

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE UN BUT UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)
FACULTE DE MEDECINE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année universitaire : 2021 – 2022

Thèse N °.....

THESE

**ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
CONSEILS REÇUS PAR LES FEMMES
ENCEINTES EN CONSULTATION PRENATALE
DANS LE CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE YIRIMADIO.**

Présentée et soutenue publiquement le 17/06/ 2022

Devant la Faculté de Médecine, Et d'Odontostomatologie

Par : Mme Ami DIAOUNE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY :

Présidente : Pr Fatimata Sambou DIABATE

Membre : Dr Oumar SANGHO

Codirecteur : Dr Alou SAMAKE

Directeur : Pr Niani MOUNKORO

DÉDICACE :

Par la grâce d'Allah, le Tout Puissant et de son prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui), je dédie ce travail :

À mon père Adama DIAOUNE : C'est avec fierté et amour que je te dédie ce travail fruit de ton amour, ton dévouement, de ta sagesse et de tes bénédictions.

À ma mère : Fatoumata MAIGA : Discrète, travailleuse, efficace, affectueuse les mots me manquent pour vous qualifier. Vos conseils, vos encouragements, vos sacrifices, vos bénédictions et surtout votre patience m'ont permis d'atteindre ce résultat. Que vos sacrifices ne soient pas vains.

Que Dieu vous donne une longue vie.

A mon mari Dr Moussa SACKO : Un homme brave, loyal et audacieux qui m'a toujours encouragé et soutenu dans les moments difficiles ; c'est avec un cœur plein d'amour que je te dédie ce travail, merci pour ta patience.

Que Dieu renforce notre union.

A mon frère : Mamadou DIAOUNE.

Tu m'as toujours compris, conseillé, encouragé et entouré d'affection ; ce travail est le tien.

A mes fils : Amadou Moussa SACKO et Mohamed Moussa SACKO

Vous me donnez le courage de me battre et d'affronter plus aisément les différentes situations qui se présentent. Je serai là pour vous soutenir si DIEU le veut. Merci et longue vie à vous.

REMERCIEMENT

Nos remerciements vont à l'endroit :

➤ **De la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)**

Du Mali, plus qu'une faculté d'étude médicale, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

➤ **De tout le personnel du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako**, pour m'avoir accepté et accueilli avec respect et disponibilité aux fins de mon stage ;

➤ **A nos chers maitres**

Dr Alou SAMAKE, Dr Mamadou KEITA, Dr Dramane HAIDARA, Dr Mama DIASSANA, Dr Boubacar DIASSANA :

Chers maîtres nous avons appris beaucoup de choses à vos côtés sur le plan académique et social. Vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social élevé peu communs. Soyez rassurés de notre profond attachement.

➤ **Aux aînés du service** pour leur accompagnement et soutien. Que la solidarité qui nous a toujours unis se renforce !

➤ Nous remercions spécialement **Dr BOCOUM du CHU G. TOURE, Dr Mohamed I MAHMOUD** pour leur accompagnement et soutien.

➤ **À tous les membres de l'ASACROYIR**

➤ Permettez-nous de remercier spécialement toute la famille **SACKO** et **DIAOUNE** pour leurs conseils et leur disponibilité.

Recevez toute notre gratitude !

➤ Nous remercions l'ensemble **du corps professoral de la FMOS**, qui a assuré notre formation au cours de laquelle des valeurs nous ont été inculquées tel le courage, l'ardeur et la rigueur scientifique ainsi que le personnel administratif et technique ;

- **A tous les étudiants de la ma promotion de la FMPOS**, nous adressons nos remerciements pour leur collaboration et l'esprit de travail qui a prévalu tout au long de notre formation ;
- Enfin, nous remercions toutes et tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce travail et dont les noms ne figurent pas ici.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

Pr Fatimata Sambou DIABATE

- **Professeur honoraire de Gynéco-Obstétrique**
- **Ancienne consultante à l'OMS et l'USAID ;**
- **Membre fondatrice de la SOMAGO et de SAGO**
- **Ancienne conseillère régionale en santé maternelle, néonatale /PF de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest et du centre basé à Accra**
- **Praticienne Hospitalière**
- **Enseignante chercheuse**

Chère Maître

Nous sommes très honorés de vous avoir comme présidente du jury de notre thèse. Votre compétence professionnelle incontestable, votre raisonnement raffiné dans la démarche scientifique ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.

