

**Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique**

République du MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

*UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO*

*FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE/FMOS*



Année universitaire : 2020-2021 N°...../.....

TITRE :

**EVALUATION SUR LES CAUSES DE NON-
RESPECT DU NOMBRE DES CPN AU SEIN DU
CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE
KALABAN-CORO KOULOUBA**

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 06/12/2021

Devant le jury de la Faculté de Médecine et Odontostomatologie

Par Docteur ZOUMANA SANOGO.

Pour obtenir le grade de **spécialiste en Médecine de Famille/Médecine**

Communautaire (MF/MC)

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Youssouf TRAORE

Membre : Docteur Souleymane SIDIBE

Co-directeur : Docteur Al-houssenu dit Guimba N°2 SISSOKO

Directeur : Pr Fatoumata DICKO TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce mémoire,

A ma femme **Kinza SIDIBE**, une femme exemplaire pour son soutien moral qui m'a permis de mener cette étude

MES REMERCIEMENTS

A

- ✚ Dieu le tout puissant, le clément, le miséricordieux
- ✚ Ma femme Djénéba TAPILY
- ✚ Mes enfants et toute la grande famille SANOGO
- ✚ Madame SANGHO Aissata CISSE infirmière au CSCom de KOULOUBA
- ✚ Aux encadreurs (Dr Drissa SIDIBE ; Dr Inissa BEN BANGALY ; Dr Kafougo Brehima COULIBALY.....) pour l'intérêt que vous accordez aux DES en plus de la Qualité de l'enseignement dispensé.
- ✚ Aux Résidents ; ce travail est de votre courage. Un remerciement exceptionnel Dr Intimbé Timbiné le responsable de la promotion qui a été tout pour nous.

Je vous en suis toujours reconnaissant.

- ✚ A tout le personnel du CSRéf de Kalabancoro particulièrement au médecin chef Issa GUINDO pour son sens élevé de sa collaboration et le soutien pour l'accueil et l'encadrement.
- ✚ A tout le personnel du CSCom de Kalabancoro Koulouba particulièrement l'équipe de maternité qui a « mouillé le maillot » pour cette collecte des données : Merci pour la collaboration.
- ✚ Aux membres de l'ASACO de Koulouba pour leur soutien inoubliable

LISTE DES ABREVIATIONS

CSCom U : Centre de santé communautaire Universitaire

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

ASACO : Association de Santé Communautaire

EDSM : Enquête Démographique et de la Santé Mali

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CPN : Consultation prénatale

CPNR : Consultation prénatale Recentrée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CSREF : Centre de santé de référence

SIDA : Syndrome immunodéficience

VIH : Virus Immun-Humain

IST : Infection Sexuelle Transmissible

HTA : Hypertension Tension artérielle

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

DES: Diplôme d'Études Spécialisées

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

❖ A notre maître et Président du jury

Pr Youssouf TRAORE

- Professeur titulaire de Gynécologie Obstétricale à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie de Bamako ;
- Praticien dans le département de Gynécologie Obstétricale au CHU Gabriel Touré ;
- Chef de filière du département des soins infirmiers et obstétricaux de l'Institut National e Formation en Science de la santé (INFSS).

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre simplicité, votre esprit d'organisation du travail bien fait.

Cher maitre de loin que de près tous ceux que vous êtes en Gynécologie comme enseignement reste un travail inoubliable pour les étudiants.

Soyez rassuré, cher maitre, de notre profonde gratitude.

❖ **A notre Maître et Co-directeur :**

Dr Al-housseynou dit Guimba n°2 SISSOKO

Spécialiste en Médecine de Famille/ Médecine Communautaire ;

Praticien en Santé Communautaire ;

- Ancien Directeur Technique du CSCOM d'Anderboucane (Ménaka)
- Membres du bureau de recherche du département de Médecine de Famille/ Médecine Communautaire ;
- Point focal santé mentale de la Médecine de Famille/ Médecine Communautaire.

Cher maître,

C'est avec un réel plaisir de vous choisir comme co-directeur, Vous êtes un maître humble courageux, soucieux à la formation des étudiants comme nous.

Nous avons été marqués lors de notre passage pour nos stages à Banconi par votre façon de penser sur la réussite de cette spécialité dont nous souhaiterons être parmi vous.

Accepté ici mes profondes gratitude

❖ **A notre maître/ membre du jury**

Docteur Souleymane SIDIBÉ

- Spécialiste en médecine de famille/médecine communautaire Maître-assistant à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie.
- Membre du bureau de recherche à la faculté de médecine Chargé de la santé de reproduction au CSCOM-U de Banconi

Cher maître ;

C'est avec plaisir que nous vous saluons et de vous retrouver parmi les jurys de ce mémoire.

