

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DESTÉCHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



U.S.T.T-B



Année Universitaire Mémoire N°...../

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET OPINIONS DES
FEMMES ENCEINTES PAR RAPPORT À LA
CONSULTATION PRENATALE AU CENTRE DE
SANTÉ COMMUNAUTAIRE-UNIVERSITAIRE
(CSCOM-U) DE SANOUBOUGOU II**

Présenté et soutenu publiquement 27 / 04 / 2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

***Pour obtenir le Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine de
Famille/Médecine Communautaire (D.E.S)***

Par:

Dr Sekou Abdoulaye KONE

JURY

Président du jury : Pr Touré Moustapha

Membre du Jury : Dr Coulibaly Kafougo Bréhima

Co-Directeur : Dr Goita Issa Souleymane

Directeur de mémoire : Pr Théra Augustin Tioukani

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

***ALLAH le tout puissant, le miséricordieux, l'omnipotent, l'omniscient et son prophète Mohamed (paix et salut sur lui)** de m'avoir donné la chance, le courage et la force nécessaire à la réalisation de ce travail malgré les difficultés rencontrés au début de l'année. Je le prie de me guider toujours dans le droit chemin et dans mes futurs projets.

Dieu m'a donné :

La santé quand j'étais malade,

La paix intérieure quand j'étais angoissé,

L'intelligence et la sagesse dans mes études,

La force, le courage, et la persévérance malgré les difficultés et les échecs.

Il m'a donné tout ce que j'avais besoin pour mener à bien ce travail.

Que ce travail soit le reflet de son amour incommensurable pour nous.

Que sa gloire règne à jamais.

Oh seigneur il n'y'aura jamais assez de mots pour exprimer toute ma reconnaissance et mon amour.

Ce travail, aussi grand soit-il, ne représente qu'une minuscule partie de ses innombrables bienfaits à mon égard.

Que ferais-je en retour si ce n'est que l'adorer et le rendre gloire.

***À ma mère adorée feu Kadiatou Sidibé**

Ta disparition nous a marqué pour toujours. Cela n'a pas été facile de quitter tes enfants pour l'éternité mais le tout puissant a voulu ainsi. Tu resteras pour moi toujours une mère exemplaire qui m'a permis d'avoir la force, la détermination, la combativité dans mes études.

Tu t'étais toujours sacrifiée pour tes enfants et plus pour ceux qui t'ont été confiés.

Pour moi Maman, tu resteras une source inépuisable. Si j'en suis là aujourd'hui c'est

à toi que je le dois. Tu nous as appris le respect, l'amour du prochain, la dignité et l'honnêteté.

Ce travail est en ton honneur. Merci pour ton soutien, tes conseils, et toute ton affection. Mon amour pour toi est immense. Je prie Dieu pour qu'il t'accueille dans son paradis que ton âme repose en paix ainsi que tous les autres pieux disparus.

***À mon père Abdoulaye Sékou Koné**

Le travail, le courage, la discipline, l'honnêteté, la dignité et la réussite ont été toujours ta devise. Tes conseils nous ont été d'une grande utilité. Tu nous as appris depuis le bas âge que seul le travail paye et libère l'homme. Voici le résultat de tes efforts consentis. Soit rassuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Ta santé fragile n'a pas été un obstacle pour mon bien être pendant toutes ces années. Que ce travail efface toutes les souffrances subies et transforme toutes les larmes versées en larmes de joie. Nous te serons éternellement reconnaissants pour tout ce que tu nous as appris dans la vie. Puisse l'éternel te redonner une bonne santé.

***À ma tante Kadiatou Koné**

Tu as été toujours une mère exemplaire et ton souci premier a été la réussite de tes enfants et tu y as consenti tous les sacrifices nécessaires. Ce travail est le fruit de tes efforts. Que Dieu t'accorde longue vie et fasse que tu sois toujours satisfaite de nous.

***À mes sœurs : Nassira Koné, Haby Koné, Oumou Koné**

Vous avez joué le rôle de notre mère depuis sa disparition malgré vos multiples occupations. Vous vous êtes souciés de mes études pour que je ne manque de rien. Vos affections, vos encouragements, vos soutiens moraux et physiques m'ont accompagné tout au long de mes études. Ce travail est aussi le vôtre. Puisse-t-elle d'avantage consolider les liens d'amour et de fraternité qui nous unissent.

***À mon frère Modibo Koné**

L'éternel a voulu qu'on soit de la même famille. Ce travail est le vôtre. Courage dans tes études. Que Dieu t'accorde une longue vie.

***Docteur Coulibaly Kafougo Bréhima et son épouse Pinda Traoré**

Vous n'avez managé aucun effort pour la réalisation de ce travail, qu'il soit le fruit de vos soutiens tant financier, matériels, que moral qui m'ont permis de réussir, qui n'ont fait défaut à aucun moment. Je me suis senti toujours chez moi à sikasso. Vous avez été et serez toujours une famille pour moi. J'ai toujours trouvé auprès de vous l'amour de son prochain, tendresse et compréhension.

Que Dieu vous donne longue vie pleine de santé dans le bonheur.

***À ma femme Djélika Samaké :**

L'amour et l'attention particulière que vous m'avez donné depuis qu'on s'est connu, resteront gravés dans ma mémoire. Ton amour me donnait la force et l'espoir dans les moments difficiles, merci de m'aimer autant. Que le puissant Allah béni notre relation et nous donne une longue vie dans le bonheur.

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

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

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

***À mon pays le Mali :**

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

REMERCIEMENTS :

***À mes tantes, oncles, neveux, cousins, tontons**

J'évitais de citer des noms, par crainte d'en omettre. Merci pour tout. Que Dieu vous bénisse.

***À mes promotionnaires**

J'espère que les liens d'amitiés tissés au cours de cette formation seront encore plus solides dans notre vie professionnelle.

À notre mère et maitre Pr Kaya Assétou SOUKHO

Vous avez été pour moi comme une mère ; Cher Maitre en acceptant de nous compter parmi vos élèves, vous nous faites un grand honneur et un énorme plaisir.

Honorable maitre, vous nous fascinez par la grandeur de votre humanité et la splendeur de votre enseignement.

Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout de la modestie. C'est vous qui m'avez montré l'importance de cette spécialité.

Trouvez ici le manifeste de notre reconnaissance et de notre considération distinguée.

Que Dieu réalise vos vœux et vous donne une longue vie.

***A toutes la famille Coulibaly de sanoubougou II**

Vous avez été pour moi comme une famille ; Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude. Que le bon Dieu réalise vos vœux les plus sincères. Soyez rassurés de ma reconnaissance et respect infini.

***À Tous les membres de l'ASACO du cscm-u de sanoubougou II**

Merci de vos soutiens financiers tant que matériel et de m'avoir supporté pendant ces moments que nous avons vécus ensemble dans la joie et le respect.

Ce travail est aussi le vôtre.

***A Tous les personnels du cscm-u de sanoubougou II** Vous m'avez rendu le séjour agréable ; je suis comblé par le fait que j'ai beaucoup appris à vos côtés, sur le plan professionnel et le savoir vivre, je vous remercie infiniment.

***À mes encadreurs du D.E.S de la médecine de famille et de médecine communautaire : Maitres assistants, Bureau de recherche, chargé de cours et CEC :**

Pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. J'ai été pour vous plus qu'un élève, mais un frère. Chers aînés, les mots me manquent pour témoigner ma reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous m'avez porté, mais aussi, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de m'encadrer.

Votre rigueur dans la démarche scientifique et votre souci du travail bien fait à l'image de vos maitres, font de vous d'excellents médecins communautaire.

Veillez accepter chers aînés, l'expression de ma profonde gratitude et ma considération distinguée.

***A tous mes cadets en D.E.S médecine de famille et de médecine communautaire**

Votre collaboration m'a rendu un grand service. Ce travail est aussi le vôtre.

***A tous les enseignants et encadreurs de la FMOS**

Merci pour l'enseignement de qualité et l'encadrement reçus.

***A tout le personnel du service de la médecine interne :**

Ce travail est le vôtre.

***A tous mes maîtres du service de la médecine interne, de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique du point G et de l'hôpital du mali, de médecine de famille et de médecine communautaire :**

Ce travail représente l'accomplissement de votre vocation. Qu'il soit l'expression de ma profonde gratitude.

Soyez-en fiers.

HOMMAGES AUX JURY

Hommages aux membres du jury

A notre Maitre et Président du jury Pr Touré Moustapha.

- ✓ **Maitre de conférence en gynécologie-obstétrique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali à la retraite.**
- ✓ **Chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Mali à la retraite.**
- ✓ **Gynécologue obstétricien Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest.**
- ✓ **Titulaire d'un certificat du cours Européen d'épidémiologie tropicale de Bale en Suisse.**
- ✓ **Titulaire d'un certificat de Procréation Médicalement Assistée (PMA) Hambourg en Allemagne.**
- ✓ **Secrétaire Générale de l'Union Professionnel International des**

Gynécologues Obstétriciens (UPIGO)

- ✓ **Membre du comité de pilotage de l'OMS/Genève pour la recherche sur les mutilations génitales féminines.**
- ✓ **Officier de l'ordre national du Mali.**

Cher Maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de mémoire malgré vos multiples occupations.

Votre sagesse, votre capacité d'écoute et votre expérience professionnelle nous honorent et font de vous un Maitre de qualité exceptionnelle.

Veillez accepter Cher Maitre, nos sincères remerciements.

Hommages aux membres du jury

A notre Maitre et juge : Dr Coulibaly Kafougo Bréhima

- ✓ **Spécialiste en médecine famille et de médecine communautaire.**
- ✓ **Chargé d'encadrement clinique au centre de santé communautaire universitaire de sanoubougou 2 (CSCOM-U) de sikasso.**

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

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

Veillez accepter cher Maitre nos sentiments les plus respectueux.

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et Co-directeur : Dr Issa Souleymane Goita

- ✓ **Spécialiste en médecine de famille et de médecine communautaire.**
- ✓ **Maître-assistant en médecine de famille et de médecine communautaire à la faculté de médecine et odontostomatologie (FMOS).**
- ✓ **Diplômé en D.U de drépanocytose.**

Cher maître, Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de mémoire. Vos qualités humaines et intellectuelles et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionné. Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité. En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude

Hommages aux membres du jury

A notre maître et directeur : Pr THERA Augustin Tioukani

- ✓ **Professeur agrégée en gynécologie-obstétrique du CHU du point G et maître de conférences agrégé à la FMOS.**
- ✓ **Chef de service de la gynécologie-obstétrique du CHU du point G.**
- ✓ **Membre de la société malienne de gynécologie-obstétrique et de la société africaine de gynécologie-obstétrique.**

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

Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout de la modestie.

Trouvez ici le manifeste de notre reconnaissance et de notre distinguée considération.

Que Dieu réalise vos vœux.

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent.

ATR : Accoucheuse Traditionnelle Recyclée.

BCG : Bacille de Calmette et Guérin.

BCF : Bruit du Cœur Fœtal.

BIP : Bipariétal.

BW : Bordet - Wassermann.

CPN : Consultation prénatale.

CSCOM-U : Centre de Santé Communautaire-universitaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

DAT : Département Anti Tuberculeux.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

DNSI : Direction Nationale des Statistiques et de l'Information.

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle.

DV : Dépôt de Vente.

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines.

EDS : Étude Socio Démographique du Mali.

FAF : Fer + Acide Folique.

FMOS : Faculté de médecine et odontostomatologie

Hb : Hémoglobine.

HCG: human chorionic gonadotropin.

HIV: human immunodeficiency virus.

HTA : Hypertension Artérielle.

