémentation en acide folique débutée lors de la première consultation de grossesse ne protège pas d'une anomalie. Ce retard de la

première consultation prénatale constitue un facteur limitant dans la surveillance correcte de la grossesse [24].

En effet parmi les 70% qui effectuent au moins une visite prénatale, nombre d'entre elles n'y reviennent plus assurer la continuité des soins prénatals. C'est ce que Béninguisse et Nikiéman appellent déperdition des soins prénatals [6].

Par exemple au Tchad, la probabilité pour une femme ayant effectué la troisième visite prénatale d'effectuer une visite supplémentaire demeure faible d'où une probabilité de déperdition de 40% [8].

La déperdition des soins prénatals constitue une menace pour la santé de la femme. Elle nécessite une attention particulière.

Cette piste de recherche a été jusqu'ici ignorée des études antérieures se rapportant à l'utilisation des services de santé maternelle. C'est ainsi que cette étude se propose d'évaluer des connaissances et attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals afin de formuler des recommandations dans le but de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité materno-foetale au niveau du quartier de Médina-coura de la Commune II du District de Bamako.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

I.9. Cadre de l'étude

IV.1.1. Présentation de la Commune II

❖ Données géographiques

La Commune II du District de Bamako est une commune urbaine qui couvre une superficie de **16,81km²**. Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger ; elle est limitée :

- Au Nord par le pied de la colline du point G ;
- A l'Est par le cours du marigot Korofina ;
- A l'Ouest par la limite de la route goudronnée Boulevard du peuple passant devant l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs ;
- Au Sud par le fleuve Niger.

❖ Données démographiques

La Commune II du District de Bamako est composée d'une population cosmopolite ; elle regroupe les différentes ethnies du Mali. Sur la base du recensement de la population et de l'habitat en 1998 de la Direction Régionale de la Population et de la Statistique (DRPS), la population de la commune II était de 143 116 habitants en 2003, 147 094 en 2004 et de 151 120 en 2005 dont **75083 femmes**, soit une densité de **8653 habitants/km²**. Le taux d'accroissement général de la population est de **2,7%** entre 2003 et 2004 et qui reste stable entre 2004 et 2005.

En 1978, la commune II comme toutes les communes du district de Bamako a été créée par l'ordonnance N° 78-34 CMLN du 18 Août 1978. Avec l'avènement du pluralisme politique suite aux événements de Mars 1991 la loi

N°96 025 du 18 Février 1996 fixe le statut spécial du district de Bamako avec ces 6 communes. La commune II issue de ce découpage administratif pour une meilleure participation des populations au développement local, compte aujourd'hui 12 quartiers : Niarela, Bozola, Bagadadji, Médina coura, Missira, Hippodrome, Quinzambougou, Bakaribougou, TSF, Zone Industrielle, Bougouba et N'Gomi.

❖ **Situation socio-économique et culturelle**

L'économie est essentiellement basée sur trois secteurs à savoir :

- Le secteur primaire : agriculture, pêche et élevage ;
- Le secteur secondaire : industrie ;
- Le secteur tertiaire : tourisme, commerce, institution financière .

L'Islam est la religion prédominante dans la Commune II ; on compte aussi quelques rares communautés chrétiennes. La Commune II abrite plusieurs établissements d'enseignements fondamental, secondaire, général, technique et professionnel. Le taux de scolarisation est cependant faible. L'analphabétisme, la délinquance, et le chômage demeurent encore des préoccupations sociales importantes.

IV.1.2. Présentation du quartier de Médina-coura

Notre étude a eu lieu dans le quartier de Médina-Coura qui a été tiré au sort parmi les douze (12) quartiers de la commune II du district de Bamako. Nous avons mené une enquête dans le but d'apprécier les normes et les attitudes en matière de grossesse et d'accouchement chez cette population.

Le quartier de Médina-Coura est situé dans la partie Nord-ouest de la commune II. Il est limité à l'est par le quartier de Missira, à l'ouest par le

quartier de Dar-es-salam, au nord par la colline du Point G et au sud par les quartiers de Bagadadji et Quinzambougou.

Le quartier de Médina-coura abrite une population estimée à 18372 habitants. Les principaux groupes socioculturels qu'on y rencontre sont les : Bambara, Dogon, Sarakolé, Peulh et Maures. Cette population vit dans 859 concessions abritant 2594 ménages. La couche juvénile est très importante et représente en effet une bonne partie de la population. Le quartier de Médina-coura dispose d'un centre de santé communautaire dénommé ASACOME (Association de Santé Communautaire de Médina-coura). Il est composé d'un dispensaire, d'une maternité et d'une pharmacie pour les soins, les accouchements, les consultations prénatales et post-natales.

I.10. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude de type quantitative, descriptive transversale auprès des mères ayant des enfants âgées de 0 à 5 ans basée sur la technique d'entretien directe porte à porte, sur la base d'un questionnaire testé au préalable, en vue de la collecte des différentes informations.

Notre enquête s'est étalée sur une période allant du 28 Avril au 10 Juin 2011.

I.11. Population d'étude

La population étudiée ici est constituée de l'ensemble des femmes ayant eu au moins une grossesse durant les cinq dernières années précédant l'enquête, résidant dans le quartier de Médina-Coura et ayant accepté de répondre aux questionnaires qui leur ont été adressés.

I.12. Echantillonnage

Nous avons utilisé dans notre enquête un échantillonnage prospectif qui a porté sur 500 femmes ayant eu au moins une grossesse durant les cinq dernières années précédant l'enquête.

I.13. Critères de recrutement des cas

Les critères d'inclusion à notre étude étaient :

- Toute femme ayant eu au moins une grossesse durant les cinq dernières années précédant l'enquête, résidant dans le quartier de Médina-Coura, et acceptant de répondre à nos questionnaires et ceux concernant leurs nouveau-nés ;

Les critères de non inclusion étaient :

- Toute femme ne voulant pas participer à notre étude ;
- Toute femme ne résidant pas dans ce quartier ;
- Toute femme dont le dernier enfant ait un âge supérieur à 5ans ;
- Toute femme ne pouvant pas répondre aux questionnaires à cause d'un déficit ou d'un handicap (déficience intellectuelle, démence...).

I.14. Collecte, stockage, saisie et analyse des données

La collecte des données s'est faite grâce à un questionnaire adressé aux femmes incluses dans l'étude. L'étude n'a concerné que les dernières grossesses dans le but d'éviter les omissions et les erreurs de mémorisation et d'avoir une information fiable. Le stockage des données a été fait dans la confidentialité.

Le document de thèse a été saisi sur le logiciel Microsoft Office Word 2010 et l'analyse des données collectées sur le logiciel SPSS version 12.0.