Vos qualités sociales et votre sens élevé d'inculquer votre connaissance aux étudiants vous ferez un maître exemplaire.

Recevez ici l'expression de notre reconnaissance.

❖ **A Notre Maître et Directeur de Thèse :**

Professeur titulaire Fatoumata DICKO

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

Chère maitre,

Vous êtes un maitre exceptionnel, courageuse, infatigable pour l'avancé de la mission qui vous ai été confié qui est la coordination de ce DES.

Tout l'effort que vous êtes en train de mener vous serez payé chère professeure.

Maitre acceptez ces honneurs qui nous viennent au fond du cœur.

LISTE DES TABLEUX

Tableau I : répartition selon les tranches d'âge.....	12
Tableau II : statut matrimonial.....	12
Tableau III : répartition selon la résidence.....	13
Tableau IV : répartition selon le niveau d'instruction.....	13
Tableau V : répartition selon le statut professionnel.....	14
Tableau VI : répartition selon la parité.....	14
Tableau VII : répartition selon la hauteur utérine.....	15
Tableau VIII : répartition selon l'âge de la grossesse et le début des CPN.....	15
Tableau IX: répartition selon le respect du calendrier de la CPN 1.....	15
Tableau X : Causes de retard en CPN1 (n=166).....	16
Tableau XI : Gestantes selon la visite en CPN2.....	16
Tableau XII : Gestantes selon la visite en CPN3.....	17
Tableau XIII : Gestante selon le respect du calendrier de la CPN4.....	17
Tableau XIV : évolution du respect du calendrier de toutes les CPN.....	17

TABLE DE MATIERE

1. Introduction.....	1
1.1 Contexte et justification.....	3
1.2 Hypothèses de recherche.....	5
2. Objectifs.....	6
2.1 Objectif général.....	6
1.1.1. Objectifs spécifiques.....	6
2. Méthodologie :	7
2.1. Cadre d'étude.....	8
2.2. Type d'étude.....	8
2.3 Population d'étude.....	8
2.4 Période d'étude.....	8
2.4.1. Critères d'inclusion.....	8
2.4.2. Les critères de non inclusion sont les suivants.....	8
2.4.3. Taille de l'échantillonnage : femme 5% de la population ...	9
2.5. Déroulement du travail.....	9
2.5.1. Activités.....	9
2.5.3. Estimation du budget.....	10
2.6. Considérations éthiques.....	10
2.7. Collecte, Saisie et analyse des données.....	10
3-Résultats :.....	11
4-Commentaire et Discussion :	18

5-Conclusion :	21
6-Récommandation :	23
7-Annexes :	25



INTRODUCTION

Introduction

La consultation prénatale (CPN) est définie comme étant une activité préventive dirigée vers la population cible des femmes enceintes [1]. En effet, la grossesse est un événement naturel qui ne se déroule pas toujours normalement. Son suivi est alors nécessaire afin d'identifier d'éventuels risques et d'améliorer le pronostic de la grossesse. Les prestations délivrées par les professionnels des soins à l'occasion des CPN ont une incidence positive sur l'évolution de la grossesse (santé de la mère et de l'enfant à venir).

La CPN vise à dépister et à prévenir les complications maternelles et fœtales, et de les traiter au moment opportun. C'est aussi l'occasion pour les professionnels de soins d'approcher les femmes et leurs familles, de les informer sur les avantages de l'accouchement médicalisé et de les fidélisées aux structures de soins [2 ; 3].

La CPN favorise en outre la participation active de la femme enceinte dans le suivi de sa grossesse, ce qui va contribuer à l'amélioration de sa santé [1]

En 2015, selon l'OMS 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou à l'accouchement dans le monde. La plupart de ces décès se sont produits dans les pays en développement et la plupart auraient pu être évités. [2]

Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est, en 2015, de 239 pour 100 000 naissances, contre 12 pour 100 000 dans les pays développés. On note d'importantes disparités entre les pays, à l'intérieur d'un même pays, entre les populations à faible revenu et à revenu élevé et entre les populations rurales et urbaines [4].

L'amélioration de la santé maternelle en Afrique subsaharienne est une urgence car les femmes qui meurent constituent une force économique dans le contexte de la famille africaine.

L'Afrique, plus précisément l'Afrique subsaharienne est la région où sont survenus près de 66% de ces décès en 2015[2].