HU : Hauteur Utérine.

IEC : Information Éducation Communication.

Km² : Kilomètre carré.

LA : Liquide Amniotique.

LCC : Longueur Crânio-Caudale.

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide.

NFS : Numération Formule Sanguine.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONU : Organisation des Nations Unies.

ORL : Oto Rhingo Laryngologie

PEV : Programme Élargi de Vaccination.

PF : Planification Familiale.

PMA : Paquet Minimum d'Activités.

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

SA : Semaine d'Aménorrhée.

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION..... 18 - 20

I-OBJECTIFS 22

II-GENERALITES..... 24 - 39

III-METHODOLOGIE..... 41 - 45

IV-RESULTATS..... 47 - 72

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... .74 - 80

VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATION..... 82 - 84

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 86 - 87

ANNEXE..... 89 - 93

INTRODUCTION

Introduction :

Pour sa survie, l'homme est confronté à plusieurs défis auxquels il doit faire face. Pour cette raison, toutes ses activités vont dans le sens de prévenir ou de guérir tous les maux susceptibles d'entraîner l'extinction de l'espèce.

Dans la société humaine, le fait pour une femme de donner naissance est considéré comme une source de joie, une valorisation de la femme. Malheureusement, nous constatons que plusieurs parmi elles gardent encore des handicaps très graves durant toute leur vie ou qui meurent carrément à cause des complications de la grossesse ou des accouchements.

Alors que l'ère des objectifs du Millénaire pour le développement a touché à sa fin, le nombre annuel des décès maternels et infanto-juvéniles reste à un niveau inacceptable : selon l'OMS, au niveau mondial, l'année 2015 a enregistré [1]:

- 307 000 décès maternels,
- 2,6 millions de mortinaissances,
- 5,9 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans, dont 2,7 millions nouveau-nés.
- 99% de tous les décès maternels surviennent dans des pays à faible et à moyen revenu et ils sont évitables
- L'Afrique, plus précisément l'Afrique subsaharienne est la région où sont survenus près de 66% de ces décès en 2015[2].

Pour compléter le travail inachevé des OMD, et pour aider les pays à commencer à mettre en œuvre sans retard le programme de développement durable pour 2030, l'OMS a élaboré une nouvelle stratégie mondiale qui aspire à ce que toute femme enceinte et tout nouveau-né reçoivent des soins de qualité tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.

La consultation prénatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse. Elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement.

La consultation prénatale est l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelle. Attirant l'attention sur les éléments qui indiquent une augmentation de la mortalité fœtale et une moindre satisfaction des femmes avec un modèle de soins prévoyant quatre visites, la nouvelle stratégie décide que : « Des modèles de soins anténatals prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes. » [3]

Dans les pays développés 99% des femmes reçoivent des soins prénatals de qualité, tandis que dans les pays en voie de développement cette proportion est seulement de 1% des femmes [4].

À Bamako au Mali : 86,5% des CPN sont faites par les sages-femmes ; 2,8% par les infirmières et 1,6% par les médecins [5, 6,7].

Seulement 61% des gestantes font des CPN dans les régions contre 95% à Bamako [8]. En Afrique de l'Ouest, une étude effectuée en 1997 dans certaines grandes villes (Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack), a montré que plus de 80% des femmes enceintes comptaient faire la CPN et que celle-ci était assurée à 94,6% par une sage-femme [9].

Le 10 décembre 1990 le Mali a adopté la politique sectorielle et communautaire de santé de la reproduction (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures) [10]. Par la suite en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel défini par la conférence internationale pour la population et le Développement (CIPD) dont « les soins prénatals de qualité » en est l'une de ces composantes [11,12]. Il a été établi qu'un suivi médical de la grossesse permet de dépister et de traiter d'éventuelles complications, ainsi qu'une surveillance obstétricale contribue à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ; par conséquent toutes les femmes enceintes doivent bénéficier d'une surveillance prénatale et un suivi obstétrical de qualité.

Cette nouvelle politique, focalisée sur l'essentiel, a été adoptée par le Gouvernement malien en quête d'un système de santé qui répondrait mieux aux besoins des citoyens. Elle est appelée communément consultation prénatale recentrée et occupe une place de choix dans le document de politique, normes et procédures des services de santé de la reproduction au Mali. Deux ans après son adoption, il paraît opportun d'initier un travail pour apprécier la perception qu'ont les communautés de cette nouvelle orientation.

Malgré la valeur et l'intérêt accordés à la santé de la reproduction on ne sait pas encore avec précision le niveau réel de la qualité des CPN au Mali.

Vu la place importante qu'occupe la CPN dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, nous nous proposons de mener cette étude pour apprécier les connaissances, attitudes et opinions des femmes enceintes vis-à-vis de la consultation prénatale au centre de santé communautaire universitaire de Sanoubougou II.

OBJECTIFS

I. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Étudier les connaissances, attitudes et opinion des femmes enceintes par rapport à la CPN.

2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer les caractères sociodémographiques des femmes enceintes vues à la CPN.
- ✓ Rapporter le niveau des connaissances des gestantes sur la CPN.
- ✓ Préciser le nombre de CPN, les difficultés et les raisons des femmes enceintes par rapport à la CPN.
- ✓ Décrire les opinions des femmes enceintes sur la qualité de la CPN.

GENERALITES

II. GENERALITES :

1. Définitions :

La surveillance de la grossesse autrement dite suivi prénatal est l'ensemble des moyens cliniques, biologiques et échographiques permettant de témoigner le bon déroulement de la grossesse.

La grossesse normale, elle se définit comme l'implantation et le développement de l'œuf dans la cavité utérine.

- **Gestité** : nombre total de grossesses contractées par une femme
- **Primigeste** : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.
- **Paucigeste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.
- **Multigeste** : c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième Grossesse.
- **Grande multigeste** : il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.
- **Accouchement** : terminaison de la grossesse après 6 mois révolus.
- **Parité** : nombre total d'accouchements d'une femme.
- **Nullipare** : il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché une fois.
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.
- **Grande multipare** : il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

2. Bref historique de la Consultation prénatale

L'histoire de la consultation prénatale moderne semble débiter en Occident, au début du XXème siècle. Les Britanniques en attribuent la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 et les Américains à leur Instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 [13]. C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale est mis au point par le Ministère de la Santé du Royaume-

Uni. Il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique est ajoutée ou remplacée par une autre jugée dépassée [13].

Le programme de consultations prénatales prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin. Au début des années 1930, la consultation prénatale est remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminue pas. F. Neon Reynolds dans une lettre au Lancet (29 décembre 1934) précisait même que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en consultations prénatale.

Les arguments évoqués pour expliquer pourquoi cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient :

- la faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ;
- le nombre insuffisant de visites prénatales ;
- le standard de soins inadéquats [13].

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale est devenue habituelle. Les enquêtes confidentielles de décès maternels au Royaume-Uni avaient objectivé et quantifié dès 1955-57 le risque maternel lié à l'âge et à la parité [13].

Dans la suite, il a été développé l'approche sur les risques, d'où la publication par l'OMS vers la fin des années 70 : « Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque » [14] et en 1984, son prolongement méthodologique et conceptuel, « L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale) » [15].

Cette approche devait permettre d'identifier les femmes à risque et de les orienter vers les services de santé appropriés. Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décision pour les priorités nationales et locales. L'instrument

n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décision programmatique.

L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque.

Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale, sans devoir investir dans un réseau hospitalier coûteux en argent et en ressources humaines.

Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant. En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle. D'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants à New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes à Beijing en 1995, ont réaffirmé l'engagement des gouvernements.

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé leurs estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine, et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [16].

3. Les objectifs de la Consultation prénatale :

- Faire le diagnostic de la grossesse,
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère,
- Surveiller le développement du fœtus,
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse,
- Préparer l'accouchement en faire le diagnostic,

- Faire le pronostic de l'accouchement,
- Eduquer et informer les mères.

4. La Consultation prénatale recentrée : Conditions et éléments de mise en place :

Dans la suite de l'utilisation de standard de la CPN, il a été constaté que les consultations fréquentes n'amélioreraient pas nécessairement les résultats de la grossesse et que les pays en développement n'étaient pas en mesure de les réaliser du point de vue logistique et financier. Mais aussi beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent. C'est pour cette raison que l'OMS a mise en place le concept de la CPN recentrée. C'est une approche actualisée de la consultation prénatale qui met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre de visites.

Dans cette approche, on propose 4 visites selon le calendrier suivant :

- Première consultation prénatale (CPN 1) au 1er trimestre : avant la 12ème semaine d'aménorrhée (SA) jusqu'au plus tard à la 14ème SA ou dès que la femme pense qu'elle est enceinte ;

- CPN 2 : entre la 24ème et la 28ème SA ;
- CPN 3 : à la 32ème SA ;
- CPN 4 : à la 36ème SA.

Soit un total de quatre visites de consultation prénatale (CPN) dont deux au dernier trimestre. Les cas des grossesses à problème peuvent nécessiter des visites additionnelles. Cela concerne notamment les femmes enceintes vivant avec le VIH, les adolescentes et les jeunes enceintes, les drépanocytaires enceintes, les victimes des violences sexuelles/survivants des violences sexuelles enceintes. [5]

Dans cette approche on met l'accent sur la qualité des prestataires, l'éducation sanitaire, la qualité de l'infrastructure et la qualité des interventions qui sont mises en place.

5. Les différentes étapes d'une surveillance prénatale :

5.1. Avant la grossesse :

En médecine, souvent la prise en compte de la grossesse commence souvent bien avant la conception par la question d'avoir ou non un enfant.

Cette interrogation est fréquente ; la femme a plusieurs craintes : la peur d'un enfant anormal, la crainte d'être stérile, un désir de grossesse plus ou moins lointain.

Quelquefois, il faut faire prendre conscience à la patiente de la nécessité d'un bilan avant d'être enceinte (bilan d'une pathologie chronique, diabète par exemple), ou d'un avis spécialisé au sujet de maladies chroniques (diabète, épilepsie, hypertension artérielle...) et de leurs traitements, ou bilan génétique qui demande du temps (mucoviscidose par exemple, chorée de Huntington) et si nécessaire consultation de conseil génétique, et enfin bilan systématique de l'immunité (rubéole, toxoplasmose...).

Souvent, il est nécessaire de donner ou redonner des informations simples sur le fonctionnement sexuel, période de fécondité dans le cycle, indice de fertilité en fonction de l'âge, risque de grossesse trop tardive etc, pour permettre aux femmes et aux couples une décision éclairée.

5.2. La première consultation :

La première consultation doit établir avec la patiente un calendrier de suivi des visites obligatoires ; il est souhaitable qu'elle sache que le médecin peut répondre à ses questions à tout moment.

Les consultations du premier trimestre sont fondamentales. La grossesse demande un long temps d'entretien et d'examen.

Elles sont fondamentales pour :

- mettre à jour le dossier médical de la patiente avec ses antécédents, en particulier obstétricaux, l'état des vaccinations, des dépistages, en particulier le frottis du col utérin ;
- interroger sur l'état de santé du conjoint, les maladies génétiques et/ou familiales ;

- repérer les facteurs de risques sociaux et psychologiques (charge de travail, investissement de la grossesse, environnement de la femme enceinte) ;
- mettre en place un calendrier de suivi avec les obligations légales à remplir en termes de consultations et d'examens paracliniques ; choisir le lieu de l'accouchement et s'y inscrire assez tôt ;
- répondre aux questions, soucis, inquiétudes de la femme enceinte, surtout s'il s'agit d'une première grossesse (nutrition, activité sportive, vie sexuelle, tabac, alcool...) ;
- avoir un examen clinique de qualité noté dans le dossier et qui sert de repère en cas de difficulté ultérieure, en particulier le poids, la tension artérielle, l'auscultation cardiaque, l'état veineux et un examen gynécologique ;
- expliquer et réexpliquer les points importants de prévention, en particulier vis-à-vis de la toxoplasmose si la sérologie est négative, de la listériose, d'une incompatibilité sanguine ;
- expliquer et proposer le dépistage de la trisomie 21.