I.15. Considérations éthiques

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale faisait partie intégrante de la présente étude, nous avons :

- Informé des participants du but de notre étude et des procédures de notre enquête ;
- Répondu à toutes les questions qui nous ont été adressées en vue de leur faire comprendre nos objectifs ;
- Expliqué le caractère volontaire de leur participation ainsi que le principe de confidentialité inclus dans nos recherches afin d'obtenir leur consentement effectif pour le bon.

RESULTATS

V. RESULTATS

1- Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées :

Tableau I : Répartition des femmes enquêtées selon leur âge

Age	Effectif	Pourcentage
20 - 34 ans	302	60,4
Moins de 20 ans	124	24,8
≥35 ans	74	14,8
Total	500	100,0

A la lumière du tableau I, l'âge moyen des participantes est de 26,5 ans. L'âge minimum est de 14 ans tandis que l'âge maximum est de 49 ans. La tranche d'âge entre 20 et 34 ans se révélant majoritaires soit 60,4%.

Tableau II : Répartition des femmes enquêtées selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	461	92,2
Célibataire	31	6,2
Veuve	5	1,0
Divorcée	3	0,6
Total	500	100,0

Il ressort de ce tableau que, chez les femmes enquêtées les mariées étaient les plus nombreuses soit 92,2%.

Tableau III : Répartition des femmes enquêtées selon le régime matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée monogame	350	76,0
Mariée polygame	111	24,0
Total	461	100,0

Ce tableau montre que chez les femmes enquêtées, seulement 24% vivent selon le régime polygamique.

Tableau IV : Répartition des femmes enquêtées selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère / Femme au foyer	297	59,4
Vendeuse	68	13,6
Artisane	38	7,6
Elève/ Etudiante	27	5,4
Aide-Ménagère	23	4,6
Sans emploi	13	2,6
Autres*	10	2,0
enseignante	10	2,0
policière	8	1,6
agent comptable	6	1,2
Infirmière	5	1,0
Total	500	100,0

Autres* : Servante (4), Monitrice (3), Technicienne de surface (3).

De ce tableau, il ressort que les femmes au foyer étaient les plus nombreuses, soit 59.4%.

Tableau V : Répartition des femmes enquêtées selon la profession de leur époux

Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçant	135	27,0

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

Artisan	90	18,0
Ouvrier	75	15,0
Enseignant	41	8,2
Autres*	30	6,0
Chauffeur	25	5,0
Cultivateur	25	5,0
Agent comptable	22	4,4
Militaire	22	4,4
Sans emploi	15	3,0
Juriste	14	2,8
Infirmier	6	1,2
Total	500	100,0

Autres* : Marabout (5) ; Griot (4) ; Etudiant (3) ; Eleveur (2) ; Maitre coranique (3) ; Tradi-thérapeute (5) ; Cuisinier (3) ; Transitaire (2) ; Médecin (2)

De ce tableau, il ressort que les époux commerçants étaient les plus nombreux, soit 27%.

Tableau VI : Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction

Niveau de scolarité	Effectif	Pourcentage
Non instruites	189	37,8
Primaire	111	22,2
Secondaire	101	20,2
Supérieure	39	7,8
Ecole Coranique	17	3,4
Medersa	43	8,6
Total	500	100,0

Chez les femmes enquêtées, les non instruites étaient les plus nombreuses soit 37,8%.

Tableau VII : Répartition des femmes enquêtées selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmane	491	98,2
Chrétienne	6	1,2
Animiste	3	0,6
Total	500	100,0

Chez les femmes enquêtées, les musulmanes étaient les plus nombreuses, soit 98,2%.

Tableau VIII : Répartition des femmes enquêtées selon l'appartenance socioculturelle

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	178	35,6
Peulh	82	16,4
Sarakolé	69	13,8
Malinké	34	6,8
Autres*	32	6,4
Dogon	22	4,4
Sénoufo	20	4,0
Sonraï	17	3,4
khassonké	16	3,2
Mianka	15	3,0
Maures	15	3,0
Total	500	100,0

Autres* : Dafing (9) ; Bozo (7) ; Bobo(6) ; Bassa (2) ; Mossi (3) ; Wolof (5).

Chez les femmes enquêtées, les Bambaras étaient les plus nombreuses soit 37,8%.

2-Antécédents obstétricaux

Tableau IX : Répartition des femmes enquêtées selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Paucipare (2 à 3 accouchements)	242	48,4
Primipare (1 accouchement)	144	28,8
Multipare (4 à 6 accouchements)	69	13,8
Grande multipare (plus de 7 accouchements)	24	4,8
Nullipare (0 accouchement)	21	4,2
Total	500	100,0

Chez les femmes enquêtées, les paucipares étaient les plus nombreuses soit 48,4%.

Tableau X : Répartition des femmes enquêtées selon l'opportunité de la grossesse

Grossesse souhaitée	Effectif	Pourcentage
Oui	378	75,6
Non	122	24,4
Total	500	100,0

Chez les femmes enquêtées, les grossesses jugées opportunes étaient les plus nombreuses soit 75,6%.

3-Utilisation des services de santé

Tableau XI : Répartition des femmes enquêtées selon les services de santé utilisés en particulier

Services de santé	Effectif	Pourcentage
CSCom	203	40,6
CSRéf	189	37,8
Centre Hospitalier Universitaire	61	12,2
Structures sanitaires privées	40	8,0
Médecine traditionnelle	7	1,4
Total	500	100,0

Il ressort de ce tableau que le CSCom est la première structure fréquentée par les femmes enquêtées soit 40,6% suivi du CSRéf soit 37,8%.

Tableau XII : Répartition des femmes enquêtées selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage
CSCom	201	45,7
CSRef	172	39,1
Centre Hospitalier Universitaire	44	10,0
Domicile	15	3,4
Structures sanitaires privées	8	1,8
Total	440	100

La majorité des femmes enquêtées a accouché au CSCom, soit 45,7%.

Tableau XIII : Répartition des femmes enquêtées selon les raisons du choix du service utilisé

Raisons évoquées	Effectif	Pourcentage
Etablissement proche du domicile	279	56,0
Je connais quelqu'un dans cet établissement	154	30,9
Personnel compétent	34	6,8
Conseils d'une connaissance	10	2,0
Les structures sont bonnes	9	1,8
Personnel accueillant	9	1,8
Les tarifs sont peu élevés	5	1,0
Total	500	100,0

La proximité du centre aux domiciles des gestantes ainsi que la connaissance d'un personnel du centre étaient les raisons essentielles évoquées par les femmes pour le choix du centre. Sur la compétence du personnel, le centre est fréquenté par 6,8% des gestantes.

4- Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals.

Tableau XIV : Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation des CPN lors de la grossesse

CPN	Effectif	Pourcentage
Oui	463	92,6
Non	37	7,4
Total	500	100,0

La majorité des femmes enquêtées a au moins une CPN au cours de leur grossesse soit 92,6%.