Au Mali, le ratio de mortalité maternelle est passé de 464 à 368 pour 100 000 naissances vivantes de 2006 à 2012 [3]. D'où une légère diminution grâce aux efforts de l'état et ses partenaires.

Ces décès maternels auraient pu être évités si les femmes ou adolescentes enceintes avaient eu accès à des soins prénatals de qualité [2].

1.1 Contexte et justification :

La naissance d'un enfant est un évènement heureux. Donner la vie est une source de joie pour la femme, une valorisation pour elle.

Malheureusement, la mortalité maternelle est très élevée à cause des complications de la grossesse ou des accouchements, ce qui est inacceptable.

L'Organisation mondiale de la santé a développé des soins prénatals focalisés qui mettent l'accent sur la qualité des soins au lieu de leur quantité et qui ont pour but d'être efficaces et à moindre coût [9]. Elle recommande 8 contacts dont 4 visites médicales et 4 autres contacts au cours de la grossesse.

Ce modèle, utilisé au Mali, regroupe un minimum de quatre consultations prénatales (CPN) qui est un élément de la Consultation Prénatale effective. Pour la qualité de CPN effective le concept CPNR a été mis en valeur.

Le concept CPNR est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites. Ces éléments sont :

- La promotion de la santé.
- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.
- La prévention des maladies et des complications.
- La préparation à l'accouchement et les éventuelles complications [10].

Selon les normes et procédures nationales, la première CPN doit se faire durant les trois premiers mois de la grossesse et la dernière CPN proche de la date prévue de l'accouchement 8eme 9eme mois. Elle doit être effective en respectant le calendrier de visite.

Malgré les efforts fournis par l'état Malien la faible fréquentation en CPN4 semble être un problème récurrent dans nos structures de santé. Dans la région de Koulikoro le taux de CPN4 est de 32,34 en 2020.

Le taux de décès maternels est de 55 décès pour 171 200 naissances vivantes en 2020 soit 32,12% et le décès néonatal 1,7 pour 1000 naissances de mortalité maternelle et néonatale dans ce pays.

Le CSCOM de Kalaban-coro Koulouba district sanitaire de Kalaban-coro situé en zone périurbaine de Bamako, malgré un personnel qualifié et une accessibilité géographique facile pour les habitants de l'aire, ne parvient pas à rehausser son taux de fréquentation en CPN4.

Durant les cinq dernières années, les taux de CPN4 oscillaient entre 41% en 2016 ; 28 % en 2017 ; 41% en 2018 ; 48% en 2019 ; et 30% en 2020 sans jamais atteindre l'objectif visé qui était de 85% sur les populations annuelles respectives.

Ainsi cette présente étude qui avait pour but de connaître les principales causes de non recours aux CPN afin de contribuer à l'amélioration de la CPN effective.

1.2 Hypothèses de recherche

Le recours tardif aux soins prénatals est une barrière à la CPN effective.

La connaissance des facteurs liés aux recours tardif à la CPNR contribuerait à améliorer la fréquentation en CPN4.

2. Objectifs

2.1 Objectif général :

Evaluer le taux de CPN 4 au CSCom de Kalaban-Coro Koulouba.

1.1.1 Objectifs spécifiques :

- Décrire l'évolution du nombre de CPN des gestantes dans l'aire de santé de Kalaban-Coro Koulouba ;
- Analyser les causes de retard ;
- Faire des recommandations



METHODOLOGIE

1. Méthodologie :

1.1. Cadre d'étude

Il s'agissait d'une étude d'évaluation pour la réalisation d'un mémoire de DES en Médecine de Famille. Elle se déroulera dans l'aire de santé de Kalaban-Coro Koulouba.

Kalaban-Coro Koulouba situé dans la région de Koulikoro, est un quartier péri-urbain presque confondu au district de Bamako. Elle compte 13 299 habitants en 2021 selon le SLIS avec 665 femmes à l'âge de procréer.

Le personnel technique travaillant au CSCCom : Un médecin, trois sages-femmes, quatre infirmières obstétriciennes, une infirmière santé publique, deux techniciennes de laboratoire, quatre aides-soignantes, un gérant DV, un gardien, un agent de surface, un coursier.

1.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective.

1.3. Période d'étude :

L'étude a concerné la période allant de Janvier à Juin 2021.

1.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée des femmes enceintes vue en CPN dans le CSCCom de Kalaban-Coro Koulouba qui ont donné leur consentement.

1.4.1. Critères d'inclusion :

- ✓ Toutes les femmes enceintes venant à la CPN au centre,
- ✓ Avoir effectué la CPN1 au CSCCom de Kalaban-Coro Koulouba,
- ✓ Accepter de participer.