Cette ou plutôt ces premières consultations du premier semestre peuvent paraître fastidieuses et, pourtant, c'est sur ces bases fondamentales des connaissances de la situation médicale, sociale et psychologique de la femme que va se personnaliser un suivi de qualité.

5.3. Les consultations suivantes :

elles sont mensuelles et le médecin généraliste doit pouvoir assurer le suivi des grossesses normales jusqu'au sixième, voire septième mois, mais il est important que la femme soit connue de l'obstétricien qui assurera l'accouchement au moins 2 mois avant le terme présumé, afin de créer une relation de confiance et de faire un pronostic obstétrical précis.

Sept consultations prénatales sont obligatoires (décret 92-143 du 14 février 1992) : la consultation de déclaration de grossesse réalisée dans les 3 premiers mois et une

consultation mensuelle aux quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième mois.

Au cours du premier trimestre, le diagnostic de grossesse est posé et la déclaration de grossesse l'authentifie.

Devant une femme bien réglée, la datation de la grossesse est facile ; il faut s'aider de temps en temps par un diagnostic biologique de grossesse : bêta human chorionic gonadotrophine (b-hCG) urinaire ou sanguin, surtout s'il y a des pertes de sang qui peuvent évoquer une fausse couche spontanée, mais ce dosage ne permet pas une datation précise, que seule l'échographie permet de réaliser. La déclaration de grossesse doit être faite avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée.

Elle s'accompagne d'examens obligatoires :

- le groupage sanguin et facteur Rhésus ;
- les anticorps irréguliers (qu'il faut répéter aux sixième, septième, huitième et neuvième mois de grossesse si la patiente est Rhésus négatif ou si elle a eu des transfusions) ;
- les sérologies de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose. La sérologie pour le virus de l'immunodéficience humaine doit être proposée mais n'est pas obligatoire.

Une recherche de sucre et d'albumine dans les urines complète ce premier bilan.

Le formulaire de déclaration de grossesse est rempli. La patiente adresse une partie à la Caisse de sécurité sociale et l'autre partie à la Caisse d'allocations familiales.

Si le début de la grossesse pose question, l'échographie apporte la solution.

La première échographie se réalise entre les 11^{ème} et 13^{ème} semaines d'aménorrhée [2].

Elle permet une datation précise de l'âge de la grossesse, mesure la vitalité embryonnaire et permet de découvrir les grossesses gémellaires. Elle permet aussi la mesure de la clarté nucale qui est un signe important dans le cadre du dépistage des trisomies 21. Cette clarté nucale ne doit pas dépasser 3 mm

Cet examen est opérateur-dépendant et il est donc très important d'avoir des correspondants connus. Il est aussi particulièrement important de poser le diagnostic de gémellité tôt, car la surveillance de la patiente doit être plus attentive (conditions de vie, de travail...) et un arrêt de travail s'impose dès la 20^{ème} semaine d'aménorrhée pour éviter la prématurité.

Ces consultations du premier trimestre permettent de donner à la patiente des conseils d'hygiène de vie : alimentation variée, riche en laitage ; repos suffisant, en particulier temps de sommeil ; garder une activité physique de type marche régulière ou natation par exemple. Si la sérologie de la toxoplasmose est négative, il est important de rappeler l'éviction des chats, de bien cuire les viandes. Une sérologie de la toxoplasmose est alors obligatoire chaque mois. Pour éviter la listériose, il faut rappeler aux femmes les mesures de conservation des aliments : bien laver les légumes et éplucher les fruits, se méfier des laitages non contrôlés, des charcuteries.

Tableau I : suivi de la grossesse :

Age de la grossesse	Entretien	Clinique	Biologie	Echographie
Avant 12 SA	Pour rechercher les : Antécédents familiaux Antécédents personnels Antécédents obstétricaux Conditions de vie Conditions de travail Conditions psychologiques	Mesurer le Poids Examen du Cœur Prendre la Tension artérielle Rechercher : Les varices Les œdèmes des membres inférieurs Examiner les Seins, le Col, l'utérus et ses annexes,	Demander : Le Groupage rhésus Rechercher : les AC irréguliers Faire la Sérologie : syphilis, rubéole, toxoplasmose Recherche du Sucre et albumine dans les urines Proposée : virus de l'immunodéficience humaine Faire le Frottis si nécessaire	11-13 SA

<p>Avant 16 SA</p>	<p>Rechercher les informations de dépistage de la trisomie 21 Faire les Conseils alimentaires, en particulier pour la prévention de la listériose et de toxoplasmose si la sérologie est négative</p> <p>Déclaration de grossesse</p>	<p>Idem</p>	<p>Si la sérologie de toxoplasmose est négative : faire sérologie mensuelle</p> <p>Faire le sucre et albumine mensuels</p> <p>Demander le Marqueurs de risque de trisomie (14 à 17 SA)</p>	
<p>Mois 4</p>	<p>Être à l'Écoute et donner une réassurance</p>	<p>Mesurer la hauteur utérine</p>	<p>Faire la Toxoplasmose si négative sucre et albumine</p>	
<p>Mois 5</p>	<p>Idem</p>	<p>Écouter les bruits du cœur, apprécier les mouvements actifs du fœtus, et l'état du col</p>	<p>Idem</p>	<p>22-24 SA</p>
<p>Mois 6</p>	<p>Aborder l'allaitement et faire la préparation à l'accouchement</p>	<p>Idem</p>	<p>Demander : la NFP L'antigène HBS Faire : l'examen cyto bactériologique des urines, faire la Glycémie et conseiller de faire les anticorps irréguliers si Rhésus négatif</p>	

Mois 7	Adressé à la gestante à l'obstétricien	Idem	Demander toxoplasmose si négative Faire sucre et albumine	
Mois 8	Adressé à l'obstétricien si possible Prévoir la consultation d'anesthésie	Idem Pronostic obstétrical	Faire la toxoplasmose sucre et albumine	32-34 SA
Mois 9	Adressé à l'Obstétricien impérativement		Faire la toxoplasmose si négative sucre et albumine	

5.4. Les consultations suivantes :

Chaque consultation comporte un examen clinique, avec en particulier la mesure de la tension artérielle, du poids, un examen gynécologique et obstétrical, et une recherche du sucre et de l'albumine dans les urines. La mesure de la hauteur utérine, l'appréciation des mouvements fœtaux et des bruits du cœur permettent de vérifier le bon développement de l'enfant et l'examen au spéculum ainsi que le toucher vaginal recherchent une infection ou un col trop court (en Angleterre, il n'y a ni examen au spéculum, ni toucher vaginal). La première échographie devient incontournable pour bien préciser l'âge de la grossesse. La seconde échographie est réalisée entre la 22^{ème} et la 24^{ème} semaine d'aménorrhée ; de sa qualité dépend le dépistage des malformations fœtales. La troisième échographie est réalisée entre la 32^{ème} et la 34^{ème} semaine ; elle s'attache au pronostic obstétrical.

Pour une bonne prise en charge des femmes enceintes, les visites du huitième et du neuvième mois doivent être réalisées par l'obstétricien qui accouchera la femme. Si le médecin généraliste peut suivre les grossesses normales jusqu'à 6 voire 7 mois, dès qu'une pathologie apparaît (diabète, hypertension artérielle, menace d'accouchement prématuré, grossesse gémellaire...) ou si la parturiente est porteuse d'une pathologie préexistante, il est indispensable que s'instaure un suivi conjoint.

Le médecin de famille peut faire appel aux intervenants médicosociaux : sage-femme du service de protection maternelle et infantile (PMI), travailleuse familiale, assistante sociale... pour l'aider dans la prise en charge de sa patiente. La loi réglemente les arrêts de travail : 6 semaines avant l'accouchement avec la possibilité de 2 semaines complémentaires si la grossesse est à risque et 10 semaines après l'accouchement, portées à 12 semaines en cas de grossesse gémellaire et à 20 semaines pour la troisième grossesse. Ces périodes sont prises en charge au titre de l'assurance maternité. En cas d'arrêts de travail supplémentaires, pour grossesse pathologique, gémellarité, c'est l'assurance maladie qui prend en charge. L'appel au spécialiste doit être mis en œuvre dès cette première consultation si une difficulté apparaît, d'ordre médical, social ou psychologique.

5.5. Pathologies intercurrentes pendant la grossesse:

À côté de ces consultations légales de suivi, le praticien généraliste est très souvent consulté pour des pathologies intercurrentes et là, toute sa vigilance est de mise. Ne pas banaliser trop vite, ne pas inquiéter à tort, se méfier des médicaments [9]. C'est certainement une des tâches les plus difficiles pour le praticien généraliste qui voit peu de femmes enceintes pour les visites de suivi normal mais doit les traiter pour des pathologies variées, allant du simple rhume ou de la crise hémorroïdaire à la céphalée qui peut signer une éclampsie, ou à l'hyperthermie qui inquiète [8]. Là, il est demandé au médecin généraliste, non seulement de faire un diagnostic de la pathologie en cours, mais de tenir compte des modifications apportées par la grossesse. Plaintes banales mais pour lesquelles il faut apporter une réponse à la patiente. La fatigue parfois intense des premiers mois, les nausées, l'hypersomnie sont dits signes sympathiques de grossesse et il est important de bien rassurer la patiente après un examen clinique normal. Les douleurs du bas ventre comme si les règles allaient venir peuvent durer quelques semaines aussi. Les mastodynies peuvent être intenses et nécessiter un décongestionnant local type Osmogel.

En général, ces signes s'amendent en début de troisième mois et disparaissent. Le troisième trimestre voit l'apparition de douleurs musculaires, tendineuses ou osseuses dues à la distension de l'abdomen et de la symphyse pubienne, de pesanteur vésicale avec pollakiurie, de constipation souvent accompagnée d'hémorroïdes, de jambes lourdes, de lombalgies, voire de sciatalgies.

Le médecin doit, après examen, rassurer le mieux possible et conseiller une hygiène alimentaire et une hygiène de vie adaptées ; une supplémentation par acide folique est indispensable pour les femmes ayant un antécédent d'anomalie de fermeture du tube neural lors d'une précédente grossesse ou qui prennent un traitement antiépileptique. Dans ces cas, 4mg d'acide folique sont prescrits dans le mois qui précède la conception et pendant le premier trimestre sous forme d'un comprimé quotidien de Spéciafoldine. Pour les femmes sans antécédent, cette supplémentation est recommandée à la même période, mais à la dose journalière de 0,2 mg (acide folique CCD 0,2 mg) [4]. Lorsque le médecin doit prescrire, le Vidal doit être consulté régulièrement pour vérifier les contre-indications absolues et relatives, les précautions d'emploi...

La prudence est d'utiliser des produits connus et de limiter au maximum les prescriptions en nombre et en durée.

Beaucoup de plaintes restent banales, voire normales : constipation, lombalgie, pubalgie, jambes lourdes, pyrosis...

Chaque plainte exige une écoute attentive et une explication des modifications corporelles pendant cette période.

Cette écoute suffit, avec de petits traitements symptomatiques, à faire accepter les désagréments de la grossesse.