Tableau XV : Raisons avancées par les femmes enquêtées n'ayant pas réalisé les CPN

Raisons	Effectif	Pourcentage
Ignore l'importance	24	64,9
Manque d'argent	6	16,2
NSP	5	13,5
Refus de la belle mère	2	5,4
Total	37	100,0

L'ignorance a été l'argument majoritairement avancé pour expliquer la non faisabilité des CPN soit 64,9%.

Tableau XVI : Répartition des femmes enquêtées selon le nombre de CPN réalisées au cours de la grossesse

Nombre de visites	Effectif	Pourcentage
Entre 1 et 3	263	52,6
≥ 4	200	40,0
0	37	7,4
Total	500	100,0

La majorité des femmes enquêtées a fait moins de quatre (4) CPN au cours de leur grossesse, soit 52,6%.

Tableau XVII : Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation des examens complémentaires

Réalisation des examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Oui	338	70,85
Non	125	29,15
Total	463	100,0

La majorité des femmes enquêtées a réalisé des examens complémentaires soit 70,85%.

Tableau XVIII : Raisons avancées par les femmes enquêtées n'ayant pas honoré les examens complémentaires

Motif de non réalisation des examens	Effectif	Pourcentage
Ignorance	52	41,6
Cherté des examens	38	30,4
Manque d'argent	27	21,6
Je ne sais pas	8	6,4
Total	125	100

41,6% des gestantes ignoraient l'importance du bilan prénatal.

Tableau XIX : Répartition des femmes enquêtées en fonction de leur connaissance sur l'intérêt des CPN

Connaissance de l'intérêt des CPN	Effectif	pourcentage
Oui	376	75,2
Non	124	24,8
Total	500	100,0

Il ressort de ce tableau que la majorité des femmes enquêtées connaît l'intérêt des CPN soit 75,20%.

Tableau XX : Répartition du nombre de visites effectuées chez les femmes connaissant l'intérêt des CPN

Nombre de visites effectuées	Effectif	Pourcentage
1 à 3 Visites	174	46,28
≥ 4	200	53,19
0 Visite	2	0,53
Total	376	100

Parmi les femmes qui connaissent l'intérêt des CPN, celles ayant effectué 4 visites ou plus étaient les plus représentées soit 53,19%.

Tableau XXI : Répartition des femmes enquêtées selon leurs connaissances sur le nombre de CPN requis

Nombre de visites	Effectif	Pourcentage
Au moins 4	208	41,6
Plus de 4	200	40,0
Ne sait pas	92	18,4
Total	500	100,0

La majorité des femmes enquêtées connaît le nombre de CPN requis soit 41,6%.

Tableau XXII : Répartition des femmes enquêtées selon l'âge de la grossesse à la CPN1

Age de la grossesse à la CPN1	Effectif	Pourcentage
Plus de 3 mois	245	53
≤ 3 mois	218	47
Total	463	100,0

La majorité des femmes enquêtées a fait leur CPN1 à plus de 3 mois soit 53%.

Tableau XXIII : Répartition des femmes enquêtées en fonction de leur connaissance par rapport à l'âge de la grossesse à la CPN1

Age de la grossesse à la CPN1	Effectif	Pourcentage
A 3 mois	210	42
Moins de 3mois	122	24,4
Plus de 3mois	107	21,4
Ne sait pas	61	12,2
Total	500	100,0

La majorité des femmes enquêtées pense que la CPN1 doit être faite à 3 mois.

Tableau XXIV : Répartition des femmes enquêtées selon l'utilisation d'une méthode contraceptive

Contraception	Effectif	Pourcentage
Oui	175	39,8
Non	265	60,2
Total	440	100,0

Parmi les femmes enquêtées, seulement 39,8% ont recours à une méthode contraceptive.

Tableau XXV : Vaccin antitétanique

Vaccination	Effectif	Pourcentage
Oui	463	100,0
Non	0	0,0
Total	500	100,0

Toutes les femmes ayant réalisées leur CPN ont été vaccinées.

Tableau XXVI : Vaccination des nouveaux nés

Vaccination	Effectif	Pourcentage
Oui	434	98,63
Non	6	1,37
Total	440	100,0

Presque tous les nouveaux- nés ont été vaccinés soit 98,63%.

5-Dimension de l'accessibilité des soins

Tableau XXVII : Répartition des femmes enquêtées en fonction des moyens de transport utilisés

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
A pied	355	71,3
Taxi	89	17,9
Véhicule personnel	25	5,0
Moto	19	3,8
Transport collectif	12	2,4
Total	500	100,0

Une forte proportion des gestantes venait au centre à pied soit 71,3%. Cela est dû à la proximité du centre au domicile des femmes.

Tableau XXVIII : Répartition des femmes par rapport à l'accueil des prestataires de soins en fonction des services de santé utilisés

Attitude du prestataire	Effectif	Pourcentage
-------------------------	----------	-------------

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

Attentive et polie	373	75,2
Indifférente	93	18,8
Désagréable	34	6,8
Total	500	100,0

L'accueil a été jugé bon par 75,2% des femmes enquêtées.

Tableau XXIX : Répartition des femmes selon leurs opinions sur l'état des locaux

Etat des locaux	Effectif	Pourcentage
Propres	465	93 ,4
Pas mal	21	4,2
Sales	14	2,8
Total	500	100,0

Les locaux étaient jugés propres par la majorité des femmes enquêtées soit 93,4%.

Tableau XXX : Répartition des femmes selon leurs opinions par rapport à la confidentialité de la consultation

Confidentialité de la consultation	Effectif	Pourcentage
Oui	483	97,0
Non	17	3,4
Total	500	100,0

La majorité des femmes enquêtées a jugé la consultation confidentielle soit 97%.

Tableau XXXI : Répartition des femmes enquêtées selon leurs opinions par rapport au coût des prestations

Accessibilité des prix	Effectif	Pourcentage
Acceptable	355	71,17
Bon	102	20,60
Elevé	38	7,6
Total	495	100,0

Le coût des prestations a été jugé acceptable par la majorité des femmes enquêtées soit 71,17%.

6- Satisfaction

Tableau XXXII : Répartition des femmes enquêtées selon leurs opinions par rapport à la satisfaction du service offert

Opinion	Effectif	Pourcentage
Satisfait	421	85,2
Plus ou moins satisfait	65	11,9
Non satisfait	14	2,8
Total	500	100,0

La majorité des femmes était satisfait du service offert, soit 85,2%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

A l'issue de ce travail, nous pouvons tout d'abord constater l'intérêt que les femmes ont porté à ce dernier. Les femmes ont répondu à nos questionnaires de façon claire et complète. Des questionnaires supplémentaires nous ont été adressés. Certaines femmes ont également exprimé le désir d'informations complémentaires sur la santé préconceptionnelle.

La majorité des femmes ayant répondu sont bambara et ont entre 20 et 34 ans. Il faut noter à ce sujet que 85,2% des femmes de notre échantillon sont âgées de moins de 35ans, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas encore achevé leur vie reproductive. Cette tranche d'âge témoigne de la jeunesse des femmes de Médina-coura. Elles sont pour la plupart non instruites soit un taux de 37,8% suivi d'un niveau de scolarité primaire soit 22,8%.