1.4.2. Les Critères de non inclusion :

- ✓ Toute femme n'ayant pas commencée leur CPN1 au CSCCom de Kalaban-Coro Koulouba,
- ✓ Toutes les femmes non consentantes.

1.4.3. Taille de l'échantillonnage : 283 femmes

Technique d'échantillonnage :

Les femmes enceintes représentent 5% de la population. Les femmes enceintes sont estimées à 665 cas selon SLIS pour une population de 13 299 habitants en 2021. Nous avons fixé l'objectif de la CPN à 85% soit 565 femmes dans l'année.

Notre étude s'est déroulée sur 6 mois soit 283 femmes recensées.

1.5. Déroulement du travail

▪ Activités

- Prise de contact avec l'organe chargé des questions de santé de la communauté (ASACO)
- Prise de contact avec le personnel, les membres de l'ASACO du CSCoM ;
- Administration du questionnaire test, analyse des résultats et élaboration d'un plan d'action avec les acteurs impliqués dans les soins prénatals ;

1.6. Considérations éthiques

L'accord des autorités coutumières a été obtenu avant le début de l'étude.

Cette étude ne comporte pas de risque additionnel, les informations seront traitées confidentiellement. Le consentement éclairé de la participante a été demandé.

1.7. Collecte, Saisie et analyse des données

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire individuel, saisies dans accès. L'analyse a été faite sur SPSS et le test de khi-deux a été utilisé.



2. Résultats :

Au cours de notre étude nous avons enregistré 279 femmes enceintes réparties comme suit :

Tableau I : Répartition selon le respect du calendrier de la CPN 1

RETARD	EFFECTIF	POIURCENTAGE
PAS DE RETARDS	113	40,5
RETARDS FAITS	166	59,5
TOTAL	279	100,0

Les femmes enceintes qui n'avaient pas respecté le calendrier de la CPN1 représentaient 59,5%

Tableau II : Causes de retard en CPN1 (n=166)

CAUSES DE RETARD	EFFECTIF	POURCENTAGE
Méconnaissance du calendrier de CPN	60	36,1
Méconnaissance de l'objectif de CPN	31	18,5
Perception de la grossesse	41	24,7
Absence de l' accord du Mari	6	3,2
Raisons financières	50	30,1
Raisons liées à l'accès géographique	1	0,6
Raisons liées à la qualité des soins	1	0,6
Voyage	18	10,8
Reference vers un autre niveau	3	1,8
Autre	4	2,4

La cause la plus dominante était la méconnaissance du calendrier de la CPN, suivi des difficultés financières et la perception de la grossesse.

Tableau III : Répartition selon les tranches d'âge

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Moins de 16 ans	8	2,9
16 à 20 ans	60	21,5
21 à 25 ans	69	24,7
26 à 30 ans	70	25,1
31 à 34 ans	37	13,3
35ans et plus	35	12,5
TOTAL	279	100

La tranche d'âge la mieux représentée était celle des 26 à 30 ans avec 25,1% des cas.

Tableau IV : Statut matrimonial

SATATUT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Mariée	272	97,5
Célibataire	2	0,7
Divorcée	5	1,8
Total	279	100,0

Les femmes mariées étaient majoritairement représentées avec un effectif de 272 soit 97,5%.

Tableau V : Répartition selon la résidence

AIRES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Aire	222	79,6
Hors aire	57	20,4
Total	279	100,0

Les femmes qui résidaient dans l'aire de santé du centre étaient les représentée avec 79,6% cas.

Tableau VI : Répartition selon le niveau d'instruction

NIVEAU D'INSTRUCTION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Analphabète	109	39,1
Primaire	126	45,2
Secondaire	44	15,8
Total	279	100,0

Il y avait **45,2%** de femmes dont le niveau scolaire était le primaire.

Tableau VII : Répartition selon le statut professionnel

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Ménagère	157	56,3
Commerçante	47	16,8
Vendeuse	21	7,5
Autre	54	19,4
Total	279	100,0

Majoritairement, les femmes enceintes étaient des ménagères.

Tableau VIII : Répartition selon la parité

GROUPE PARITE	EFFECTI	POURCENTAGE
Nullipare	88	31,5
Primipare	19	6,8
Paucipâtre	168	60,2
Multipare	4	1,4
Total	279	100,0

Les paucipares étaient majoritaires, soit 60,2%.