Situations à risques où il est important de faire un diagnostic de gravité

Les vomissements qui réapparaissent au troisième trimestre de la grossesse doivent faire rechercher un syndrome chirurgical et une affection hépatique ; un dosage des transaminases s'impose et si nécessaire un avis spécialisé. En début de grossesse,

une perte de poids trop importante doit faire rechercher une cause psychologique, mais le plus souvent avec quelques conseils (fractionner les repas, manger ce qui fait plaisir, prendre le temps de manger...) et un antiémétique, les signes s'amendent et deviennent tolérables. Les céphalées sont toujours inquiétantes pendant la grossesse et doivent conduire à un examen neurologique complet, au contrôle régulier de la tension artérielle, en particulier des minima, à la recherche de signes de pré éclampsie : albuminurie, œdème, troubles visuels. Les migraines peuvent être aggravées pendant la grossesse.

L'hyperthermie qui ne fait pas sa preuve impose un ECBU ; l'infection urinaire peut être pauci symptomatique pendant la grossesse.

La listériose est un diagnostic difficile car sans tableau clinique spécifique : devant toute fièvre d'allure grippale, il est bon de faire des hémocultures et c'est la mise sous antibiotiques très rapide qui assure la meilleure prise en charge (3 g d'amoxicilline par jour). Les contractions utérines imposent un interrogatoire précis sur le mode de vie, les charges de travail et un examen clinique qui apprécie l'évolution du raccourcissement du col. Le repos s'impose dès qu'ont été éliminées les contractions physiologiques (ce qui n'est pas toujours facile) et une aide par une travailleuse familiale peut être proposée par le biais des Caisses d'allocations familiales et de la Protection maternelle et infantile (PMI). Un enregistrement des contractions pour faire la différence entre physiologie et pathologie peut être utile. Un suivi conjoint s'impose si le col se modifie et souvent une hospitalisation est nécessaire. Les métrorragies sont toujours inquiétantes pour la patiente qui consulte en urgence. Au premier trimestre, elles peuvent annoncer, avec des douleurs, une fausse couche et la conduite à tenir doit être bien explicitée à la patiente (avant la fin du second mois, l'hospitalisation n'est pas indispensable si le médecin est disponible en cas de difficultés ou d'angoisse).

Le médecin doit toujours suspecter et éliminer une grossesse extra-utérine (signes généraux, b-HCG, échographie, toucher vaginal).

Souvent, il s'agit d'une cervicite et un traitement désinfectant règle le problème. Aux second et troisième trimestres, il faut être très prudent. Un examen clinique précis à la recherche de signes de gravité (tension artérielle, pouls, appréciation de la métrorragie...) permet soit d'hospitaliser en urgence, soit de s'assurer une consultation rapide en service spécialisé pour vérifier la vitalité fœtale et l'insertion placentaire. Le diabète nécessite une prise en charge conjointe soit avec le service d'obstétrique, soit avec le service d'endocrinologie. De 2 à 3% des femmes enceintes ont une intolérance au glucose ; le diabète gestationnel survient entre la 24^{ème} et la 26^{ème} semaine ; ceci justifie pour certains auteurs une glycémie systématique. Si la patiente a pris beaucoup de poids ou a des antécédents de gros bébés, une mesure de la glycémie est indispensable. L'Organisation mondiale de la santé conseille une glycémie à jeun et postprandiale systématique à la 26^{ème} semaine ou un test de Sullivan (absorption de 50 g de glucose, la glycémie doit être inférieure ou égale à 1,35 g/L à 60 minutes). La tension artérielle doit être prise après 10 minutes de repos et en position assise chez la femme enceinte. Toute mesure supérieure ou égale à 145/85 nécessite une reprise de l'interrogatoire et la mise au repos de la patiente pendant 2 semaines avec un contrôle régulier. Ce contrôle peut être réalisé par une sage-femme à domicile ou une infirmière. Si la tension artérielle reste élevée, un bilan biologique est nécessaire : albuminurie, uricémie, fibrinogène, numération-formule des plaquettes (NFP), ECBU. Un avis spécialisé s'impose pour une échographie à la recherche d'un retard de croissance intra-utérin et d'anomalie des flux dans les artères utérines maternelles et du cordon. Il est important de distinguer la femme hypertendue avant sa grossesse et l'hypertension gravidique. Chaque consultation recherche les signes de pré éclampsie (œdème des membres inférieurs, céphalées, protéinurie, hyperexcitabilité neuromusculaire) qui imposent l'hospitalisation d'urgence. Enfin, il est important de ne pas vouloir à tout prix faire baisser une tension limite si elle est bien supportée.

L'hypertension même modérée demande un suivi conjoint de la patiente avec l'obstétricien. La rupture de la poche des eaux impose l'hospitalisation d'urgence.

5.6. Dépister les grossesses à risques :

Il s'agit là d'une mission fondamentale du médecin de soins primaires car de ce repérage dépendent les moyens mis en œuvre pour prévenir un accouchement prématuré, une aggravation de l'état de santé de la mère, une prise en charge précoce de la santé du nouveau-né. Le médecin généraliste demande au spécialiste obstétricien d'être disponible pour un renseignement ou un conseil et de pouvoir recevoir rapidement une parturiente si une pathologie de la grossesse apparaît (hypertension artérielle, diabète, menace d'accouchement prématuré...) de façon à mettre en place un suivi conjoint. Les résultats des travaux de suivi conjoint soulignent une amélioration des prises en charge et une diminution de la mortalité et de la morbidité pour les grossesses à risques. Cependant, ils ne sont pas assez nombreux pour en tirer des conclusions générales.

5.7. Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille :

- ✓ Identifier un prestataire compétent ;
- ✓ Identifier le lieu d'accouchement ;
- ✓ Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence ;
- ✓ Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- ✓ Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- ✓ Identifier la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;

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

- ✓ Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né) ;
- ✓ Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger :

Signes du travail :

- ✓ Contractions régulières et douloureuses ;

- ✓ Glaires striées de sang (bouchon muqueux) ;
- ✓ Modifications du col (effacement et dilatation).

Signes de danger chez la femme enceinte :

- ✓ Saignements vaginaux ;
- ✓ Respiration difficile ;
- ✓ Fièvre ;
- ✓ Douleurs abdominales graves ;
- ✓ Maux de tête prononcés avec vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille
- ✓ Convulsion / Perte de conscience ;
- ✓ Contractions utérines avant la 37ème semaine d'aménorrhée ;
- ✓ Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes).

Le médecin de famille peut suivre sans difficulté majeure sa patiente jusqu'au sixième, voire septième mois de grossesse mais il est souhaitable qu'elle fasse connaissance avec l'équipe qui procédera à l'accouchement au moins 2 mois avant celui-ci et qu'elle bénéficie de la préparation à l'accouchement. Le travail du médecin généraliste avant la grossesse est considérable et nécessite trois niveaux de compétence complémentaires :

- la compétence à suivre une grossesse normale facilitée par la codification du suivi de la grossesse par les textes légaux et par l'utilisation de l'outil « carnet de suivi de la grossesse » ;
- la compétence à dépister une grossesse à risque qui implique une vigilance particulière du médecin généraliste, en particulier lorsqu'il intervient pour des pathologies intercurrentes ;
- la compétence à travailler en réseau de soin pour les grossesses à risques et les pathologies intercurrentes difficiles. C'est à ce prix que le défi de Santé publique de faire diminuer la prématurité et la mort maternelle pourra être relevé.
- Le suivi de la grossesse est bien codifié et permet un suivi de qualité.

- C'est la première consultation qui est déterminante. Elle permet de proposer à chaque patiente un calendrier de suivi et d'écouter ses inquiétudes.
- Elle permet de rechercher les critères de risques de prématurité : mode de vie, travail, trajet, environnement familial, antécédents gynécologiques et obstétricaux.
- Les pathologies préexistantes ou intercurrentes graves doivent conduire à un suivi conjoint avec l'obstétricien ou le spécialiste concerné.

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au CSCom-u de Sanoubougou II dans la région de Sikasso.

A -DESCRIPTION GENERALE

➤ Historique

L'ASACO de Sanoubougou 2 a été créée le 4 juin 2001, le CSCom a été construit en 2004 et il est fonctionnel depuis le 25 juin 2005.

De 2005 à 2006 le CSCom a été dirigé par un Technicien de santé, de 2006 à 2013 par un Technicien supérieur de santé et de 2013 à nos jours il est dirigé par un médecin spécialisé en médecine de famille/médecine communautaire.

En 2013 le CSCom de Sanoubougou 2 est érigé en CSCom-Universitaire après avoir répondu aux critères de sélection du projet DECLIC.

➤ La situation géographique de l'aire sanitaire de Sanoubougou 2

L'aire de santé de Sanoubougou 2 couvre 03 villages (Mamabougou, Tabakoro et Sirakoro) dont 1 dans un rayon de 12 km, 2 dans un rayon de 7 et 6 Km. Elle a une population totale de 20263 habitants en 2020. Elle est limitée par 4 aires de santé.

Le CSCom-U de Sanoubougou 2 est situé au centre-ville de Sikasso à 2 km du CSRéf.

Le CSCom-U est électrifié (EDM) et on note la présence de deux adductions d'eau (SOMAGEP et FORAGE). Les poubelles à trois couleurs et un incinérateur sont utilisés pour la gestion des déchets biomédicaux.

➤ Données sociodémographiques

Depuis l'époque des Famas (rois) du Kéné Dougou existait le quartier Djambourou "Sanoubougou" embryon du quartier Sanoubougou II. Djambourou signifie courrier du Roi, vieille appellation du quartier. Sanoubougou vient de Sanou, une femme bobo qui vendait de l'hydromel et Bougou, case. Ainsi, par transformation la case de Sanou « Sanou ka Bougou » en bambara devient Sanoubougou. Le premier chef de quartier de Djambourou Sanoubougou était Yacouba Konaté. Samba

Coulibaly, premier chef de quartier de Sanoubougou II, ancien garde des colons venu du Sénégal était un conseiller de Yacouba Konaté. Samba Coulibaly fut reconverti douanier à son retour au Mali. Le quartier Djambourou Sanoubougou englobait en son sein le quartier Sanoubougou II qui s'appelait à l'époque Miniabougou (case du Boa) ou Korodougabougou (case du Bouffon). Korodougabougou n'était qu'un petit hameau occupé en premier par la famille Diakité (famille de Bouffon). Le Sanoubougou Djambourou se limitait au carré de l'église catholique où se trouvait le cimetière qui s'étendait près de Korodougabougou. Korodougabougou se limitait au nord par la rizière, au Sud par la forêt, à l'Est se trouvait Djambourou Sanoubougou et à l'Ouest le Lotio. La mosquée de Sanoubougou II se trouve sur l'ancien site de Korodougabougou. Après l'indépendance du Mali en 1960, Djambourou Sanoubougou est devenu trop grand et fut divisé en deux (Sanoubougou I et Sanoubougou II). La création des deux quartiers date des années soixante.

La création de l'aire de santé de Sanoubougou 2 couvrant les villages de Mamabougou, Sirakoro, Tabakoro et les quartiers de Banconi et Sanoubougou a été initiée par Tiéfing Traoré depuis l'an 2001. Sur conseil du Médecin chef du CSRéf, Tiéfing a pris contact avec Sanoubougou 2 en 2004 dans le but d'atteindre la population requise pour la création d'un CSCom.

À partir du premier trimestre 2005 le partenaire Suisse volet santé a réalisé la construction du CSCom composé de :

- un logement pour le DTC
- une maternité
- un dispensaire.

Les activités ont démarré le 27 juin 2005. Après une évaluation en 2012 de toutes les activités des ASACO et des techniciens de la région de Sikasso, Sanoubougou 2 a occupé le premier rang. Ainsi le CSCom a été érigé en CSCom-U en 2013.