Vous êtes et serez pour nous, l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

Veillez trouver, cher maître, dans ce modeste travail, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈME

Dr Oumar Sangho

- **Doctorat en Epidémiologie**
- **Master en santé publique épidémiologie**
- **Diplôme inter-universitaire (DIU) de 3ème cycle en organisation et ménagement des systèmes publics de prévention vaccinale dans les pays en développement (DIU EPIVAC)**
- **Certificat de promotion de la santé**
- **Maitre-assistant en épidémiologie au DER des sciences biologiques et médicales, FAPH/USTTB/Mali**
- **Chef section planification et études à l'Agence Nationale de Télésanté et d'Information Médicale (ANTIM)**
- **Assistant au coordinateur du Master de santé publique du diplôme universitaire en système d'information sanitaire de routine (DU-SISR) et du diplôme universitaire en formation des épidémiologistes de terrain (DU-FETP) au DERSP/FMOS**
- **Membre du groupe technique consultatif pour les vaccins et la vaccination au Mali (GTCV-Mali)**
- **Membre du comité de réflexion et de suivi de la mise en place des dispositifs de protection sociale pour l'opérationnalisation de la couverture maladie universel au Mali (Groupe Expert AMO)**
- **Ancien membre de comité de réflexion pour la mise en place de la cohorte intermédiaire du programme de formation en épidémiologie de terrain**
- **Ancien médecin chef du district sanitaire de Niono**

- **Ancien responsable du volet santé de ONG Inter-vida, Mali, à Niono et Ségou**

Cher Maître

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce modeste travail malgré vos nombreuses occupations.

Votre rigueur dans le travail, votre simplicité, votre conscience professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien admirable.

Veillez trouver, cher Maître, le témoignage de notre grande reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur Alou SAMAKE

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Praticien Hospitalier**
- **Spécialiste en santé publique**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRef CVI**
- **Directeur de recherche**
- **Enseignant vacataire à l'INFSS**
- **Enseignant chercheur à l'Enseignement Supérieur**

Cher maitre

Transmettre sa connaissance aux autres est un acte de foi En vous, nous avons trouvé l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Niani MOUNKORO

- **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique,**
- **Chef de département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,**
- **Coordinateur général du diplôme d'études spécialisées en gynécologie obstétrique du Mali**
- **Point focal national de l'initiative francophone de la réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la Santé du Mali**
- **Officier du mérite de la santé au Mali**

Cher Maître, en nous confiant ce travail vous nous avez fait un grand honneur. Au prêt de vous nous avons appris le travail bien fait, l'amour du prochain et surtout la modestie.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations font de vous un maître apprécié.

Trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCTION : | 1 |
| 2. OBJECTIFS | 3 |
| 3. GENERALITES : | 4 |
| 4. METHODOLOGIE | 36 |
| 5. RESULTATS : | 43 |
| 6. COMMENTAIRES – DISCUSSION : | 56 |
| 7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : | 62 |
| 8. REFERENCES | 64 |
| 9. ANNEXES | 70 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I: Risques potentiels des antécédents gynécologiques..... | 8 |
| Tableau II: Évolution de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel Interprétation de la hauteur utérine | 17 |
| Tableau III: Age probable de la grossesse en fonction de la hauteur utérine. | 22 |
| Tableau IV: Résumé des 8 contacts..... | 35 |
| Tableau V : Liste des matériels de la CPN du centre de santé communautaire (CSCom) de Yirimadio : | 38 |
| Tableau VI : Répartition des gestantes selon la tranche d'âge. | 43 |
| Tableau VII: Répartition des gestantes selon leur Profession. | 45 |
| Tableau VIII: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction..... | 45 |
| Tableau IX: Répartition des gestantes selon la parité..... | 46 |
| Tableau X: Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse au moment de l'enquête..... | 47 |
| Tableau XI: Répartition des gestantes selon la définition qu'elles donnent de la CPN..... | 48 |
| Tableau XII: répartition des gestantes selon la connaissance du délai en année entre deux maternités | 48 |
| Tableau XIII: Répartition des gestantes selon la connaissance du nombre minimum de CPN..... | 49 |
| Tableau XIV: Répartition des gestantes enquêtées selon le statu vaccinal | 50 |
| Tableau XV: Répartition des gestantes selon la raison de la non prise de fer.... | 50 |
| Tableau XVI: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN conseillé..... | 51 |
| Tableau XVII: Répartition des gestantes selon l'information reçu sur la prophylaxie anti-palustre avec SP..... | 52 |
| Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon l'information reçu sur la prévention de l'anémie..... | 53 |