Tableau I X : Répartition selon l'âge de la grossesse et le début des CPN

AGE DE LA GROSSESSE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Premier trimestre	84	30,1
Deuxième trimestre	156	55,9
Troisième trimestre	39	14,0
Total	279	100,0

55,5% des femmes avaient commencé la CPN1 après le premier trimestre.

Tableau X : Gestantes selon la visite en CPN2

CPN2	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	175	62,7
Non	47	16,8
Total	222	79,6

La plupart des gestantes qu'ont faits la CPN1 avaient respecté le rendez-vous de la CPN 2, soit 62,7%.

Tableau XI : Gestantes selon la visite en CPN3

CPN3	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	133	47,7
Non	34	12,2
Total	167	59,9

Dans 47,7% des cas, le rendez-vous à la CPN 3 avait été respecté.

Tableau XII : Gestantes selon le respect du calendrier de la CPN 3

Respect de la CPN4	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
Oui	95	34,1
Non	5	1,8
Total	100	35,8

Il y avait 34,1% des gestantes qui avaient pu honorer le rendez-vous de la CPN 4.

Tableau XIII : Evolution du respect du calendrier de toutes les CPN

Suivi de toutes les CPN	CPN EFFECTIVES	POURCENTAGE (%)
CPN1	279	100
CPN2	175	62,72
CPN3	163	58,42
CPN4	95	34,05

La première CPN seulement a été effective pour toutes les parturientes

L'ANALYSE DES TABLEAUX CROISE

Tableau XIV : Niveau d'instruction et le retard

	Rendez-vous respecté	Rendez-vous non respecté	Total
analphabete	18	91	109
Primaire	13	113	126
Secondaire	2	42	44
Total	33	246	279

$X^2= 4,808$ $P=0,09$

Tableau XV : Parité et retard 1

RETARD	NON	OUI
Nullipare	42	46
Primipare	7	12
Paucipâre	64	104
Multipare	0	4
Total	113	166

$X^2= 5,139$ $P=0,162$ Sup 0,05 les paucipares avaient représenté 62%

TABLEAU XVI : Age et retard

	Rendez-vous respecté		Rendez-vous non respecté		Total
Moins de 16 ans	1	2%	7	88%	8
16 à 20 ans	9	5%	51	85%	60
21 à 25 ans	9	3%	60	97%	69
26 à 30 ans	5	8%	65	92%	70
31 à 34 ans	2	6%	35	94%	37
35ans et plus	7	20%	28	80%	35
Total	33		246		279

$X^2=6,133a$ $P= 0,293$ dans la tranche d'âge 21-25 ans 97% avaient fait de retard

TABLEAU XVII : Niveau d'étude * Retard CPN1

Retard	NON	OUI
Analphabete	50	59
Primaire	46	80
Secondaire	17	27
Total	113	166

$X^2=2,202$ $P=0,333$

TABLEAU XVIII : Niveau d'étude * Retard CPN2

Retard	NON	OUI
Analphabete	23	63
Primaire	18	80
Secondaire	6	32
Total	47	175

$X^2=2,722$ $P=0,256$

Tableau XIX : Niveau d'étude * Retard CPN3

Retard	NON	OUI
Analphabete	19	41
Secondaire	9	68
	6	24
Total	34	133

$X^2=8,304$ $P=,016$ INFERIEUR 0,05

La proportion des instruits qui avait fait de retard est supérieure à celle des analphabètes

Tableau XX: Niveau d'étude * Retard CPN4

Retard	NON	OUI
Analphabete	2	35
Primaire	3	42
Secondaire	0	18
Total	5	95

$X^2=1,223$ $P= 0,542$

Tableau XXI : Niveau d'étude * Méconnaissance Calendrier

Meconnaissance	NON	OUI
Analphabete	32	27
Primaire	54	26
Secondaire	20	7
Total	106	60

$X^2=4,047$ $P=0,132$

TABLEAU XXII: Niveau d'étude * Problème de financier

Meconnaissance	NON	OUI
Analphabete	38	21
Primaire	56	24
Secondaire	22	5
Total	116	50

$X^2=2,567$ $P=0,277$

Tableau XXIII : Niveau d'étude * Perception de la grossesse

Meconnaissance	NON	OUI
Analphabete	48	11
Primaire	60	20
Secondaire	17	10
Total	125	41

$X^2=3,377$ $P=0,185$



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

3. Commentaires et la discussion

La tranche d'âge 26 à 30 ans avait représenté 25,1% le plus élevé, telle n'a pas été le cas en milieu rural à Kolondieba au centre de référence par Monsieur Koné Y D. qui était de 15-19 ans [11].

Cela peut s'expliquer les mariages précoces en milieu rural.