B-PRINCIPALES ACTIVITES

Nous offrons le paquet minimum d'activités. Il concerne :

- ❖ Les soins curatifs (les maladies ordinaires, les enfants malnutris)
- ❖ L'observation des malades ;
- ❖ Les petites chirurgies ;
- ❖ Le pansement et les injections en intra veineuse et intra musculaire ;
- ❖ La vente des médicaments essentiels en DCI ;
- ❖ Les activités préventives et promotionnelles sont effectuées en centre fixe et en stratégie avancée à savoir : la CPN, la CPON, le PEV, la PTME, la démonstration nutritionnelle, les IEC, le PF ;
- ❖ Les examens complémentaires de laboratoire pour la première ligne ;
- ❖ Les échographies.
- ❖ L'enseignement des stagiaires (médecins du DES de médecine de famille et médecine communautaire, les techniciennes et techniciens de santé).

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive.

3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2020 au 1^{er} Juin 2020.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes ayant réalisé au moins une consultation prénatale pendant notre période d'étude.

4.1. Critère d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude, toutes femmes enceintes se présentant au CSCCom-U pour CPN et ayant accepté d'y participer.

4.2. Critère de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- ✓ Les femmes enceintes n'ayant pas accepté de participer
- ✓ Les femmes qui ont consulté pour d'autres problèmes de santé

4.3. Échantillonnages :

Il s'agissait d'une enquête exhaustive concernant toutes les gestantes reçues au

CSCCom-U pour la CPN.

5. Techniques et outils de collecte des données :

A- l'examen clinique : Toutes les gestantes ont bénéficié :

- D'un interrogatoire pour :

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

. Recueillir les informations sur l'identité de la femme.

. Les symptômes gravidiques et autres,

. Les antécédents médico-chirurgicaux,

. Les antécédents gynécologiques et obstétricaux,

. Demander l'histoire de la grossesse actuelle.

. Rechercher et enregistrer les facteurs de risque (y compris la consommation de tabac et de l'alcool).

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

. Remettre à la femme un carnet ou tout autre support comportant les renseignements recueillis lors de la consultation.

. Les antécédents familiaux.

. Notion de prise médicamenteuse.

- D'un examen physique soigneux, complet et systématique.

B- Les examens complémentaires :

- **Les examens biologiques : demandés :**

- Le groupe sanguin rhésus ;
- Le test d'Emmel ;
- L'électrophorèse de l'Hémoglobine ;
- L'albuminurie, la glycosurie ;
- Le Bordet Wassermann (BW) ;
- La numération formule sanguine ;

- Ag HBs Ac VHC
- La sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose ;
- La goutte épaisse (GE), le test de diagnostic rapide (TDR) ;
- L'examen cytobactériologique des urines ;
- Le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme ;
- La protéinurie de 24 heures ;
- Le test de Coombs indirect ;
- La glycémie à jeun, la créatininémie.

- L'examen radiologie :

- Échographie obstétricale

✓ **Matériels :**

- Speculum
- Gants
- Lampe, Table d'accouchement
- Thermomètre électronique
- Stéthoscope de pinard
- Mètre ruban ; Pèse Personne
- Les dossiers, les fiches d'enquêtes, le bic.

6. Considération éthique :

Dans l'inquiétude de résoudre les problèmes d'éthiques il était nécessaire d'acquérir le consentement éclairé des gestantes avant de commencer les enquêtes.

La confidentialité était assurée pour toutes les informations à acquérir. Seul le personnel directement concerné par l'étude avait accès aux informations contenues dans les fiches d'enquêtes. Les données recueillies sont destinées d'améliorer le suivi et la prise en charge des gestantes au cours de la CPN jusqu'à l'accouchement et de les prévenir contre les complications.

7 : plan d'analyse des résultats :

Les données ont été saisies analysés sur le logiciel SPSS 2.1 version française.

RESULTATS

IV-RESULTATS

Notre étude a porté sur 190 femmes enceintes.

Tableau I : Répartition des gestantes selon la tranche d'âge.

Tranche d'Age	Effectifs	Pourcentage
15-20	48	25,3%
21-25	54	28,4%
26-30	52	27,4%
31-35	24	12,6%
36-40	7	3,7%
41-45	5	2,6%
Total	190	100,0%

La tranche d'âge de 21-25 ans a représenté 28,4% avec une moyenne d'âge $23,19 \pm 21$ et un écart-type de 6,54.

Tableau II : Répartition des gestantes selon la résidence.

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Banconi	20	10,5%
Bougoula	5	2,6%
Fama	1	0,5%
Hamdallaye	7	3,7%
Kaboila 1	2	1,1%
Kaboila 2	4	2,1%
Lafiabougou	11	5,8%
Macourani	19	10,0%
Mamabougou	1	0,5%
Mamassoni	1	0,5%
Medine	2	1,1%
Sanoubougou 1	30	15,8%
Sanoubougou 2	70	36,8%
Sirakoro	9	4,7%
Tabacoro	1	0,5%
Wayerma1	2	1,1%
Wayerma2	3	1,6%
Zandougoula	2	1,1%
Total	190	100,0%

Les gestantes venant de Sanoubougou 2 ont représenté 36,8%.

Tableau III : Répartition des gestantes selon l'état matrimonial.

État matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	9	4,7%
Mariée	181	95,3%
Total	190	100,0%

Les mariées ont représenté 95,3%.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon le niveau scolaire.

Niveau scolaire	Effectifs	Pourcentage
Analphabète	79	41,6%
Coranique	4	2,1%
Primaire	43	22,6%
Secondaire	62	32,6%
Supérieur	2	1,1%
Total	190	100,0%

Les analphabètes ont représenté 41,6%.

Tableau V : Répartition des gestantes selon la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Élève	21	11,1%
Enseignante	1	0,5%
Étudiante	1	0,5%
Ménagère	166	87,4%
vendeuse	1	0,5%
Total	190	100,0%

Les ménagères ont représenté 87,4%.

Tableau VI : Répartition des gestantes selon la connaissance sur l'importance de la CPN.

Importance de CPN	Effectifs	Pourcentage
Non	76	40%
Oui	114	60%
Total	190	100,0%

Les gestantes qui connaissaient l'importance de la CPN ont représenté 60%.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon la connaissance de l'âge de la grossesse à la CPN1

Âges grossesse à la CPN1	Effectifs	Pourcentage
Ne sait pas	13	6,8%
1 mois	2	1,1%
2 mois	52	27,4%
3 mois	66	34,7%
4 mois	23	12,1%
5 mois	17	8,9%
6 mois	10	5,3%
7 mois	5	2,6%
8 mois	2	1,1%
Total	190	100,0%

Parmi les gestantes, 34,7% ont fait la première consultation prénatale à 3 mois de la grossesse avec une moyenne de 3,12 mois \pm 3 mois.

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la connaissance de l'âge recommandé pour la CPN1 au 1^{er} trimestre.

Age de CPN1 au 1^{er} trimestre	Effectifs	Pourcentage
Ne sait pas	9	4,7%
Moins 3 mois	128	67,4%
3 – 4 mois	47	24,7%
4 – 6 mois	6	3,2%
Total	190	100,0%

L'âge de moins 3 mois a représenté 67,4% avec une moyenne de $3,2 \pm 3$ et un écart-type de 0,96.

Tableau IX : Répartition des gestantes selon la connaissance du nombre de CPN recommandé.

Le nombre total de CPN	Effectifs	Pourcentage
Ne sait pas	12	6,3 %
1	1	0,5%
2	2	1,1%
3	6	3,2%
4	147	77,4%
5	13	6,8%
6	9	4,7%
Total	190	100,0

77,4% des gestantes ont estimé que le nombre de total de CPN recommandé était de 4.

Tableau X : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN réalisée.

Consultation prénatale	Effectifs	Pourcentage
1	67	35,3%
2	73	38,4%
3	39	20,5%
4	10	5,3%
5	1	0,5%
Total	190	100,0%

La deuxième et la troisième CPN ont représenté respectivement 38,4% et 35,3%.

Tableau XI : Répartition des gestantes selon le responsable de la prise en charge.

Responsable de la prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Fiancé	1	0,5%
Mari	177	93,2%
Moi même	1	0,5%
Parents	11	5,8%
Total	190	100,0

Les soins médicaux des gestantes ont été pris en charge par les maris 93,2%.

Tableau XII : Répartition des gestantes selon l'achat des médicaments.

Médicaments achetés	Effectifs	Pourcentage
non	88	46,32%
oui	102	53,68%
Total	190	100,0%

Les gestantes qui ont acheté les médicaments, ont représenté 53,68%

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon la faisabilité des bilans prénataux.

Bilan prénatal	Effectifs	Pourcentage
Non fait	41	21,6%
Fait	149	78,4%
Total	190	100,0%

Les gestantes qui ont estimé être à mesure de faire les bilans prénataux ont représenté 78,4%.

Tableau XIV : Répartition des gestantes selon la non faisabilité de BPN.

Raison de non faisabilité du BPN	Effectifs	Pourcentage
BPN fait	149	78%
Manques des moyens financiers	39	21%
Problème familiale	1	0,5%
Refus de parler	1	0,5%
Total	190	100,0%

Le manque des moyens a représenté 21%.

Tableau XV : Répartition des gestantes selon la raison d'utilisation du service.

Raison d'utilisation du service	Effectifs	Pourcentage
Je connais quelqu'un	1	0,5%
Je connais quelqu'un les personnels sont accueillants	4	2,1%
Je connais quelqu'un les tarifs sont moins chers	1	0,5%
les personnels sont accueillants	10	5,3%
Les personnels sont accueillants l'attente n'est pas longue	1	0,5%
les personnels sont accueillants et compétents	17	8,9%
Les personnels sont accueillants et la structure est bonne	31	16,3%
Les personnels sont accueillant, la structure est bonne et les tarifs moins chers	4	2,1%
Les personnels sont compétents	16	8,4%
Les personnels sont compétents et l'attente n'est pas longue	1	0,5%
Les personnels sont compétents et je connais quelqu'un	11	5,8%
Les personnels sont compétents et la structure est bonne	44	23,2%
La structure est proche de mon domicile	6	3,2%
La structure est proche de mon domicile et je connais quelqu'un	1	0,5%
La structure est proche de mon domicile et les personnels sont accueillants	6	3,2%
La structure est proche de mon domicile les personnels sont accueillants et les tarifs sont moins chers	1	0,5%
La structure est proche de mon domicile, la structure est bonne	21	11,1%
La structure est bonne	5	2,6%
La structure est bonne et les tarifs moins chers	2	1,1%
Les tarifs sont moins chers	3	1,6%
Gestante venues sans recommandation	4	2,1%
Total	190	100,0%

La compétence des personnels et la bonne qualité de la structure ont été les raisons d'utilisation du service dans 23,2% suivie des personnels accueillants et de structure bonne dans 16,3%.

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon leur appréciation du personnel

Appréciation du personnel	Effectifs	Pourcentage
Agréable	94	49,5%
Agréable attentive poli	76	40,0%
Agréable indifférent	1	0,5%
Attentive poli	18	9,5%
Désagréable	1	0,5%
Total	190	100,0

Les gestantes ont apprécié le personnel de façon agréable 49,5%.

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon l'accessibilité du cout.

Accessibilité du cout	Effectifs	Pourcentage
Cout non accessible	58	30,5%
Cout accessible	132	69,5%
Total	190	100,0%

Le cout de prestation a été estimé accessible dans 69,5% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon la confidentialité du soin.

Confidentialité	Effectifs	Pourcentage
Non	66	34,7%
Oui	124	65,3%
Total	190	100,0%

La confidentialité du soin était estimée à 65,3% par les gestantes

Tableau XIX : Répartition des gestantes selon l’appréciation des locaux.