| | |
|---|----|
| Tableau XIX: Répartition des gestantes selon l'information reçu sur les signes de danger..... | 53 |
| Tableau XX: Relation entre le niveau d'instruction des gestante et la définition qu'elles donnent à la CPN..... | 54 |
| Tableau XXI: Relation entre l'âge des gestante et la définition qu'elles donnent à la CPN..... | 55 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : échographie du fœtus au troisième mois | 12 |
| Figure 2 : mesure de la clarté nucale | 13 |
| Figure 3: Technique de mesure de la hauteur utérine | 16 |
| Figure 4 : Le fœtus à l'échographie du quatrième mois | 20 |
| Figure 5 : manœuvre de Budin | 23 |
| Figure 6 : échographie du huitième mois de grossesse | 25 |
| Figure 7 : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial | 44 |
| Figure 9 : Répartition des gestantes selon le milieu de vie..... | 44 |
| Figure 10 : Répartition des gestantes en fonction de la gestité | 46 |
| Figure 11 : Répartition selon le suivie des grossesses précédentes..... | 47 |
| Figure 12 : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse auquel on doit effectuer la première CPN | 49 |
| Figure 13 : Répartition des gestantes enquêtées selon la réalisation de l'examen paraclinique..... | 50 |
| Figure 14 : Répartition des gestantes sur l'information reçue relative aux nouvelles dispositions CPN..... | 51 |
| Figure 15 : Répartition des gestantes selon le conseil reçu pour dormir sous Moustiquaire imprégnée (M.I)..... | 52 |
| Figure 16 : Répartition des gestantes selon l'information reçu sur la préparation à l'accouchement. | 54 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|------------------|---|
| AG | Âge gestationnel |
| AgHBs | Antigène HBs |
| AP | Accouchement prématuré |
| ASACROYIR | Association de santé communautaire de Yirimadio |
| ASC | Agents de santé communautaire |
| BCF | Bruits du cœur du fœtus |
| CIA | Communication Interauriculaire |
| CIV | Communication interventriculaire |
| CPN | Consultation prénatale |
| CSCOM | Centre de santé communautaire |
| EDSM | Enquête Démographique et de Santé au Mali |
| FCS | Fausse couche spontanée |
| GEU | Grossesse Extra Utérine |
| HB | Hémoglobine |
| IEC | Information Education Communication |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| Kcal | Kilocalories |
| MIU | Mort in utero |
| MmHg | Millimètre de mercure |
| NFS | Numération formule sanguine |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| RCIU | Retard de Croissance Intra-Utérin |
| RDC | République démocratique du Congo |
| SA | Semaine d'Aménorrhées |

| | |
|---------------|--|
| SAF | Syndrome d'Alcoolisme Fœtal |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SOGC | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada |
| TA | Tension artérielle |
| TPHA - | Treponema Pallidum Haemagglutination Assay - |
| TPI-SP | Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine |
| TV | Toucher vaginal |
| UI | Unité internationale |
| VDRL | Veneral Disease Research Laboratory |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

1. INTRODUCTION :

La consultation prénatale (CPN) est l'ensemble des soins préventifs, curatifs et de conseils que la femme enceinte reçoit des personnels de la santé (médecin, sage-femme, infirmier) dans le cadre de la grossesse [1]. Elle est un acte médical préventif permettant de dépister, de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse et permet en outre de dicter la voie d'accouchement.

La grossesse est un évènement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent la nécessité d'un suivi régulier de la grossesse. L'information délivrée par les professionnels de la santé, le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales, a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir [1].

Selon l'OMS pour que la grossesse reste une expérience positive, les soins prénatals ont été inscrit parmi les droits fondamentaux des femmes, adopté le 7 novembre 2016 à Genève. Une nouvelle série de recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins prénatals, qui peuvent sauver des vies dans un continuum de soins qui fournissent d'importantes prestations de promotion, de prévention, et de dépistage des grossesses à risques. Ces nouvelle recommandations comprennent au moins huit visites de soins prénatals [2].

Au Maroc une étude réalisée en 2016 dans la commune de Zerkten a montré que 53% des femmes enceintes avaient une connaissance pratique sur la CPN [3].

En 2014, le taux de fréquentation à la CPN en République Démocratique de CONGO était de 88,4% [4].

Au Mali, selon les données de l'EDSM – VI [5], parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, 80 % ont reçu, pour la naissance la plus récente, des soins prénatals dispensés par un prestataire formé ; 43 % ont effectué au moins les quatre visites prénatals recommandées et dans 36 % des cas, la première visite prénatale a eu lieu au premier trimestre de la grossesse.

Selon l'annuaire statistique 2018 du Mali , la couverture de CPN effective était de 40,11% [6].

L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant est motivée par la fréquence et la gravité des problèmes de santé dont souffrent la mère et les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans les pays en développement. [7]

Malgré les efforts déployés par les autorités, le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante, où les connaissances et les attitudes des femmes jouent un rôle important dans cette situation. En Mars 2009 par la tenue du forum national sur « l'amélioration de l'accès aux Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) » a fortement recommandé les interventions proposées contribuant à augmenter la couverture et l'accès aux services curatifs, préventifs et promotionnels au sein de la communauté et dans les ménages en vue de prévenir la santé maternelle et infantile. [8]

Les Soins simples au nouveau-né constituant l'ensemble des conseils à donner aux mères / parents, et gestes à faire pendant la grossesse et après la naissance jusqu'à 6 semaines, pour améliorer la survie du nouveau-né a été inscrit dans le paquet minimum des activités des agents communautaires. C'est dans ce cadre que dans le district de Bamako, le centre de santé communautaire de yirimadio (ASACROYIR) est l'un des premiers centres à mettre en place les agents de santé communautaire (ASC) avec l'appui du partenaire technique de l'ONG MUSSO.

C'est pourquoi nous avons jugé nécessaire d'étudier les connaissances acquises par les mères en rapport avec leur santé et d'une manière plus spécifique en rapport avec les soins préventifs (surveillance prénatale) au CSCom de Yirimadio.

2. OBJECTIFS

1- Objectif général :

Etudier les connaissances, attitudes et conseils reçus par les femmes enceintes lors des consultations prénatales au CSCOM de Yirimadio.

2- Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence de la CPN au CSCOM de Yirimadio.
2. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
3. Préciser les connaissances des femmes enceintes par rapport à la CPN.
4. Préciser les attitudes des femmes enceintes par rapport à la CPN.
5. Décrire les conseils reçus par les femmes enceintes lors des CPN.

3. GENERALITES :

1.1. Définitions :

- La grossesse : [9]

C'est l'état physiologique de la femme durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement.

- La consultation prénatale : [9,10]

La consultation prénatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse [11]

2.2 Intérêt :

- La détection et le traitement précoce des pathologies au cours de la grossesse ;
- La prévention des maladies et ou leurs complications au cours de la grossesse ;
- La préparation à l'accouchement.

Historique de la consultation prénatale :

L'histoire de la CPN moderne semble débiter en occident au début du siècle dernier. Les Britanniques ont attribué 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 Hôpital, aussi en 1901 [9]. C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale a été mis au point par le Ministère de la santé du Royaume Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique était ajoutée ou remplacée, une autre jugée dépassée. Ses principes étaient les suivants :

- Prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;
- Détecter et traiter la toxémie ;
- Prévenir, diagnostiquer et traiter les infections urinaires et le paludisme ;
- Diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;

- Assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénataux ;
- Reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale était 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 [10].

A la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait « Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque » 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) »

1.2. Les consultations prénatales : [9,10]

2.3.1 Les avantages de la consultation prénatale sont :

- Surveillance de l'évolution de la grossesse.
- Recherche et traitement des maladies qui ont une influence sur la gestante, la grossesse et l'accouchement.
- Dépistage des grossesses à risque en vue de les prendre en charge et ou de les orienter vers un centre de référence.
- Prévention :
 - du tétanos par la vaccination antitétanique ;
 - du VIH par le dépistage et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
 - des carences par les apports en fer et en acide folique.
- Education de la femme sur les signes d'alarme et les signes de début du travail
- Promotion de l'accouchement en milieu sanitaire.
- Conseils sur tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et le post-partum pour la mère et le nouveau-né.

- Conseils sur la planification familiale et la vie reproductive.

2.3.2 Le calendrier de la consultation prénatale :

Un optimum de quatre consultations et huit contact sont recommandés pour la surveillance d'une grossesse :

- La première consultation doit être faite le plus précocement possible avant la fin du 3ème mois de la grossesse (12 -15 Semaine d'Aménorrhées (SA)).
- La deuxième au 6ème mois (24 - 28 SA).
- La troisième au 8ème mois (32 - 34 SA).
- La quatrième au 9ème mois (36- 38 SA).

En cas de pathologie le nombre de consultations doit être déterminé par le médecin.

2.3.1 La première consultation prénatale : [12]

La consultation prénatale du premier trimestre est fondamentale et déterminante pour le suivi, ses objectifs sont les suivants :

- Confirmer l'état de la grossesse
- Préciser le terme
- Dépister les complications précoces
- Prévoir un plan de surveillance de la grossesse
- Réaliser les examens complémentaires indispensables
- Prodiguer des conseils.

❖ Le déroulement de la première CPN :

La consultation prénatale doit se dérouler dans un cadre humanisé. L'accueil et l'entretien devront constituer une étape importante. En effet, l'histoire sociale, médicale et obstétricale de la femme aide à définir le contexte de la grossesse et à établir le pronostic.

a. L 'Anamnèse :

➤ La datation :

La date des dernières règles doit être précisée avec certitude afin de connaître l'âge de la grossesse et situer la période de l'accouchement. Toute imprécision concernant cette date devra conduire à la réalisation d'une échographie, celle-ci déterminera l'âge de la grossesse et sera d'autant plus précise que la gestation est jeune.

➤ Evaluer les facteurs de risques : [13,14]

Un interrogatoire minutieux est réalisé, révélant tous antécédents médicaux, familiaux, gynécologiques, chirurgicaux et obstétricaux, afin de détecter une éventuelle pathologie contre-indiquant la grossesse ou la classant dans la rubrique des grossesses à risque nécessitant alors une surveillance et une prise en charge particulière.

✓ Antécédents médicaux et chirurgicaux

La présence de pathologies maternelles préexistantes à la grossesse peut entraîner un risque d'aggravation en termes de morbidité et de mortalité périnatale et /ou maternelle : allergies, trouble de l'hémostase, troubles vasculaires, pathologies endocriniennes, cardiopathies, néphropathies, neuropathies... Il s'agit avant tout de situer le début de la maladie, son évolution, ses effets sur la grossesse et inversement si la grossesse risque d'aggraver ou non la maladie. Il faut s'assurer d'un suivi et avoir toute connaissance de traitement pris par la patiente afin d'évaluer les éventuels risques tératogènes pour le fœtus.

La présence d'antécédents familiaux : Hypertension artérielle, diabète, maladies génétiques, pathologies malformatives peut avoir une influence sur la prise en charge de la grossesse.

Toutes les maladies préexistantes à la grossesse entraînent un risque d'aggravation de la morbidité périnatale. La surveillance doit être multidisciplinaire car le bon déroulement de la grossesse dépend autant du traitement de la maladie que de la surveillance prénatale.