Par rapport à leur statut matrimonial, 70% des femmes sont mariées et sont majoritairement musulmanes soit 98,2%.

La profession dominante chez les époux est le commerce (27%), alors que les sans emploi ne représentent que 3% de l'échantillon étudié. On pourrait en conclure que la population de Médina-Coura travaille afin de subvenir aux besoins des ménages. On aurait pu évaluer le revenu de chaque ménage, mais les conditions de l'étude n'ont pas favorisé cela à cause de la réticence des femmes à répondre à une question aussi sensible. Selon notre échantillon, les femmes au foyer constituent plus de la moitié soit 59,4% de l'échantillon. Néanmoins, les commerçantes représentent 13,6% et constituent également une source de revenu financier dans le ménage. On suppose que les ménages n'auront pas trop de soucis financiers pour se rendre dans un centre de santé en cas de besoin.

2. Utilisation des services de santé

Il est ressorti que 40,6% des femmes enquêtées ont accouché au CSCCom. Ce résultat est similaire à celui trouvé par rapport à la fréquentation du CSCCom pour les soins pré et post natals soit 45,7%. L'étude réalisée par Adam en 2010 [35] a obtenu une proportion de 83,6% des femmes ayant accouchées au CSCCom de Baco-Djicoroni.

Les autres vont soit en clinique, soit au CSRef, etc.

En 2005, dans l'étude sur l'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique par Audibert [18], il ressort que le facteur bloquant l'utilisation des services de santé est l'absence de qualité tant perçue (la disponibilité en médicaments à moindre coût, le mauvais accueil, l'attitude méprisante et condescendante du personnel soignant, les pratiques illicites et la malhonnêteté du personnel) qu'objective (la faible compétence du personnel de santé, ou encore la non application des règles classiques de conduite thérapeutique).

3. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals

- Par rapport à la réalisation des CPN chez les femmes enceintes, on a eu l'excellente surprise de constater que 92,6% des femmes l'ont fait, par contre Adam a trouvé dans son étude un taux de 99,2%. Parmi la population utilisatrice des services prénatals, une large majorité ne revient plus à la prochaine visite assurer la continuité des soins. La déperdition des soins prénatals constitue ainsi un blocage à la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. Cette étude vise à identifier les facteurs associés à ce phénomène de façon à améliorer la santé maternelle et infantile dans la commune II du district de Bamako.

- Par rapport aux résultats des enquêtes précédentes, on constate une amélioration régulière de la proportion de femmes ayant effectué un suivi

prénatal. En effet, la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale est de 92,6% dans notre étude. Ce taux était de 70% au cours l'EDSM-IV.

Pour être efficace, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. 52,6% des gestantes ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Dans 40% des cas, elles n'ont effectué qu'une à trois visites prénatales contre 34% au cours de l'EDSM-IV et, dans 7,4% des cas, elles n'ont effectué aucune visite.

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que dans 47% des cas, la première visite s'est déroulée à moins de trois mois de grossesse contre 30% au cours de l'EDSM-IV et dans 53% des cas elle s'est déroulée à plus de trois mois contre 70% au cours l'EDSM-IV.

- Par rapport à la connaissance des mères sur les soins prénatals, l'intérêt des consultations prénatales en termes d'impact sur la santé de la mère et de l'enfant (prématurité, faible poids de naissance, mortalité) [25] est l'objet de controverses depuis quelques années. Ce travail ne vise pas à évaluer cet impact, mais essentiellement l'apport des consultations pré et post natales sur les connaissances et les pratiques préventives qui, indirectement, devraient avoir un impact sur la santé de la mère et de l'enfant. Nous avons démontré que les consultations prénatales (par le biais de l'éducation sanitaire) améliorent d'une manière significative les connaissances des mères en rapport avec l'intérêt du suivi prénatal, de la planification familiale, et des visites post natales.

De même au niveau des pratiques, les mères informées qui connaissent l'intérêt et le nombre requis des visites prénatales ont effectivement une surveillance prénatale plus adéquate que les femmes qui l'ignorent. Ces

constatations concordent avec celles d'une étude publiée en 1993 où les auteurs [26] rapportent que 83,5% des femmes qui perçoivent l'intérêt des visites prénatales, consultent au cours de leur grossesse contre 29,1% seulement des femmes qui ne perçoivent pas l'intérêt.

Pour ce qui a trait au degré de connaissances des mères, nos résultats sont similaires à ceux rapportés dans la région de Kalaâ Kébira en 1989 [27]. En effet, la population des femmes qui ignore l'intérêt des visites prénatales, est de 24,8% dans notre série et de 7,6 % dans l'étude de Kalaâ Kébira [27].

Par rapport au nombre minimum requis de visites prénatales, 46,28% des femmes de notre cohorte connaissent ce nombre minimum, une proportion de 59% a été rapportée en 1999 dans le Sahel Tunisien [28]. Une proportion similaire de 63,6 % a été rapportée en 1995 dans les circonscriptions sanitaires de Monastir et de Ksar Hellal [29]. En 1989 à Kalaâ Kébira [27] cette proportion était de 34,5%.

En matière de contraception, la majorité des femmes connaît l'intérêt de celle-ci mais seulement 35,1% de notre série adoptaient une méthode contraceptive au moment de notre enquête. Les visites des femmes dans les formations sanitaires pour une raison de santé quelconque, que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, constituent des occasions à ne pas manquer par les prestataires pour discuter avec elles de la planification familiale. Le niveau d'instruction apparaît comme le facteur le plus déterminant de l'utilisation contraceptive.

La consultation prénatale (CPN) permet de prendre les mesures appropriées pour que l'accouchement se déroule au bon moment (programmer si nécessaire), au bon endroit (référer s'il le faut), et dans les meilleures conditions (considérer les particularités de chaque parturiente) [30].

La première CPN (CPN1) doit ainsi être faite relativement tôt en début de grossesse pour permettre une quatrième CPN actuellement proposée par la Division de la Santé de la Reproduction [31].

Ainsi, le retard à la CPN1 constitue un facteur limitant de la surveillance correcte de la grossesse [32]. Dans notre étude 53% avaient réalisé leur CPN1 à plus de trois mois. L'influence de l'ignorance des risques pouvant survenir au cours du premier trimestre de grossesse s'explique par les croyances et pratiques qu'il importe de changer par des messages d'éducation pour la santé [28]. L'influence de la grossesse non attendue (non désirée) pourrait s'expliquer par la honte et la crainte ainsi que par l'espoir de son interruption spontanée ou clandestinement provoquée avant qu'elle ne soit visible. Elle remet à jour les besoins non satisfaits en contraception [34]. Les femmes cachent leur grossesse sur la base de concepts mystiques. Le profil social agit sur le retard de la CPN1 par l'intermédiaire de trois éléments : l'âge, le nombre d'accouchements, et l'illettrisme. L'influence de l'âge est différente selon la situation considérée. Avant 18 ans, les femmes ont en général plus de grossesses hors mariage, condamnées par la société. Après 34 ans, se pose le problème de rivalité entre coépouses, mais aussi la honte pour une femme de continuer sa vie reproductive [31]. Le nombre d'accouchements intervient par le biais du sentiment de culpabilité de la femme envers le système de santé qui prône la planification familiale [33]. L'illettrisme intervient par le biais de l'ignorance qu'il entretient [28].