Appréciation des locaux	Effectifs	Pourcentage
passable	85	44,7%
propre	105	55,3%
Total	190	100,0%

Les gestantes qui ont estimé que les locaux sont propres dans 55,3%.

Tableau XX : Répartition des gestantes selon le statut vaccinal antitétanique.

Vaccination	Effectifs	Pourcentage
non	70	36,84%
oui	120	63,16%
Total	190	100,0%

Les gestantes vaccinés ont représentés 63,16%

Tableau XXI : Répartition des gestantes selon la satisfaction des soins offerts.

Satisfaction des soins	Effectifs	Pourcentage
non	40	21,1%
oui	150	78,9%
Total	190	100,0%

La satisfaction des soins offerts était de 78,9%.

Tableau XXII : Répartition des gestantes selon la recommandation sur l'amélioration de la qualité des soins prénataux

Recommandation sur l'amélioration de la qualité des soins	Effectifs	Pourcentage
Ne sait pas	107	56,3%
Accueillir bien les femmes	1	0,5%
Agrandir la salle d'accouchement et la salle d'observation	1	0,5%
Améliorer la qualité de CPN	3	1,6%
Améliorer le plateau technique	1	0,5%
Chercher un moyen de transport pour les femmes à termes	1	0,5%
Continuer l'accueille	25	13,2%
Continuer l'accueille et la satisfaction des gestantes	11	5,8%
Continuer la satisfaction	9	4,7%
Encourager les dames à faire la CPN	7	3,7%
Prendre du courage avec les femmes	1	0,5%
Prendre soins des gestantes et leurs enfants	1	0,5%
Prendre soins de vous-même	1	0,5%
Continuer la propreté des locaux et l'accueille	1	0,5%
Améliorer la satisfaction	1	0,5%
Faire la sensibilisation	15	7,9%
Faire le suivi régulier CPN	2	1,1%
Travailler dans l'unicité	2	1,1%
Total	190	100,0%

Gestantes venues sans recommandation d'amélioration de la qualité des soins ont représenté 56,3%.

Tableau XXIII : Répartition des gestantes selon la prévision de la grossesse.

Prévision de grossesse	Effectifs	Pourcentage
non	9	4,7%
oui	181	95,3%
Total	190	100,0%

Les gestantes qui avaient prévu la grossesse, ont représenté 95,3%.

Tableau XXIV : Répartition des gestantes selon la parité.

Parités	Effectifs	Pourcentage
multipare	110	57,9%
nullipare	46	24,2%
primipare	34	17,9%
Total	190	100,0%

Les multipares ont représenté 57,9%.

Tableau XXV : Répartition des gestantes selon l'intervalle inter génésique.

Intervalle inter génésique	Effectifs	Pourcentage
Ne sait pas	8	4,2%
Mois 2 ans	46	24,2%
2 - 3 ans	133	70,0%
3 – 4 ans	3	1,6%
Total	190	100,0%

L'intervalle inter génésique de 2 – 3 ans a représenté 70% avec une moyenne de $2,65 \pm 3$

Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon la durée du trajet.

Durée du trajet	Effectifs	Pourcentage
Moins 15 mn	79	41,6%
15-30 mn	82	43,2%
30-60 mn	25	13,1%
60-90 mn	4	2,1%
Total	190	100,0%

La durée du trajet était de 15 – 30 mn dans 43,2% des cas avec une durée moyenne $44,74 \pm 30$.

Tableau XXVII : Répartition des gestantes selon la distance parcourue.

Distance parcourue	Effectifs	Pourcentage
Moins 5 km	115	60,5%
5-10 km	53	27,9%
10-15 km	21	11,1%
15-20 km	1	0,5%
Total	190	100,0%

Les gestantes ont parcourue moins de 5 km dans 60,5% des cas avec une distance moyenne $7,58 \pm 5$.

Tableau XXVIII : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN et le niveau scolaire

Niveau scolaire	Nombre de CPN fait					Total
	1	2	3	4	5	
Analphabète	32 (16,8%)	31 (16,3%)	11 (5,8%)	4 (2,1%)	1 (0,5%)	79 (41,6%)
Coranique	3 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,1%)
Primaire	12 (6,3%)	19 (10,0%)	11 (5,8%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	43 (22,6%)
Secondaire	20 (10,5%)	22 (11,6%)	15 (7,9%)	5 (2,6%)	0 (0,0%)	62 (32,6%)
Supérieur	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)
Total	67 (35,3%)	73 (38,4%)	39 (20,5%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	190 (100,0%)

$$\chi^2 = 12,92 \quad P = 0,5$$

Il n'existe pas une relation significative entre le nombre de CPN et le niveau scolaire.

Tableau XXIX : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN et la distance parcourue

Distance parcourue	Nombre de CPN fait					Total
	1	2	3	4	5	
Moins 5 km	36 (18,9%)	45 (23,7%)	27 (14,2%)	7 (3,7%)	0 (0,0%)	115 (60,5%)
5 -10 km	23 (12,1%)	15 (7,9%)	12 (6,3%)	2 (1,1%)	1 (0,5%)	53 (27,9%)
10 -15 km	7 (3,7%)	13 (6,8%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	21 (11,1%)
15 – 20 km	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Total	67 (35,3%)	73 (38,4%)	39 (20,5%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	190 (100,0%)

$\chi^2 = 15,68$ P= 0,71

Il n'existe pas un lien significatif entre le nombre de CPN et la distance parcourue.

Tableau XXX : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN et le cout de prestation

Cout de prestation	Nombre de CPN fait					Total
	1	2	3	4	5	
Non	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Oui	66 (34,7%)	73 (38,4%)	39 (20,5%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	189 (99,5%)
Total	67 (35,3%)	73 (38,4%)	39 (20,5%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	190 (100%)

$\chi^2 = 1,846$ P= 0,72

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le cout des prestations et le nombre de CPN.

Tableau XXXI : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN et l'appréciation des locaux

Appréciation des locaux	Nombre de CPN fait					Total
	1	2	3	4	5	
Passable	2 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,6%)
Propre	65 (34,2%)	73 (38,4%)	38 (20,0%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	187 (98,4%)
Total	67 (35,3%)	73 (38,4%)	39 (20,5%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	190 (100%)

$\chi^2 = 2,44$ P= 0,5

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le nombre de CPN et l'appréciation d des locaux.

Tableau XXXII : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN et le responsable de la prise en charge.

Responsable de la prise en charge	Nombre de CPN fait					Total
	1	2	3	4	5	
Fiancé	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Mari	61 (32,1%)	71 (37,4%)	34 (17,9%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	177 (93,2%)
Moi même	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Parents	5 (2,6%)	2 (1,1%)	4 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11 (5,8%)
Total	67 (35,3%)	73 (38,4%)	39 (20,5%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	190 (100%)

$$\chi^2 = 0,66 \quad P = 0,64$$

Il n'existe pas une variable significative entre la faisabilité de CPN et le responsable de la prise en charge.

Tableau XXXIII : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN et l'état matrimonial

État matrimonial	Nombre de CPN fait					Total
	1	2	3	4	5	
Célibataire	4 (2,1%)	2 (1,1%)	3 (1,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (4,7%)
Mariée	63 (33,2%)	71 (37,4%)	36 (18,9%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	181 (95,3%)
Total	67 (35,3%)	73 (38,4%)	39 (20,5%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	190 (100%)

$$\chi^2 = 2,17 \quad P = 0,614$$

Il n'existe pas une différence statistiquement significative entre le nombre de CPN et l'état matrimonial.

Tableau XXXIV : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN et les finances de BPN

Finances de BPN	Nombre de CPN fait					Total
	1	2	3	4	5	
Non	29 (15,3%)	6 (3,2%)	5 (2,6%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	41 (21,6%)
Oui	38 (20,0%)	67 (35,3%)	34 (17,9%)	9 (4,7%)	1 (0,5%)	149 (78,4%)
Total	67 (35,3%)	73 (38,4%)	39 (20,5%)	10 (5,3%)	1 (0,5%)	190 (100%)

$\chi^2 = 29,186$ P= 0,000

Le nombre de CPN était statistiquement lié aux finances de BPN

.

Tableau XXXV : Répartition des gestantes selon la faisabilité de BPN et le responsable de la prise en charge.

Responsable de la prise en charge	La faisabilité de BPN		Total
	Non	Oui	
Fiancé	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)
Mari	33 (17,4%)	144 (75,8%)	177 (93,2%)
Moi même	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Parents	7 (3,7%)	4 (2,1%)	11 (5,8%)
Total	41 (21,6%)	149 (78,4%)	190 (100%)

$$\chi^2 = 16,31 \quad P = 0,004$$

La variation de la faisabilité de BPN était statistiquement liée au responsable de la prise en charge.

Tableau XXXVI : Répartition des gestantes selon la faisabilité du BPN et l'état matrimonial

Etat matrimonial	La faisabilité de BPN		Total
	Non	Oui	
Célibataire	5 (2,6%)	4 (2,1%)	9 (4,7%)
Mariée	36 (18,9%)	145 (76,3%)	181 (95,3%)
Total	41 (21,6%)	149 (78,4%)	190 (100%)

$\chi^2 = 6,45$ P= 0,034

La variation de la faisabilité de BPN était statistiquement liée à l'état matrimonial.

Tableau XXXVII : Répartition des gestantes selon la faisabilité du BPN et le niveau scolaire

Niveau scolaire	La faisabilité de BPN		Total
	Non	Oui	
Analphabète	21 (11,1%)	58 (30,5%)	79 (41,6%)
Coranique	0 (0,0%)	4 (2,1%)	4 (2,1%)
Primaire	7 (3,7%)	36 (18,9%)	43 (22,6%)
Secondaire	13 (6,8%)	49 (25,8%)	62 (32,6%)
Supérieur	0 (0,0%)	2 (1,1%)	2 (1,1%)
Total	41 (21,6%)	149 (78,4%)	190 (100%)

$\chi^2 = 3,547$ P= 0,308

Il n'existe pas une différence statistiquement significative entre la faisabilité de BPN et le niveau scolaire.

Tableau XXXVIII : Répartition des gestantes selon la connaissance sur l'importance de la CPN et la Parité.

Parité	Importance de CPN		Total
	Non	Oui	
multipare	1 (0,5%)	109 (57,4%)	110 (57,9%)
nullipare	2 (1,1%)	44 (23,2%)	46 (24,2%)
primipare	0 (0,0%)	34 (17,9%)	34 (17,9%)
Total	3 (1,6%)	187 (98,4%)	190 (100%)

$\chi^2 = 3,132$ P= 0,21

Il n'existe pas une différence statistiquement significative entre la connaissance sur l'importance de la CPN et la parité.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Commentaires et Discussions

A- Aspects méthodologiques :

Notre étude prospective transversale descriptive qui s'est déroulée au CSCCom-U de Sanoubougou II, Sikasso, du 1^{er} janvier 2020 au 1^{er} juin 2020 a porté sur 190 gestantes. Cette étude s'est inspirée du modèle de Traoré AB. 2010 [17] à Bamako Sénou portant sur la consultation prénatale recentrée : connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Sénou.

Cette étude nous a permis :

- ✓ Déterminer les caractères sociodémographiques des femmes enceintes vues à la CPN.
- ✓ Rapporter le niveau des connaissances des gestantes sur la CPN.
- ✓ Préciser le nombre de CPN, les difficultés et les raisons des femmes enceintes par rapport à la CPN.
- ✓ Décrire les opinions des femmes enceintes sur la qualité de la CPN.