✓ **Antécédents gynécologiques**

Des interventions gynécologiques ou autres pourraient modifier la voie d'accouchement ou constituer des facteurs de risque d'accouchement prématuré.

Tableau I: Risques potentiels des antécédents gynécologiques. [10]

| Facteurs gynécologiques | Risques potentiels |
|---|--|
| Antécédents infectieux pelviens, pathologie tubaire connue | Grossesse Extra Uterine (GEU) |
| Endometrioses | Avortement |
| Malformation utérine | Avortement |
| Fibromyomatose utérine | AP, avortement, RCIU, hématome rétro placentaire |

✓ **Prise de médicaments :**

Une consommation de médicaments doit toujours être recherchée : a-t-elle l'habitude de consommer des médicaments ? La patiente doit être informée de l'effet tératogène de certains médicaments d'usage courant (aspirine, antihistaminique, produits conseillés pour le rhume). Elle doit également savoir que la prise de paracétamol (douleur, céphalée, rhume) ne pose aucun problème, et qu'il vaut mieux appeler son médecin pour n'importe quel autre médicament.

Facteurs individuels et sociaux : [15]

Il faut aussi évaluer les facteurs de risque sociaux et psychologiques. Une charge de travail importante, une profession difficile, un niveau socioéconomique bas sont des facteurs de risque de prématurité. Il peut être nécessaire de suivre cette patiente en collaboration avec les services sociaux.

➤ **Les habitudes de vie :**

✓ **Le tabac :** [16,11]

Le tabagisme serait responsable d'une baisse de la fertilité féminine de l'ordre de 10 à 40%.

✓ **L'alcool :** [17]

Une consommation d'alcool ou des ivresses épisodiques tout au long de la gestation nuisent au développement du cerveau de l'enfant.

La principale complication est le Syndrome d'Alcoolisme Fœtal (SAF), avec les conséquences suivantes : [18,19]

- un retard de croissance intra-utérine dans 80 % des cas.
- Une dysmorphie crâniofaciale qui est considérée comme spécifique de l'exposition à l'alcool in utero
- des malformations congénitales (10 à 30 %) qui se constituent pendant la phase d'organogenèse du premier trimestre de la grossesse : cardiopathies (CIA et CIV), d'anomalies du système nerveux (spina bifida, hydrocéphalie, méningocèles, agénésie du corps calleux), des anomalies du squelette et d'autres malformations (angiomes cutanés, fentes labiopalatines)
- des atteintes neurocomportementales de l'enfant.
- la débilité mentale, qualifiée le plus souvent de légère à modérée.
- plus tard, l'instabilité, les troubles de l'attention, la faible efficacité intellectuelle interdisent une scolarité normale et une intégration correcte dans la société.

Les infections alimentaires

✓ **La listériose :** [20]

La listériose est une maladie infectieuse provoquée par une bactérie, *Listeria monocytogène*. Cette bactérie est loin d'être rare. On la trouve dans l'eau, la terre, les fruits et légumes, mais aussi le lait, la viande crue et les fruits de mer.

En revanche, chez les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les personnes âgées ou malades et les nouveau-nés elle peut avoir de graves conséquences.

✓ **La salmonellose :** [13]

Les salmonelloses sont provoquées par des bactéries du genre *Salmonella*. Parasites intestinaux des animaux vertébrés et des oiseaux transmis à l'homme par le biais d'aliments contaminés, elles peuvent être dangereuses pour les femmes enceintes.

✓ **La toxoplasmose :** [21,22]

Toxoplasma gondii est l'agent responsable de la toxoplasmose, c'est un protozoaire intracellulaire qui présente trois stades infectieux : les tachyzoïtes, les bradyzoïtes et les sporozoïtes.

b. L'examen clinique de la première CPN : [9,13]

L'examen clinique est un acte essentiel qui, pour être efficace, doit être mené dans de bonnes conditions, en respectant les principes d'hygiène, de sécurité et de confort. L'examen associe un examen général et un examen obstétrical.

Examen général :

Durant chaque consultation prénatale, un certain nombre d'examen doit être réalisé systématiquement notamment la prise des constantes (tension artérielle, pouls, température), afin de surveiller l'état général de la patiente. En cas de résultats anormaux, des examens complémentaires devront être prescrits.

Un dépistage de l'albuminurie et de la glycosurie doit être réalisé avant chaque entretien.

Poids, taille et indice de masse corporelle (IMC) doivent toujours être pris en considération, en pré-gestationnelle ainsi qu'au cours de la grossesse. En effet, certaines complications materno-fœtales telles que la pré-éclampsie, le diabète gestationnel, des malformations et une macrosomie fœtale sont liées au surpoids et à l'obésité.

✓ **Examen attentif de la peau et des muqueuses**

✓ **Examen cardiovasculaire et pleuropulmonaire :**

Ces examens permettent de déceler des pathologies cardiaques, pulmonaires ou une éventuelle anémie.