Nous avons constaté par ailleurs que certaines femmes au cours de notre enquête sont demandeuses d'informations sur la santé préconceptionnelle et aussi compte tenu du retard de la CPN1 observé, cette demande doit être prise en compte.

4. Dimensions de l'accessibilité des soins

- Par rapport aux critères de choix du centre, les services de santé maternelle de qualité doivent être accessibles et disponibles aussi près que possible du domicile des femmes [35]. Le critère le plus évoqué avait été la proximité du domicile soit (56%). Ce chiffre est nettement supérieur à celui

rapporté par une étude réalisée à Bamako en 2006 par Wonguem S [36] qui était de 47%.

La connaissance d'un personnel du centre était assez déterminante dans le choix du centre. En effet 30,9% des femmes évoquaient ce critère comme critère de choix du centre. Cette constatation pourrait s'expliquer par les problèmes d'accessibilité psychologique liés au plateau technique insuffisant, à la non disponibilité du personnel et à un mauvais accueil au niveau des maternités.

- Par rapport aux moyens de transport utilisés, une forte proportion des gestantes venait au centre à pied soit 71,3%. Cela est dû à la proximité du centre au domicile des femmes.

- Par rapport à l'état de propreté des locaux, la majorité des femmes enquêtées a témoigné de la propreté des locaux. Mais celles qui les trouvent sales n'ont pas entièrement tort car il n'y a pas de système efficace pour la gestion des ordures.

- Par rapport à la qualité de l'accueil, l'accueil constitue la première phase du traitement car un patient bien accueilli se sent plus à l'aise et place sa confiance au personnel de soin, condition nécessaire pour être réceptif au traitement. Un peu plus de la moitié des personnes enquêtées ont trouvé l'accueil satisfaisant soit 51,4%. Kanta K (14) a obtenu un taux de 64,9% de satisfaction par rapport à l'accueil.

Notons aussi que l'accueil concerne aussi bien le personnel que les locaux du centre de santé.

- Par rapport au bilan prénatal, au Mali, selon les normes et procédures [37] les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation et sont indispensables pour détecter certains facteurs de risque. Dans notre étude, le bilan prénatal était seulement limité aux examens comme le groupage sanguin Rhésus et l'échographie.

70,85% des femmes avaient effectué ce bilan contre 29,15%. La non observance des gestantes et les raisons économiques peuvent expliquer cette situation. Il faut

aussi dire que les consultant·es ignoraient souvent l'importance du bilan prénatal soit (41,6%). Une étude faite en 2006 sur la qualité de la CPN [37] avait révélé que 77% des gestantes ignoraient l'importance du bilan prénatal.

- Par rapport à la vaccination, le tétanos de la mère est responsable d'au moins 5% des décès maternels par an [38]. Le tétanos néonatal est responsable de 14% de décès des enfants âgés de moins d'un mois [39]. L'efficacité de la prévention du tétanos néonatal par la vaccination anti-tétanique n'est plus à démontrer. Chez une mère vaccinée elle protège le nouveau-né d'une part contre le tétanos ombilical [40], et d'autre part contre le tétanos néonatal par les anticorps transmis passivement de la mère à l'enfant [41].

Les trois stratégies recommandées par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP pour parvenir à éliminer le tétanos maternel et néonatal consistent à :

- Administrer au minimum deux doses d'anatoxine tétanique (VAT) à toutes les femmes enceintes, et dans les zones à haut risque, trois doses de VAT à toutes les femmes en âge de procréer ;
- Promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour toutes les femmes enceintes ;
- Assurer une surveillance efficace du tétanos maternel et néonatal.

Au Mali, de nombreux efforts sont déployés dans ce domaine. Des campagnes massives de vaccination anti-tétaniques y sont organisées chaque année. Ces vaccinations concernent la mère en âge de procréer et les enfants de 0 à 5 ans. Pour la mère, il s'agit de la vaccination anti-tétanique. La première dose de VAT était systématique dès la première CPN. La deuxième dose était prescrite au moins quatre semaines après la première dose. Toutes les femmes de notre série ayant suivi régulièrement les CPN (100%) avaient bénéficié de ce traitement.

- Par rapport au coût des prestations, la fréquentation des centres de santé dépend aussi bien de la proximité de ces derniers par rapport au domicile des gestantes mais aussi du coût de consultation et de soins. La majorité des

personnes enquêtées ont trouvé les prix acceptables soit 71,17%. Adam [34] a obtenu un taux de 82,9% dans le quartier de Baco-Djicoroni.

- Par rapport au lieu d'accouchement, les femmes ayant accouché au CSCCom sont majoritaires. Cela s'explique par la proximité du CSCCom, et aussi par le coût moins élevé de la prise en charge contrairement aux autres centres (clinique par exemple).

- Par rapport à la qualité de l'accueil des sages-femmes en fonction du lieu d'accouchement des femmes, on constate que sur les 440 femmes ayant accouché, l'accueil des sages-femmes a été jugé désagréable dans 6,8% des cas malgré le fait que la connaissance d'un personnel était déterminant dans le critère de choix du centre. Les sage-femmes ont une mauvaise réputation par rapport à leur manque de courtoisie et leur comportement un peu détestable à l'égard des parturientes. Mais qu'est ce qui pourrait expliquer cette attitude de voir les gens différemment ? Est-ce le stress de donner vie, la fatigue de la journée car la plupart des accouchements se font dans la nuit en Afrique surtout, ou encore les caprices des parturientes qui justifient leur attitude ? Il serait bien qu'une étude soit faite à ce sujet afin de mieux comprendre leur réaction pour que des solutions soient trouvées à cet effet, car un bon accouchement dépend d'un bon accueil, du respect de l'intimité de la femme et enfin d'un bon suivi.

- Par rapport à la Satisfaction du service offert, la satisfaction est l'un des résultats les plus importants des soins de bonne qualité. 85,2% des femmes se disaient satisfaites des prestations reçues. Cependant, les responsables ne devraient pas supposer que les soins fournis sont adéquats tout simplement en raison du fait que les clients ne se plaignent pas. Le faible niveau de mécontentement indiqué par les clients doit être pris au sérieux.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

Dans le domaine de la santé maternelle et périnatale, les recours aux soins prénatals tiennent aujourd'hui une place importante dans le suivi des femmes.