Dans notre approche méthodologique, nous avons procédé au choix des variables discriminatoires. Si l'une de ces variables manquait, elle mettrait en cause l'ensemble de la qualité de l'acte des soins prénatals dans la catégorie de domaine des attitudes et connaissances définies. Ce qui nous a permis de situer le CSCCom-U de Sanoubougou II, par niveau de qualité et partant de cela le repérage des problèmes à différent niveau de la consultation prénatale.

Les personnels soignants étaient disponibles et d'une parfaite courtoisie, cependant nous avons rencontré de petites difficultés comme, le début des séances de CPN se faisait toujours en retard, nos gestantes ont été toutes consentantes pour faire partir de l'étude. Malgré ces difficultés nous pouvons nous prononcer sur les aspects suivants :

B- Caractéristiques sociodémographiques :

- **Age :** Dans notre étude la tranche d'âge de 21 à 25 ans a représenté respectivement 28,4% avec une moyenne d'âge 23,19 ans, ce taux est inférieur à celui de Coulibaly D. en 2014 [18] qui avait trouvé 55,1% dans la tranche d'âge 20 - 29 ans et supérieur à celui de Djongo AA. en 2017 [19] qui avait trouvé 23,5% [18] dans la tranche d'âge de moins de 18 ans.

Ceux-ci pourraient s'expliquer par l'implication des parents contre le mariage précoce et grâce à l'effort sans cesse du gouvernement depuis la déclaration de la nouvelle politique sectorielle de santé dont l'objectif majeur était la réalisation de la santé pour tous dans un horizon aussi rapproché que possible raison pour laquelle beaucoup de femmes ne sont pas mariées avant l'âge de 18 ans.
- **Etat matrimonial :** Dans notre étude les mariées ont représenté 95,3% de la population, ce taux est supérieur à celui de Djongo AA. en 2017 [19] qui a trouvé 63,8%, et similaire à celui de de Coulibaly D. en 2014 [18] qui a trouvé 95,4%. Ceux-ci pourraient s'expliquer par les avantages des campagnes de sensibilisation et les effort fournis par les hommes intensifiant l'utilisation des services par des actions d'information, d'éducation et de communication pour l'utilisation de la CPN afin de prévenir le risque lié à la grossesse et à l'accouchement. Il n'y avait pas une différence statistiquement significative entre la faisabilité de CPN et l'état matrimonial par contre la variation de la faisabilité du BPN était statistiquement liée à l'état matrimonial.
- **Niveau scolaire :** Le taux d'analphabétisme a représenté 41,6% de la population d'étude, ce taux est supérieur à celui de Coulibaly D. en 2014 [18] et de de Djongo AA. en 2017 [19] qui ont trouvé respectivement 22,3% et 18,4% des femmes non scolarisées. Cela pourrait s'expliquer par le changement de mentalité des parents pour la non scolarisation des filles ce qui

est très fréquent chez nous. Il n'y avait pas une variable significative entre la faisabilité de CPN et le niveau scolaire et la faisabilité du BPN et le niveau scolaire.

- **Profession :** Dans notre étude les ménagères ont représenté 87,4% de la population ce taux est supérieur à celui de Coulibaly D. en 2014 [18] qui avait obtenu 55,5%. Cette différence peut être expliquée par le manque d'emploi et le refus de certains hommes avec la mentalité que les femmes sont faites pour les ménages qui font que beaucoup sont restées à la maison.

C - Antécédents obstétricaux des gestantes

- **Prévoir la grossesse :** La majorité de nos gestantes soit 95,3% avaient prévu la grossesse ceci pourrait s'expliquer par le fait que toutes nos gestantes étaient mariées, et l'idéal chez nous au Mali dans la société il faut se marier avant de tomber enceinte puisque la grossesse étant le fruit du mariage et le souhait de tous les couples.
- **La parité :** Dans notre étude les multipares ont représenté 57,9% de l'échantillon, ce résultat est différent de celui de Djongo AA. en 2017 [19] et de Coulibaly D. en 2014 [18] qui ont trouvé respectivement 31,6% et 27% des paucipares. Ceux-ci s'expliqueraient du fait d'avoir beaucoup d'enfants dans notre société est une source de bonheur, d'accroissement, de cohésion sociale et d'une valorisation de la femme. La variation de la connaissance sur l'importance de la CPN n'était pas significative selon la parité.

L'intervalle inter génésique : La majorité de nos gestantes avait un intervalle inter génésique de 2-3 ans soit 70,0% de la population avec une moyenne de $2,65 \pm 3$ ans. Ceci pourrait s'expliquer par les avantages et l'acceptation de la planification familiale connue par les femmes et leurs hommes afin d'alléger les pressions économiques, sociales et environnementales.

D - Le niveau des connaissances des gestantes sur la CPN

- **La connaissance sur l'importance de la CPN :** Les gestantes qui connaissaient l'importance de la CPN étaient 65,3%, ce taux est inférieur à celui de Coulibaly D. en 2014 [18] qui avait trouvé 78,6%. Ceux-ci s'expliqueraient par les avantages des campagnes de sensibilisations de la population sur les conséquences de non faisabilité de la CPN par les femmes. La variation de la CPN n'était pas significative selon la connaissance sur l'importance de la CPN.
- **La connaissance de l'âge de la grossesse à la CPN1 :** Dans notre étude parmi les gestantes, 34,7% ont fait la première consultation prénatale à 3 mois de la grossesse avec une moyenne de 3,12 mois \pm 3 mois, ce taux est différent de celui de Djongo AA. en 2017 [19] qui avait trouvé 24% des gestantes qui ont fait la première CPN au 1^{er} trimestre. Ceux-ci pourraient s'expliquer par le refus pour certains hommes de conseiller leurs femmes à faire la CPN, ou une femme enceinte avec une grossesse non attendue ou une grossesse cachée et une ignorance des risques liés à la grossesse et l'accouchement.
- **La connaissance du nombre de CPN recommandé :** Dans notre étude 77,4% des gestantes ont estimé que le nombre total de CPN recommandé était de 4, ce taux est supérieur à celui de Coulibaly D. en 2014 [18] qui avait trouvé 12,4% de CPN4 recommandé. Ce pendant on met l'accent sur la qualité des prestataires, l'éducation sanitaire, la qualité des campagnes de sensibilisation et la qualité des interventions qui sont mises en place. Il n'y avait pas une variable significative entre la faisabilité de CPN et la connaissance sur le nombre de CPN recommandé.
- **L'âge de CPN1 recommandé au 1^{er} trimestre :** Dans notre étude la majorité de gestantes soit 67,4% répondait que l'âge de la CPN1 recommandé est de moins 3 mois avec une moyenne de 3,2 \pm 3 mois, ce taux est différent à

celui de Coulibaly D. en 2014 [18] qui avait trouvé 28,5% des femmes qui disaient le début de l'aménorrhée.

E - Le nombre de CPN, les difficultés et les raisons des femmes enceintes par rapport à la CPN.

- **Le nombre de CPN réalisée :** Dans notre étude la CPN2 et CPN1 ont représenté respectivement 38,4% et 35,3%, ce taux est différent de celui de Djongo AA. en 2017 [19] et de Coulibaly D. en 2014 [18] qui ont trouvé respectivement 82,7% de CPN1-CPN3 et de 45,5% de CPN2-CPN3. Ceux-ci s'expliqueraient non seulement par le retard de diagnostic de la grossesse mais la non maîtrise du cycle menstruel par beaucoup de femmes.
- **La faisabilité et la raison de non faisabilité des bilans prénataux :** Nos gestantes qui ont fait les bilans prénataux ont représenté 78,4% par contre 20% n'ont pas pu réaliser par faute des manques de moyens financiers, ce taux de réalisation des BPN est inférieur à ceux de Djongo AA. en 2017 [19] et de Coulibaly D. en 2014 [18] qui avaient trouvé respectivement 98% et 99,4% des BPN réalisés. Ceux-ci pourraient s'expliquer par l'importance de la sensibilisation des femmes sur la faisabilité des bilans prénataux par les personnels sanitaires qui ont poussé beaucoup de gestantes à la réalisation de certains bilans prénataux, et la non réalisation de ces bilans prénataux pour d'autres femmes c'était due à la méconnaissance de leurs importances et le manque de moyen financier.
- **La raison d'utilisation du service :** Dans notre étude les gestante estime que la compétence des personnels et la bonne qualité de la structure étaient les raisons d'utilisation du service dans 23,2%, ce taux est différent à celui de Djongo AA. en 2017 [19] qui a trouvé 34,7% des raisons de personnels compétents. Ceux-ci pourraient s'expliquer que la fréquentation d'un centre de santé par les patients dépend de la compétence des personnels et l'état de

la structure. Ces thématiques sont en commun un objectif de décloisonnement des organisations et de promotion d'une culture métier dans laquelle les coopérations et le travail en équipe des personnels sanitaires y compris les patients, usagers, et les personnes accompagnées se renforce et s'ouvre à de nouvelles pratiques.

- **L'achat des médicaments :** Dans notre étude les gestantes qui avaient acheté les médicaments ont représenté 53,68% ce taux est inférieur à celui de Coulibaly D. en 2014 [18] qui avait trouvé 85,1% des gestantes. Ceux-ci pourraient s'expliquer par la connaissance des femmes sur les avantages et les inconvénients de l'achat des médicaments au cours de la grossesse et la méconnaissance pour d'autres de non achat des médicaments.

F - Les opinions des femmes enceintes sur la qualité de la CPN.

- **L'appréciation du personnel et la confidentialité du soin :** Dans notre étude les gestantes ont apprécié le personnel de façon agréable soit 49,5%. et la confidentialité du soin était estimée à 65,3% par contre Djongo AA. en 2017 [19] avait trouvé 100% de satisfaction et de confidentialité du service rendu. Ceux-ci pourraient s'expliquer par le respect du secret professionnel des personnels sanitaires et c'est un droit fondamental dans le respect de l'intimité et de la vie privée du patient ce qui renforce la confiance entre soignant et soigné.
- **L'accessibilité du cout :** L'accessibilité du cout a été estimé favorable dans 69,5% des cas, ceci s'expliquerait par l'importance de la politique du PRODESSII dont les composantes sont santé et développement social et l'un des objectifs était d'augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité repartis de manière équitable répondant aux besoins des populations. La variation de la faisabilité de CPN n'était pas significative selon le coût de prestation.

- **L'appréciation des locaux :** Dans notre étude les gestantes qui ont estimé que les locaux sont propres soit 55,3%, ce taux est inférieur à celui de Djongo AA. en 2017 [19] qui avait trouvé 95,4% de l'appréciation propre ceux-ci pourraient s'expliquer par l'implication des personnels sanitaires et de la population dans l'adoption de l'hygiène et d'assainissement du milieu sanitaire afin de promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé. Il n'y avait pas une variable significative entre la faisabilité de CPN et l'appréciation des locaux.
- **La satisfaction des soins offerts :** Dans notre étude nos gestantes qui ont été satisfaits des soins offerts ont représenté 78,9% ce taux est inférieur à celui de Djongo AA. en 2017 [19] qui avait trouvé 100%. Cependant nous dirons que la satisfaction des soins permet de décrire la prise en charge du point de vue du patient.
- **La recommandation d'amélioration de la qualité des soins prénataux :** Dans notre étude les gestantes qui n'avaient pas de recommandation sur l'amélioration de la qualité des soins prénataux ont représenté 56,3% et les gestantes qui avaient des recommandations (Améliorer la satisfaction, Faire la sensibilisation, Faire le suivi régulier de CPN, Améliorer le plateau technique, Chercher un moyen de transport pour les femmes à termes, continuer l'accueil et la satisfaction des gestantes.) ont représenté 43,7%. Ceci s'expliquerait par la qualité de soins rendus par les personnels sanitaires et les efforts fournis par les personnels pour un soin de qualité pour tous.
- **La dose du vaccin antitétanique reçue :** La majorité de nos gestantes soit 63,16% ont été vaccinée, ce taux est inférieur à celui de Coulibaly D. en 2014 [18] qui avait trouvé 89,8% des femmes vaccinées contre le tétanos.