Dans un district sanitaire au Sénégal Richard-Toll (nord-est du Sénégal), l'étude a trouvé 24% avec un âge compris entre 18 et 34ans [12].

Les femmes étaient majoritaires avec un effectif de 272 soit 97,5%

Les femmes qui résidaient dans l'aire de santé du centre avaient représenté 79,6%.

Il y avait **45,2%** de femmes dont le niveau scolaire était le primaire différent de celui Koné Y D. dont les non scolarisés étaient 63,5% [11].

Majoritairement, les femmes enceintes étaient des ménagères comparables à aux études faites au Sénégal et à Kolondièba.

Les Paucipare étaient majoritaires, soit 60,2%.

Les femmes enceintes qui n'avaient pas respecté le calendrier de la CPN1 représentaient 59,5% qui sont comparable à celui de Sénégal 60% [12].

Les femmes qui avaient commencé la CPN1 après le premier trimestre étaient de 55,5%.

La cause de retard la plus dominante était la méconnaissance du calendrier de la CPN, suivi des difficultés financières et la perception de la grossesse. L'étude de Koné Y D. a trouvé respectivement les mêmes causes au centre de référence de Kolondièba. Au Sénégal c'était les facteurs sociaux culturels de faite la CPN était fait majoritairement par les hommes.

La plupart des gestantes qu'ont faits la CPN1 sont venues pour le rendez-vous de la CPN 2, soit 62,7%.

Dans 47,7% des cas sont venues pour rendez-vous à la CPN 3.

Il y avait 34,1% des gestantes qui avaient pu honorer le rendez-vous de la CPN

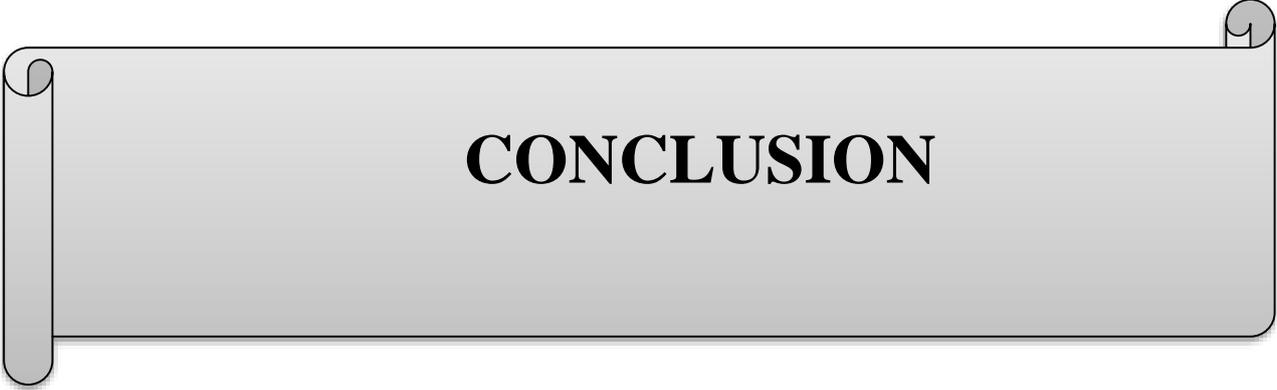
Nous avons constaté une déperdition importante entre CPN1 et CPN2 ; entre CPN

3 et CPN4. Cela peut s'expliquer par le mouvement de la population dans le secteur et choix d'aller accoucher au CSRéf.

Dans la tranche d'âge de 21-25 ans 97% avaient fait de retard.

Parité et retard les paucipares avaient représenté 62 % des cas de retard sans raison spécifique explicative.

Il n'y a pas de cause relationnelle entre le niveau d'instruction et le début des CPN ; niveau d'instruction et la parité ; niveau d'instruction et méconnaissance du calendrier ; niveau d'instruction et la perception de la grossesse.



CONCLUSION

Conclusion : La grossesse est un événement naturel qui ne se déroule pas toujours normalement. Son suivi est alors nécessaire afin d'identifier d'éventuels risques et d'améliorer le pronostic de la grossesse.

Les prestations délivrées par les professionnels des soins à l'occasion des CPN ont une incidence positive sur l'évolution de la grossesse (santé de la mère et de l'enfant à venir). La CPN favorise en outre la participation active de la femme enceinte dans le suivi de sa grossesse, ce qui contribuera à l'amélioration de sa santé.