✓ **Examen des seins :**

- Les seins augmentent de volume, surtout au niveau de l'aréole qui s'œdématie et se pigmente.
- Les tubercules de Montgomery (glandes sébacées hypertrophiées) apparaissent.
- Un réseau veineux sous-cutané (réseau de Haller) se développe.
- La surveillance des seins pendant la grossesse fait partie des mesures générales de prévention et s'inscrit, en outre, dans le cadre de la préparation à l'allaitement maternel.
- L'examen des seins (palper) doit être fait systématiquement surtout en début de grossesse, Il doit rechercher :
 - Une anomalie du mamelon (mamelon ombiliqué, écoulement mamelonnaire)
 - Un nodule avec ou sans adénopathie au niveau du creux axillaire.

➤ **Examen gynécologique :**

Il doit être pratiqué sur table gynécologique, vessie et rectum vides.

Un examen gynéco-obstétricale est bien entendu réalisé, il recherchera une anomalie morphologique de l'appareil génital, une lésion ou une infection évolutive pouvant mettre en péril le bon déroulement de la grossesse.

✓ Une palpation de l'utérus.

✓ Une inspection de la vulve à l'œil nu.

✓ L'examen au spéculum est fait systématiquement

Il permet de se renseigner sur l'état du col et du vagin

✓ Un toucher vaginal n'est pas toujours nécessaire.

✓ Auscultation des bruits du cœur fœtal

Les bruits du cœur fœtal ne sont perçus que vers la 11^{ème} Semaine d'Aménorrhée (SA), à l'aide d'un appareil à effet Doppler.

c. Examens complémentaires systématiques de la première CPN :

➤ **La 1^{ère} Echographie :**

Elle doit être réalisée entre la 11^e et la 13^e SA + 6 jours. Elle doit s'effectuer par voie sus pubienne (vessie pleine), complétée par voie endo-vaginale si nécessaire.

Le compte rendu doit comporter :

- L'âge gestationnel avec la datation de la grossesse à ± 5 jours.
- L'étude de la morphologie et de la vitalité fœtales.
- L'étude des annexes.
- La mesure de la clarté nucale.
- Le nombre de fœtus et la chorionicité en cas de grossesse multiple.



Figure 1 : échographie du fœtus au troisième mois [23].



Figure 2 : mesure de la clarté nucale [23]

Biologiques :

✓ **Groupage ABO et phénotypes Rhésus :** [24]

✓ **Les sérologies de la syphilis (TPHA-VDRL) :** [25]

✓ **La rubéole :** [26,27]

La rubéole peut être dangereuse chez la femme enceinte. En particulier pour son bébé, si la maladie survient au cours du premier trimestre de la grossesse. C'est pourquoi un test sérologique de la rubéole est obligatoire lors de la première CPN.

✓ **VIH :**

Le virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus infectant l'humain et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes. [26,27]

✓ **Hépatite B :** [28,26]

La majorité des infections chroniques par le virus de l'hépatite B sont acquises à la naissance par une transmission dite "verticale". Il s'agit de la transmission du virus B par la mère à son enfant au moment de l'accouchement secondaire aux micro-

transfusions mère-enfant pendant les contractions et le contact avec les sécrétions vaginales infectées.

Le risque est très important car les enfants contaminés deviennent porteurs chroniques du virus B dans 90% des cas.

Il est donc recommandé, de rechercher systématiquement la présence de l'antigène Hbs (AgHBs) chez toutes les femmes enceintes au cours du sixième mois.

✓ **Hépatite virale C** : [29]

Une sérologie de l'hépatite C n'est pas systématique car il n'y a pas d'élément en faveur d'un rapport coût-efficacité favorable, sauf chez les populations à risque (personnes toxicomanes ou transfusées).

✓ **Herpès génital** : [30]

Le diagnostic et le traitement de l'herpès génital sont urgents en raison de la gravité du pronostic fœtal. L'interrogatoire doit systématiquement rechercher les antécédents de lésions génitales évocatrices d'herpès chez la femme enceinte et son partenaire.

✓ **Anémie, drépanocytose et thalassémie** : [30]

Le dépistage de l'anémie peut se faire au début de la grossesse (à la première consultation en cas de facteurs de risque) et est prescrit obligatoirement lors de la consultation du 6^e mois. Une éventuelle anémie est alors à explorer et à traiter sans retard.

Une recherche d'hémoglobine anormale est effectuée pour les populations à risque originaires d'Afrique, du bassin méditerranéen, des Antilles et/ou ayant des antécédents familiaux.

✓ **Diabète gestationnel** : [31]

Aussi appelé diabète gestationnel, ce diabète touche 3 à 20 % des femmes enceintes. Il se manifeste par une augmentation de la glycémie vers la fin du 2^e et au 3^e trimestre de la grossesse. Dans la majorité des cas, il disparaît après l'accouchement,

mais la mère devient à risque de développer le diabète de type 2 dans les années qui suivent.

2.3.2.2 Deuxième consultation prénatale ou consultation du deuxième trimestre : [9]

La consultation prénatale du deuxième trimestre doit être effectuée entre le 24^{ème} et 28^{SA}. Elle a pour objectif :

- Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse.
- Etablir le pronostic d'évolution en fonction des facteurs de risque détectés.
- Prévenir les affections liées aux carences en micronutriments.
- Prendre en charge la patiente en cas d'anomalie identifiée lors de la consultation.
- Fournir les conseils adaptés.
- Etablir le plan de surveillance.