G - Evaluation de la perception des femmes par rapport à l'accessibilité des soins au niveau géographique.

- **L'accessibilité et la durée trajet :** La majorité de nos gestantes parcourait une distance de moins de 5 km soit 60,5%, la durée moyenne du trajet était de $44,74 \pm 30$ mn. Cependant l'accessibilité géographique aux soins apparait comme un élément structurant du territoire et déterminant dans le choix et possibilité de choix de recours aux services de santé de la population. Un des facteurs qui conditionne l'accès aux soins, l'accessibilité géographique est le déterminant sur lequel les politiques ont le plus misé. La variation de la CPN n'était pas significative selon l'accessibilité et la durée trajet.

CONCLUSION ET RECOMMADATIONS

CONCLUSION :

Cette étude nous a permis de tirer les conclusions suivantes :

Dans le CSCOM-U de Sanoubougou 2 les femmes enceintes ont des connaissances et des attitudes qui sont acceptable en CPN ;

La réalisation de CPN par les gestantes n'était effective. La pauvreté, le faible niveau de scolarisation, le manque d'information, l'ignorance sur l'intérêt de la CPN, le cadre de vie et l'ignorance sur les risques liés à la grossesse sont des facteurs pouvant influencer le bon suivi de la CPN.

Les gestantes ont des réticences pour la fréquentation des services de CPN liées à la confidentialité, la courtoisie des agents, le confort proposé au cour de la CPN, le cout et le temps d'attente. Leurs recommandations sur l'amélioration de la qualité des soins prénataux étaient variables. Il devient ainsi indispensable de mener une action générale pour la sensibilisation et consolider les acquis.

RECOMMANDATION :

➤ **Aux personnels de santé (Médecin, Sage-femme, Aide-soignant, Matrone, Gérants des Dépôts de pharmacie, Gardiens des centres).**

- Renforcer l'interaction soignant consultante par les séances de causeries lors de la CPN.
- Elaborer des messages d'éducation pour la santé, axés sur l'importance de la précocité de la première CPN, et l'importance des bilans prénataux ciblant particulièrement les femmes d'âge à risque.
- Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel responsable des consultations prénatales
- Faire la CPN selon les normes.
- Informer et sensibiliser les populations sur l'inconvénient de ne pas faire la CPN.
- Renforcer la communication interpersonnelle.
- Respecter les normes et procédures en santé de reproduction.
- Assurer une bonne autonomisation des gestantes en leurs informant sur l'évolution de leurs grossesses et les risques encourus.

➤ **Aux autorités sanitaires et politiques :**

- Renforcer les supervisions régulières au niveau du CSCom.
- Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel responsable des Consultations prénatales recentrées ;
- Mettre en place des kits d'urgence.
- Doter le CSCom de moyens logistiques en cas d'évacuation.

➤ **Aux populations**

- Suivre régulièrement les CPN, en respectant les rendez-vous et en débutant à temps la première CPN.
- Appliquer strictement les conseils donnés par les prestataires.
- Impliquer d'avantage les époux et les belles-mères dans le suivi de la grossesse.

Références

Références

1. **Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A, et al.** Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario Based Projections to 2030. A Systematic Analysis by The UN Maternal Mortality Estimation Inter Agency Group 2015 ; 6736 (15) :1-13.
2. **Organisation mondiale de la santé.** Tendances de la mortalité maternelle : 1990 – 2015 Estimations de l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la Population des Nations Unies.
3. **Organisation Mondiale de la Santé.** Recommandations de l’OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Résumé d’orientation 2016.
4. **Papiernik E, Cabrol D, Pons JC.** Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, pour un programme d’action obstétrique. Paris : Flammarion, Médecines sciences ; 1995.15P.
5. **Kanté Y.** Evaluation de la qualité des CPN dans le service gynécologique-obstétrical du CHU Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako 2008 ; 09M39
6. **Maiga AB.** Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf de la commune I du district de Bamako. Thèse de Méd Bamako 2008 ; 08M216.
7. **Cissouma S B.** Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf de MOPTI, CSCOM de Toule, ASCOTAMB. Thèse Méd Bamako 2008 ; 08M242.
8. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM V) 2012-2013 ; 207p.
9. **OMS, Blum C.** L’évaluation médicale à l’Hôpital. In Creen Hébert. 1er séminaire d’évaluation en gynéco obstétrique à l’APHP résumé des interventions et des débats, Paris délégation à l’évaluation, DPIMAP 1993 : 6-7.
10. **Rayton E.** Prévention des décès maternels. OMS Genève 1990 ; 231p.
11. **Diarra M.** Evaluation de la qualité des CPN à l’Hôpital de Ségou. Thèse Méd Bamako 2008 ; 08M244.
12. **Keita SM.** Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf de Kita. Thèse Méd Bamako 2008 ; 08M248.

- 13. De Brouwere V, Tonglet R, Van LW.** « La Maternité sans Risque » dans les pays en développement : les leçons de l'histoire. Studies in Health Services organisation & policy, 6, Antwerp, ITG press 1997.
- 14. Organisation mondiale de la santé.** Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève 1978.
- 15. Backett M, Davies AM, Petros-Barvazian A.** L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé : Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale). Genève : OMS 1984.
- 16. Guindo BA.** Evaluation de la qualité des CPN au CSCom de Faladié. Thèse Méd Bamako 2014 ; 14M175.
- 17. Traoré AB.** Consultation prénatale recentrée : connaissances attitudes et pratiques de la communauté de Sénou. Thèse Méd Bamako 2010 ; 10M596
- 18- Coulibaly D.** Connaissances, attitudes et pratiques des gestantes face aux CPN au CsRef de la Commune VI du district de Bamako. Thèse Méd Bamako 2014 ; 14M230
- 19- Djongo AA.** Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf de Mopti. Thèse Méd Bamako 2017 ; 17M75

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE DE LA CPN

1- Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Q1 :

Nom :

Prénom : Q2 Age (ans) :

Q3 Ethnie : Q5 profession

Q4 Niveau scolaire : 1=Analphabète ; 2=primaire ; 3=secondaire ; 4=supérieur ;

5=coran

Q5 Etat matrimonial : 1=célibataire ; 2=mariée ; 3=veuve ; 4=divorcé

Q6 Régime matrimonial 1= polygamie ; 2= monogamie

Q7 Résidence :

Q8 Distance parcourue

2-Antécédents obstétricaux de la gestante

Q9 Aviez-vous prévu la grossesse : 1(oui) - 2 (non)

Q10 G P V A D

Q11 Nombre de CPN réalisées ?

Q12 Avez-vous un antécédent de césarienne ? 1(oui) - 2 (non)

Q13 Si oui combien de fois avez-vous été opère ? /...../

Q14 Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?

1-Moins 2 ans, 2-Entre 2 – 3 ans, 3- Plus de 3ans, 4- Ne sait pas

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

Q15 Pourquoi utilisez-vous ce service en particulier ?

1- Etablissement 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 ce centre 7- Les tarifs sont élevés,

8-Les tarifs sont moins chers, 9- Autres à préciser

Q16 Modalités de transports : 1- A pied 2- Transport collectif 3- Taxi

4- Véhicule personnel 5- Autres à préciser.

Q17- Le personnel sanitaire qui vous a reçu a-t-elle-été ? /...../

1- Agréable 2- Désagréable 3- Indifférente 4- attentive et poli

Q18- Le cout de prestation vous est-il favorable ? oui /.../ non /.../

Q19- La consultation a-t-elle été confidentielle ? oui /.../ non /.../

Q20- Comment avez trouvé les locaux : 1- Propre 2- sale 3- Passable

Q21- Avez-vous acheté les médicaments qui vous ont été prescrits ? oui /.../

non /.../

Si non :

Q22- Quelle est la raison? 1-Manque d'argent /.../

2-Rupture des médicaments /.../

3- Cherté du produits /.../ 4- Autres /.../

Q23- Quand vous tombez malades qui prend en charge les soins médicaux ?

1- L'entreprise/../ 2- Mon mari /../ 3- les parents /../ 4- Autres /../

4-Evaluer la connaissance des femmes enceintes sur l'utilisation des soins prénataux

Q24- Avez-vous effectué votre bilan prénatal ? 1- oui /../ non /../

Q25- si oui Combien de visite de CPN ? /...../

Q26 -si non pour quelle raison vous ne faites pas les CPN ?

/...../

Q28- Connaissez-vous l'importance de la CPN ? oui /.../ non /.../

Q29- Si oui 1- Préviens une grossesse à risque /.../

2- Préviens le risque lié à l'accouchement /.../ 3- Protège la mère /.../

4- Protège l'enfant /.../ 5- Protège la mère et l'enfant /.../ 6- Préviens la grossesse suivante /../

Q30- Quel était l'âge de la grossesse à la CPN1 ? /...../

Q31- Êtes-vous vaccinée au cours de la grossesse ?oui /.../ non /.../

Q32- Connaissez-vous le nombre minimum de CPN ? oui /.../ non /.../

Q33-si oui Combien ?/...../

Q34- Selon vous à quel âge de la grossesse doit on effectuer la CPN1 ?

1-Moins de 3mois 2- 3 mois 3- Entre 4 et 6 mois 4- Plus de 6 mois 5- Aucune idée

5-Evaluer la satisfaction des femmes par rapport à la qualité soins offerts

Q35- Etes-vous satisfait des soins globalement offerts ? oui /.../ non /.../ Plus ou moins /..../

Q36- Que proposez-vous pour améliorer la qualité des soins prénataux ?

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : KONE

Prénom : Sékou Abdoulaye.

Titre du Mémoire : Connaissances, attitudes et opinions des femmes enceintes par rapport à la consultation prénatale au centre de santé communautaire-universitaire de Sanoubougou II (CSCoM-U)

Année universitaire : 2019-2020.

Pays d'origine : REPUBLIQUE DU MALI.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine d'Odontostomatologie (FMOS) du Mali.

Secteur d'intérêt : Maternité.

Résumé du mémoire :

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 améliorer les connaissances, attitudes et opinions des femmes enceintes en matière des soins prénataux. Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive déroulée au centre de santé communautaire-universitaire de Sanoubougou II auprès de 190 femmes enceintes. La majorité de nos gestantes était dans l'aire de santé soit 53% dont 2 quartiers de Sikasso, Sanoubougou II et Banconi soit 47,3% et 3 villages dont Sirakoro, Tabacoro et Mamabougou soit 5,7%. Les autres qui venaient d'autres quartiers et villages étaient 47%. La majorité de nos gestantes était mariée soit 95,3%. Les femmes non instruites représentaient 41,6% de la population d'étude alors que les instruites étaient 58,4%. Les femmes qui avaient une connaissance sur l'importance et le nombre recommandé de CPN ont représenté dans 60% et 77,4%, les gestantes qui ont acheté les médicaments prescrit ont représenté 53,8% et celles qui ont été vaccinées ont représenté 63,16%. Dans notre étude 56,3% des gestantes n'avaient pas

de recommandation sur l'amélioration de la qualité des soins prénataux. La relation humaine, le respect de la confidentialité, de l'intimité et la satisfaction des soins offerts étaient satisfaisant.

Mots clés : Connaissances, attitudes, opinions, grossesse, et consultation prénatale.