Notre étude s'est assignée comme objectif de contribuer à une meilleure compréhension des logiques des femmes incitant à une utilisation pertinente des services de soins prénatals au sein du quartier de Médina-coura dans la Commune II du District de Bamako en vue d'envisager les stratégies pouvant permettre une augmentation de leur utilisation.

Au terme de notre étude, nous avons constaté que les femmes ont quelques connaissances à ce sujet mais estiment être insuffisamment informées et attendent une éducation et un suivi prénatal plus important de la part des prestataires de soins. Les attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals sont liées à des facteurs socioculturels qu'il importe de corriger. Cela nécessite un changement de comportement de la communauté par l'éducation pour la santé. Les messages à transmettre devraient porter sur les moyens de prévenir les grossesses non désirées (contraception), l'importance de la CPN1 précoce et de la régularité des CPN. Ils doivent cibler particulièrement les femmes en âge de procréer, et surtout celles qui sont âgées de moins de 20 ans ou de plus de 34 ans, celles qui ont accouché plus de 3 fois, et celles qui sont non instruites. Cependant les facteurs tels que l'âge, l'état civil, la profession et la religion pratiquée n'ont pas une influence dans cette utilisation des services de soins prénatals. Nous pensons qu'il existe d'autres facteurs influant l'utilisation des services de soins prénatals non identifiés dans notre étude ; mais qui pourront l'être dans d'autres études ultérieures. La résolution de ces problèmes doit impliquer tous les secteurs du développement, particulièrement les secteurs scolaires et d'alphabétisation, afin d'améliorer la santé du couple mère-enfant, dans la Commune II du District de Bamako.

RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les principales recommandations relatives à l'utilisation pertinente des services de soins prénatals et au service offert perçus par la population, sont les suivantes :

Au plan opérationnel

À l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :

- Élaborer et introduire dans les formations sanitaires un système de prise en charge pour la santé préconceptionnelle ;
- Mettre en place des programmes de CCC (Communication pour le Changement de Comportement) afin d'amener les femmes à effectuer quatre CPN au minimum de façon régulière avant l'accouchement. Il faudrait que les programmes de CCC soient particulièrement renforcés à partir de la troisième visite prénatale (CPN3), visite à partir de laquelle la prochaine devient moins sûre ;
- Déclarer une lutte contre la pauvreté, obstacle majeur à l'accessibilité des services prénatals en encourageant la scolarisation de la population, la promotion, les activités génératrices de revenus pour les femmes et en partageant le pouvoir de décision avec la femme ;
- Élaborer des messages d'éducation pour la santé, axés sur l'importance de la CPN1 précoce, ciblant particulièrement les femmes d'âge à risque ;
- Intégrer ces messages d'éducation pour la santé dans les programmes scolaires et d'alphabétisation ;
- Équiper les structures de santé en matériel de laboratoire pour renforcer la qualité diagnostique, facteur de renforcement de la qualité des soins.

- Construire un bloc de maternité à part pour renforcer la qualité de l'offre de soins dans un contexte de confidentialité plus affirmé au niveau du CSCom ;
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financière ;
- Instaurer un système de prise en charge des personnes démunies.

À l'endroit du personnel de santé :

- Informer et sensibiliser les populations 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 généraux auprès des mères lors de tout contact avec les Centres de santé de base, de manière à la fidéliser au système de santé jusqu'à ce que la continuité des soins se garantisse ;
- Informer et sensibiliser les populations sur l'inconvénient de l'accouchement à domicile et sur les insuffisances de la médecine traditionnelle ;
- Améliorer la qualité de l'accueil notamment au niveau de tous les patients de telle sorte que toute une panoplie de prestations puisse attirer les gestantes à revenir aux prochaines visites.

A l'endroit de la population

- Respecter les conseils donnés par les prestataires.

Au plan de la recherche

Approfondir la réflexion sur le sujet à travers des sujets de recherches sur certaines questions clés telles que :

- Quels sont les déterminants socioculturels du retard de la CPN1 ?
- Quels sont les principaux déterminants de la déperdition des soins prénatals ?
- Évaluer les connaissances des femmes et leur attente sur la prise en charge préconceptionnelle.

REFERENCES

IX. REFERENCES

- 1. Journal du médecin N°1235** Vendredi 14 janvier 2000, Thierry GOORDEN
La semaine mondiale de sensibilisation de la population : sauvons des vies de femmes.

- 2. Déclaration commune O.M.S/F.N.U.A.P/ U.N.I.C.E.F / Banque Mondiale.**
Réduire la mortalité maternelle. O.M.S., Genève, 1996, p. 43.

- 3. Cellule de planification et de statistique.**
Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio- sanitaire
Bamako (Koulouba) 1995- 2000.

- 4. O.M.S / UNICEF.**
Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle 1ère édition
Nouvelle méthodologie OMS / UNICEF avril 1996 Genève.7P.156

- 5. Samaké S., Traoré S.M., Ba S., Dembélé E., Diop M., Mariko S., et al.**
Enquête Démographique et de Santé, Mali 2001-2006. Calverton, Maryland, USA : Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro International Inc .Décembre 2007, p.110

- 6. Béninguise G, Nikièma B. (2005)**
La discontinuité des soins obstétricaux en Afrique Centrale et de l'Ouest. Niveaux, Schémas et facteurs associés, Projet ARC6AUF, Montréal (Canada), 7p.

- 7. UNICEF. (1999)**

Enquête sur la santé maternelle au Tchad, N'djaména, 38p.

8. Djourdebbe Bouba F.

La déperdition des soins prénatals au Tchad démographe, Université Adam Barka d'Abéché, Tchad p2-3, <http://www.google.fr> (Consulté le 15mars 2011).

9. OMS. (2004)

Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse dans la région Africaine, Guide pour la mise en œuvre du programme.p18.

10. Harrison K.A.

Child bearing, health and social priorities: a survey of 22 774 consecutive Hospital birth in Zaria, northern Nigeria. In: British J. of obst. And gynaecol. 1985, Supplément N° 5, oct. P. 20.

11. Le dossier mère enfant : guide pour une maternité sans risque.

Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1994.

12. Déclaration commune OMS/FUNUAP/UNICEF/ Banque mondiale.

Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P 43.

13. Donabedian A.

Explorations in assessment and monitoring, vol I. The definition of quality and approaches to its assessment, health administration press, An Arbor, Michigan, 1980.

14. OMS Genève.

Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle. 1987,40 N3 pp 214-225.

15. Agbohounou Y.

Rôle de la recherche dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du centre p7, <http://www.google.fr> (consulté le15mars 2011).

16. Dongmo Djoutsop R.L.

Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au centre de santé communautaire de l'Hippodrome en commune II du district de Bamako, thèse de médecine Bamako FMPOS, 2005 ; 63p.