❖ Déroulement de la 2^{ème} CPN :

a. Anamnèse

- Se renseigner sur le déroulement de la grossesse depuis la dernière consultation.
- Demander à la femme si elle perçoit les mouvements fœtaux (normalement présents à partir de la 20 SA).
- Chercher un signe anormal.

b. Examen clinique de la 2^{ème} CPN

➤ Pesée :

La prise de poids moyenne durant la grossesse est de 12 kg : un kg par mois pour les six premiers mois, puis un kg par 15 jours durant le dernier trimestre.

➤ Tension artérielle :

La prise de la tension artérielle est pratiquée dans les mêmes conditions qu'au 1^{er} trimestre :

Une systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou une diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg, est/sont pathologique(s).

➤ Mesure de la hauteur utérine

Technique de mesure de la hauteur utérine :

La hauteur utérine est la mesure de la distance entre la symphyse pubienne et le fond utérin à l'aide d'un mètre ruban. Elle est pratiquée en décubitus dorsal, vessie préalablement vidée.

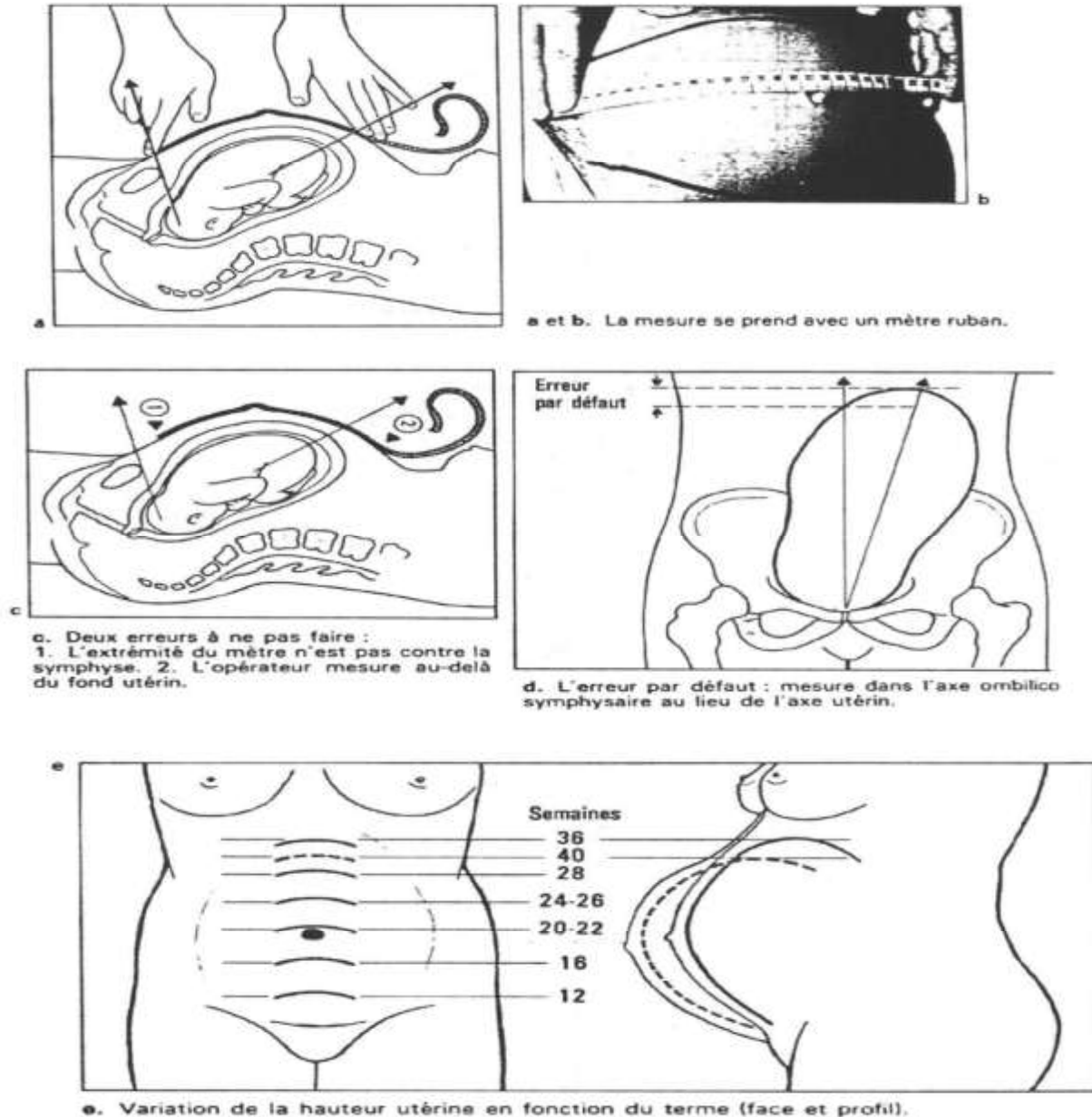


Figure 3: Technique de mesure de la hauteur utérine [32].