Cette étude réalisée au Cscm de kalabancoro pendant la période allant de Janvier à Juin 2021 nous a permis d'avoir les resultats suivants :

- ✓ Taux de CPN4 à 34,05 %
- ✓ L'Age de la grossesse pour le début des CPN est majoritairement effectué au deuxième trimestre. Soit 59,5% de femmes qui n'avaient pas respecté le calendrier de la première CPN
- ✓ Une déperdition entre les taux de CPN : CPN1 :100% ; CPN2 : 62,72% ; CPN3 :58,42%, CPN : 34,05%

Le travail que nous avons effectué n'a pas la prétention de résoudre tous les problèmes, toutefois il nous a donné une image objective sur la problématique en matière des CPN.

L'augmentation de la fréquentation des structures de santé par la femme enceinte passe impérativement par des campagnes de sensibilisation et une communication pour un changement de comportement ; choses qui demanderait l'implication de tous.



RECOMMENDATIONS

AUX MEMEBRES DE L'ASACO

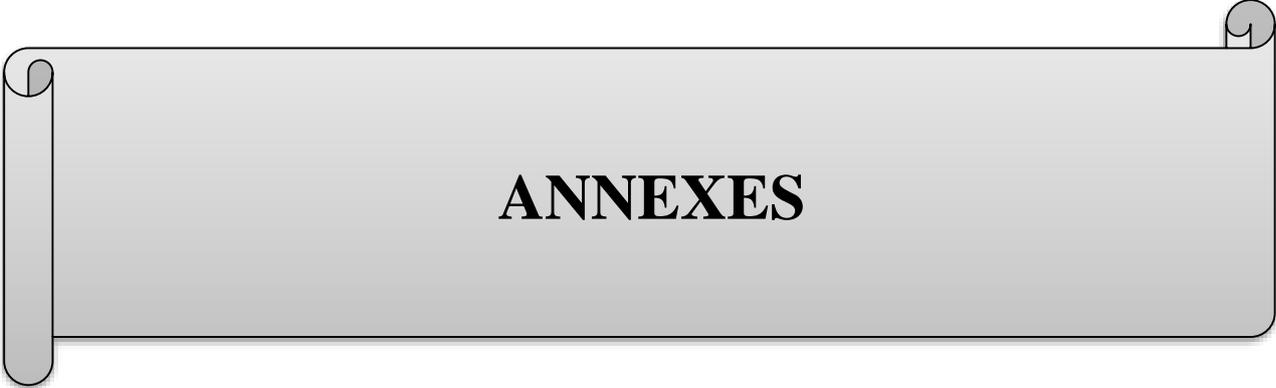
- Faire une assise communautaire pour impliquer les hommes dans le suivi de la CPN
- Motiver les personnels pour les recherches actives des femmes enceintes

AUX SOIGNANTS.

- Mener une action rapide pour surmonter cette insuffisance dans la prise en charge des femmes enceintes
- Faire des visites à domicile pour motiver les femmes à fréquenter la structure.

A L'ETAT ET SES PARTENAIRES

- Rendre la CPN totalement gratuite



ANNEXES

Références :

- 1 **Tiembré I, Joseph V, Odile T, Brigitte W et al.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de grand bassam (côte d'ivoire). S.F.S.P. | « Santé Publique »,2010/2 Vol. 22 | pages 221 à 228
- 2 De Bernis L, Sherratt DR, AbouZahr C, Van Lerberghe W. Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care. Br Med Bull. 2003; 67(1):39–57.
- 3 Prual A, De Bernis L, Ould El Joud D. Santé maternelle en Afrique Francophone. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne : MOMA (Mortalité maternelle en Afrique). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2002; 31(1):90-99.
- 4 **USID.** Maternal Children Survival Programm . Learning about Learning Experiences in Applying a Global Learning Agenda for a Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health Implementation: February 2020. <https://www.mcsprogram.org>
- 5 **Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, 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. Lancet. 2016; 387 (10017): 462-74
- 6 **EDSM V** : Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT), ICF International Rockville, Maryland, USA. Bamako, Mali, Mai 2014.
- 7 **Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gülmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G, et al.** Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. Reproductive Health. 2013 ;10(1) :19.

- 8 Politiques Normes et proceduaires.** Proceduaires en santé de la reproduction Mali, Vol :3 2019 P4
- 9 Koné Y D.** These de medicine à la FMOS consultation prenatale recentrée perception des gestantes et des accouchées recentes au Centre de santé de reference de kolondièba 2009- 2010 P 49-69
- 10 Ndiaye P. et al.** Determinants sociocultural du retard de la 1re consultation prénatal dans un district sanitaire au Sénégal. Santé publique 2005, volume 17, no 4, pp. 531-538

FICHE D'ENQUETE

REGION DE KOULIKORO

DISTRICT SANITAIRE DE KALABANCORO

CSCOM DE KOULOUBA

Nom et prénom de l'enquêteur :.....