17. Adjamagbo A., Guillaume A., et N'Guessan K.

Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains Éditeurs scientifiques éditions IRD Institut de Recherche pour le Développement Collection Colloques et séminaires Paris, 1999, p 96, 98, 158.

18. Audibert M., De Roodenbeke E.

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives, 2005, p 13-14,20, 27-28,49-51,73.

19. Direction Nationale de la Santé, Ministère de la Santé Mali 2002.

Utilisation des services de santé de niveau1 au Mali ; Annuaire SLIS2.

20. Audibert M., De Roodenbeke E.S., Mathonnat J.

Utilisation des services de santé en Afrique : «L'approche communautaire en termes d'offre de soins est – elle une réponse ? » Développement durable et santé dans les pays du sud ; Paris Lyon, Décembre 2004

21. Organisation Mondiale de la Santé «Utilisation des structures de soins en Afrique » rapports annuels 1987-2004.

22. Maricko M. (2003)

Accès aux soins de qualité : Résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali), in M. Audibert ; J. Mathonnat, E. de Roodenbeke (éd.), le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faibles revenus ; 41-58.

23. Salongo P.M.

Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu- RD Congo, Diplôme d'étude spéciale en économie de la santé, Mémoire : Université de Kinshasa, faculté de médecine, Décembre 2005; 81P.

24. GIRIN F.

Santé préconceptionnelle en médecine générale : Connaissances et souhaits des patientes au sein des cabinets médicaux du canton de Saint-chéron, thèse de doctorat en médecine : Faculté de médecine Paris Descartes 2009 ; 18p.

[http : //www.google.fr](http://www.google.fr) (consulté le 03 mars 2011).

25. Rooney C.

Soins prénatals et santé maternelle. "Maternal and child epidemiologic Unit". *London school of hygien and tropical medecine* WHO, MSM 1992; 4.

26. Njah M., Ben Salah A., Ghannem H., et Coll.

Recours aux visites prénatales dans le contexte tunisien : Barrières et facteurs de motivation. *Revue française de Gynéco-obstétrique*, 1993 ; 88 (4) :225-229.

27. Hamdi W.

Attitudes et comportements des femmes vis-à-vis de la consultation prénatale : enquête dans la région de Kalaâ Kébira. *Thèse de doctorat en Médecine*, Source (Tunisie), N° 652/1991.

28. Soltani M.S., Sakhouni M., Belguith Z., Ben Selem K., Gacem H., Bachir A.

Évaluation des connaissances des mères concernant les soins préventifs pré et postnatals dans le Sahel tunisien. *Santé Publique* 1999 ; 11 (2) : 203-10.

29. Chakroun F.

Surveillance prénatale dans les circonscriptions sanitaires de Monastir et de Ksar-Hellal. *Thèse de doctorat en Médecine*, Monastir (Tunisie), N° 329/1996. 4

30. Dieng D., Diouf A., Faye E.O., Diadhiou F.

Le Suivi prénatal à Dakar. *Bulletin trimestriel de la représentation de l’OMS au Sénégal* 1995 ; (6) : 13-24.

31. Ministère de la santé (Sénégal).

Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé. Direction des Études, de la Recherche et de la Formation, 1999 : 212 p.

32. Dièye E.L.

Étude des facteurs déterminant le retard à la première consultation prénatale au niveau du district sanitaire de Richard-Toll (Sénégal). [Mémoire CES Santé Publique (Épidémiologie, Biostatistique et Informatique)]. Dakar : ISED, 2003, n°11-1-08 : 35 p.

33. Ndiaye C., Delaunay V., Adjamagbo A.

Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural Sereer au Sénégal. Cahier Santé 2003 ; 13 : 31-7.

34. Adam Baba Body A.H.

Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : Cas du Cscm de Baco Djicoroni, thèse, médecine, Bamako, 2009

35. OMS.

Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. OMS, Genève, 1992. 80p.

36. Wonguem S.S.

Qualité de la surveillance prénatale dans la commune V du district de Bamako, thèse, médecine, Bamako, 2006.

37. Direction de la santé de la reproduction / 38 division santé familiale.

Normes et procédures pour la surveillance prénatale. Vol.2, mars 1990, p.20.

38. Donabedian A.

Explorations in quality assessment and monitoring, vol I. The definition of quality and approaches to it's assessment, health administration press, An Arbor, Michigan, 1980.

39. U.N.I.C.E.F / O.M.S / F.N.U.A.P.

Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005. Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000.P. 23.

40. Rougemont A., Brunet J., et Jailey.

Planifier, gérer, évaluer, santé en pays tropicaux. Doin. Editeur, Paris, p. 751.

41. Hart M.A., et Coll.

Considération pratique. Intégration des soins de santé maternelle et infantile.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Caractéristiques socio-démographiques des parturientes

Q1. N° d'enquête : / ___ / **Q2.** Age : / ___ / ans **Q3.** Date de l'enquête / ___ /

Q4. Profession femme : / ___ / 1=Ménagère / Femme au foyer ; 2=Vendeuse ; 3=sans emploi ; 4=Fonctionnaire ; 5=Artisane; 99=Autres à préciser.....

Q5. Profession mari : / ___ / 1=Vendeur ; 2=Artisan ; 3=Ouvrier ; 4=Fonctionnaire ; 5=Sans emploi ; 99=Autres à préciser.....

Q6. Statut matrimonial : / ___ / 1=Célibataire ; 2=Mariée polygame ; 3=Mariée Monogame ; 4=Veuve ; 5=Divorcée.

Q7. Niveau de scolarité : / ___ / 1=Analphabète ; 2=Primaire ; 3=Secondaire ; 4=Supérieure ; 5=Ecole Coranique ; 6=Medersa ; 99=Autre à préciser.....

Q8. Ethnie : / ___ / 1=Bambara ; 2=Sarakolé ; 3=Dogon ; 4=Peulh ; 5=Sonraï ; 99=Autres, préciser.....

Q9. Religion : / ___ / 1=Chrétienne ; 2=musulmane ; 3=Traditionnaliste ; 99=Autres, préciser.....

Antécédents obstétricaux

Q10. Si vous êtes ou que vous avez été déjà enceinte, aviez-vous prévu la grossesse ? / ___ / 1=Oui ; 2=Non.

Q11. Combien de fois avez-vous été enceinte ? / ___ / 1=1fois ; 2=Entre 2 et 4 ; 3=Entre 5 et de 4 ; 4= plus de 7.

Q12. Combien d'enfants avez-vous ? / ___ / 1=1 ; 2=Entre 2 et 4 ; 3=Entre 5 et 7 ; 4= Pus de 7.

Q13. Avez- vous un antécédent de césarienne ? / ___ / 1=Oui ; 2=Non.

Q14. Si Oui, combien de fois vous a-t-on opéré ? / ___ / 1= Une fois ; 2= Entre 2 à 3fois ; 1=plus de 3fois.

Q15. Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ? / ___ / 1=Moins de 2 ans ; 2=Entre 2 et 3 ans ; 3=Plus de 3 ans ; 88=NSP.