Qualification de l'enquêteur :.....

La date de l'enquête le / /2021

Clientèle numéro |____|

Numéro du dossier à la maternité|_____|

Nom.....Prénom.....

Age : 1 inf 16 ans 2 : 16 – 20 ans 3 :21- 25 ans 4 :26 – 30 ans 5 :31 – 34ans
6 sup à 35 ans

Situation matrimoniale 1 : mariée 2 : divorcé 3 : célibataire 4veuve :

Type de foyer 1 : polygame 2 : monogame

RESIDENCE 1 : Koulouba 2 : Cicoro 3 : koko 4 : autres

Niveau d'instruction 1 : analphabète 2 : primaire 3 : secondaire 4 : supérieur 5 :

école coranique Profession 1 : ménagère 2 : commerçante 3 : vendeuse 4 :

fonctionnaire 5 : autres

Tel.....

CPN1: date le/...../2021

Parité : 1 Primipare 2 : Paucipare : 3 : multipare

Hauteur utérine.....

Age grossesse 1: premier trimestre 2 :deuxième trimestre 3 :troisième trimestre

Retard oui non estimé.....

Méconnaissance du calendrier : 1 oui 2 non

Méconnaissance de l'objectif : 1 oui 2 non

Perception de la grossesse : 1 oui 2 non

Ne pas avoir l'accord de venir : 1 oui 2 non

Problème d'argent : 1 oui 2 non

L'accessibilité difficile : 1 oui 2 non

Qualité des soins : 1 oui 2 non

Voyage : 1 oui 2 non

CPN3 date de la visite le...../...../2021

Respect du RV : 1 oui 2 non

Combien de semaine de retard :.....

Appelé 1 oui 2 non |___|

Répondu à l'appel 1 oui 2 non

Pas de contact téléphonique 1 oui 2 non

Les raisons du retard :

Méconnaissance du calendrier : 1 oui 2 non

Oublier de venir pour le RV 1 oui 2 non

Méconnaissance de l'objectif : 1 oui 2 non

Perception de la grossesse : 1 oui 2 non

Ne pas avoir l'accord de venir : 1 oui 2 non

Problème d'argent : 1 oui 2 non

L'accessibilité difficile : 1 oui 2 non

Qualité des soins : 1 oui 2 non

Voyage : 1 oui 2 non

CPN4 date de la visite le...../...../2021

Respect du RV : 1 oui 2 non

Combien de semaine de retard :.....

Appelé 1 oui 2 non

Répondu à l'appel 1 oui 2 non

Pas de contact téléphonique 1 oui 2 non

Les raisons du retard :

Méconnaissance du calendrier : 1 oui 2 non

Oublier de venir pour le RV 1 oui 2 non

Méconnaissance de l'objectif : 1 oui 2 non

Perception de la grossesse : 1 oui 2 non

Ne pas avoir l'accord de venir : 1 oui 2 non

Problème d'argent : 1 oui 2 non

L'accessibilité difficile : 1 oui 2 non

Qualité des soins : 1 oui 2 non

Voyage : 1 oui 2 non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SANOGO

Prénom : Zoumana

Titre de mémoire : Evaluation sur les causes de non-respect du nombre des CPN au sein du centre de santé et communautaire de kalaban coro koulouba

Année universitaire : 2020-2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Résumé :

Selon les normes et procédures nationales, la première CPN doit se faire durant les trois premiers mois de la grossesse et la dernière CPN proche de la date prévue de l'accouchement. Elle doit être effective en respectant le calendrier de la visite. Les résultats de notre étude sont similaires à d'autres résultats retrouvés par d'autre étudiant à l'intérieur du pays.

Ces retards semblent être d'ordre général dans d'autre pays d'Afrique mais de causes différentes. La consultation prénatale reste toujours un problème dont les mesures adéquates doivent être prises pour améliorer la prise en charge des grossesses. Les solutions déjà mis en place doivent être renforçant à savoir :

- ✓ Les stratégies communautaires pour mieux sensibiliser (les visites à domicile, CCC.).
- ✓ La lutte contre la pauvreté,
- ✓ Les aides pour l'indépendance des femmes pourront réduire les régissantes chez les femmes de venir régulièrement et à temps à la consultation prénatale.

Mots-clés : Consultation prénatale, les femmes, retards, la communauté, la pauvreté, sensibilisée