Evaluer la perception des femmes par rapport à l'accessibilité des soins au niveau géographique, économique organisationnel et socioculturel.

Q16. Quel service de santé utilisez-vous ? / ___ / 1=CSCCom ; 2=Clinique ; 3= CSRef; 4=Centre hospitalier Universitaire; 5=Médecine traditionnelle.

Q17. Pourquoi utilisez- vous ce service en particulier ? / ___ /

1=L'établissement est proche de mon domicile ; 2=L'attente n'est pas longue ; 3=Personnel accueillant ; 4=Personnel compétent ; 5=Les structures sont bonnes ; 6=Je connais quelqu'un dans cet établissement ; 7=Les tarifs sont peu élevés ; 8=Conseils d'une connaissance ; 88=NSP ; 99=Autres raisons, préciser :

Q18. Modalités de transport : / ___ / 1=A pied ; 2=Transport collectif ; 3=Taxi ; 4=Véhicule personnel ; 99= Autres, préciser

Q19. Le personnel sanitaire qui vous a reçu a-t-elle été ? / ___ /

1=Désagréable ; 2=Indifférente ; 3=Attentive et polie

Q20. Le coût des prestations vous est- il favorable ? / ___ / 1=Oui ; 2=Non

Q21. La consultation a-t-elle été confidentielle ? / ___ / 1= Oui ; 2= Non.

Q22. Comment avez-vous trouvé les locaux ? / ___ / 1=Sales ; 2=Propres ; 3= Pas mal.

Q23. Avez-vous acheté les médicaments qui vous ont été prescrits ? / ___ /

1=Oui ; 2=Non.

Q24. Si non, quelle est la raison ? / ___ / 1=Manque d'argent ; 2=Rupture du médicament ; 3=Cherté du produit ; 99=Autres, préciser

Q25. Quand vous tombez malade, qui prend en charge les soins médicaux ?

/ ___ / 1= L'entreprise ; 2=Mon mari ; 3= Soi-même ; 4= les parents ; 99= Autres ; préciser.....

Q26. Avez-vous un appui extérieur en cas de maladie ? / ___ / 1= Oui ; 2= Non

Evaluer les connaissances des femmes sur l'utilisation des soins prénatals

Q27. Avez-vous effectué votre bilan prénatal ? / ___ / 1= Oui ; 2= Non.

Q28. Si oui, combien de visites CPN ? / ___ / 1= Une visite ; 2= Entre 2 et 3. 3=4 et Plus.

Q29. Pour quelles raisons ne faites-vous pas les CPN ? / ___ /

.....

Q30. Connaissez-vous l'importance des visites prénatales ? / ___ / 1= Oui ; 2= Non.

Q31. Quelle était l'âge de la grossesse à la CPN1 ? / ___ / 1=1Mois ; 2=Entre 2 et 3 mois ; 3=Entre 4 et 6 mois. 4=Plus de 6 mois.

Q32. Pratiquez-vous une méthode de contraception ? / ___ / 1= Oui ; 2= Non.

Q33. Etes- vous vacciné au cours de la grossesse ? / ___ / 1= Oui ; 2= non.

Q34. Avez-vous fait les examens para cliniques ? / ___ / 1= Oui ; 2= Non.

Q35. SI OUI, lesquelles ?.....

Q36. Connaissez-vous le nombre minimum de CPN requis ? / ___ / 1=Oui ; 2=Non.

Q37. Si oui, combien ? / ___ / 1=Au moins 4 ; 2=Plus de 4. 3=NSP

Q38. Selon vous à quel âge de la grossesse doit-on effectuer CPN1 ? / ___ /

1=Moins de 3 mois ; 2=A 3 mois ; 3=Entre 4 et 6 mois ; 3=plus de 6 mois ; 4=NSP.

Q39. Avez-vous accouché au CSCCom ? / ___ / 1=Oui ; 2= Non.

Q40. Sinon, où avez-vous accouché ?.....

Q41. Quel âge à votre enfant ? / ___ / 1= Entre 0 à 3 mois ; 2= 3 à 6 mois ; 3= Entre 6 à 12 mois ; 4=Entre 12 à 36 mois ; 5= plus de 36 mois.

Q42. Ou si vous êtes maintenant enceinte quelle est l'âge de la grossesse ? / ___ /

1= Entre 0 à 3 mois ; 2= 3 à 6 mois ; 3= Entre 6 à 9 mois.

Q43. L'enfant a-t-il été correctement vacciné ? / ___ / 1=Oui ; 2= Non

Q44. Sinon pourquoi ?.....

Q45. Avez-vous effectué des consultations post natales ? / ___ / 1=Oui ; 2=Non

Q46. Sinon, quelles sont les raisons ?

Evaluer la satisfaction des femmes par rapport à la qualité des soins reçus.

Q47. Etes-vous globalement satisfait du service offert ? / ___ /

1=Oui ; 2=Non ; 3=Plus ou moins.

Q48. Que proposez-vous pour améliorer la qualité des services ?

.....

Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps !

Avez-vous des questions ou des observations à faire ?

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : GBESSEMEHLAN

Prénoms : Agossi Nelly

Titre de la thèse : 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.

Année de soutenance : 2011

Ville de soutenance : Bamako (République du MALI)

Pays d'origine : BENIN

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

Secteur d'intérêt : Santé Publique Gynécologie.

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 des femmes en matière de soins prénatals. Une enquête transversale descriptive a été menée auprès de 500 femmes ayant eu au moins une grossesse dans les cinq (5) dernières années précédant l'enquête dont 60 étaient enceintes au moment de l'étude. Cette étude s'est déroulée au sein du quartier de Médina-coura dans la Commune II du District de Bamako durant la période du 28 Avril au 10 Juin 2011. L'enquête est basée sur un questionnaire qui explore, outre les caractéristiques socio-démographiques, les connaissances et attitudes des femmes vis à vis des soins prénatals. La majorité des femmes soit 75,2 %

connaissent l'intérêt de la surveillance prénatale, 18,4% n'ont aucune connaissance du nombre recommandé de visites prénatales. En ce qui concerne la contraception, la vaccination antitétanique, la connaissance de leur intérêt est bonne mais les pratiques le sont moins. En effet, seulement 39,8% des mères ont eu recours à la contraception et seules 47 % ont fait la CPN1 à moins de trois mois. L'éducation sanitaire reçue par les mères au sujet des soins prénatals favorise l'amélioration des connaissances et probablement des pratiques.

L'amélioration des connaissances des femmes passe par une formation de base et continue, appropriée en éducation sanitaire, des professionnels de la santé et le renforcement des activités éducatives lors de tout contact avec la mère au cours de la grossesse ou en dehors de la grossesse.

Mots clés : Connaissances, grossesse, attitudes, soins prénatals.

Contact : gbessnel@yahoo.fr

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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.