Tableau II: Évolution de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel **Interprétation de la hauteur utérine**

| Hauteur uterine | Age probable de la grossesse |
|------------------------|-------------------------------------|
| 16 cm | 4 mois |
| 20 cm | 5 mois |
| 24 cm | 6 mois |
| 28 cm | 7 mois |

L'interprétation de la hauteur utérine se fait selon l'âge gestationnel (AG) :

Si la hauteur utérine est élevée par rapport à l'âge gestationnel, il peut s'agir d'une :

- Erreur de datation.
- Macrosomie.
- Grossesse multiple.
- Hydramnios.

Si la hauteur utérine est diminuée par rapport à l'âge gestationnel, il peut s'agir d'une :

- Erreur de datation.
- Arrêt de la grossesse.
- Retard de croissance intra-utérine.

➤ **Palpation abdominale**

Elle doit se pratiquer avec des mains réchauffées, posées à plat sur l'abdomen pour déprimer sa paroi, la palpation permet de situer le fond utérin normalement au niveau de l'ombilic au 4^{ème} mois et d'évaluer l'augmentation du volume et la souplesse de l'utérus.

➤ **Auscultation des Bruits Cardiaques Fœtaux (BCF)**

- L'auscultation à l'aide d'un stéthoscope obstétrical (stéthoscope de Pinard) est pratiquée à partir de 20-22 SA.
- Après localisation du foyer des bruits du cœur qui varie avec le terme, la position, la présentation et le côté du dos du ou des fœtus.
- L'auscultation fœtale doit associer le comptage de la fréquence des bruits du cœur qui se situe entre 120 et 160 bat /min, l'appréciation du rythme et la tonalité.

➤ **Toucher vaginal :**

Il est essentiel pour dépister et confirmer une menace d'accouchement prématuré (MAP) par la recherche des modifications cervicales.

c. Une Surveillance clinique renforcée :

En fonction des antécédents, des facteurs de risque évalués lors des premières consultations, de la survenue d'éléments anormaux révélés par la patiente, l'examineur ou l'échographe, la surveillance prénatale pourra être renforcée, selon un rythme de consultations et de modalités d'investigations propres à la pathologie révélée. Cette surveillance sera évidemment d'autant plus étroite que l'on s'approche du terme.

Citons les principales situations à risque :

- Hypertension, RCIU dans les antécédents.
- Diabète ou macrosomie fœtale.
- Menace d'avortement tardif.
- Anomalie du volume utérin.
- Métrorragies.
- Fièvre.

d. Examens complémentaires de la 2^{ème} CPN

➤ Echographique :

L'échographie du 2^{ème} trimestre est à réaliser entre 20 et 24 SA dont l'intérêt est d' :

- Apprécier la croissance et la vitalité fœtale.
- Etudier la morphologie fœtale.
- Etudier les annexes fœtales.

On vérifie : [33]

- La croissance et l'harmonie des différents segments du squelette,
- Les structures cérébrales, les ventricules à la recherche d'une éventuelle dilatation,
- Le cœur et la bonne disposition des vaisseaux,
- L'estomac et tout le tractus digestif,
- Le rachis et le thorax,
- La face pour éliminer en particulier une fente palatine,
- L'abondance du liquide amniotique,
- Les petits signes qui font craindre une anomalie chromosomique,
- Enfin, on vérifie que le placenta est de structure normale et bien positionné à distance du col utérin.

On ne doit confier cet examen qu'à un échographiste de haut niveau, disposant d'un matériel performant. En effet, la découverte d'une anomalie organique modifie la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Un examen doppler évalue le flux sanguin ombilical ou d'autres vaisseaux. Au terme de l'échographie, un compte rendu est dressé qui indique tous les éléments qui ont été vus.



Figure 4 : Le fœtus à l'échographie du quatrième mois [32]

➤ **Biologiques :**

Les examens biologiques préconisés au 2^{ème} trimestre sont :

- La recherche de protéinurie aux bandelettes.
- La NFS si nécessaire.
- La recherche d'agglutinines irrégulières si rhésus négatif.
- Le contrôle des sérologies (rubéole et toxoplasmose).
- La glycémie est à prévoir entre 24 et 28 SA.

Si la femme se présente à la consultation prénatale pour la première fois au 2^{ème} trimestre, les examens suivants doivent être prescrits : le groupage ABO et rhésus, la sérologie (toxoplasmose, VDRL/TPHA) ainsi que la proposition d'un test VIH.

e. Conseils au cours de la 2^{ème} CPN :

Les messages du deuxième trimestre portent sur :

- L'intérêt du suivi de la grossesse.
- Les signes de danger liés au 2^{ème} trimestre.

- La nutrition et l'hygiène de vie.
- La participation aux cours des classes des mères.
- L'intérêt du carnet de santé de la femme.

2.3.2.3 Troisième consultation prénatale ou consultation du 8ème mois : [9,34]

Au 3ème trimestre la femme doit bénéficier de deux visites prénatales. La 3ème CPN doit être réalisée au 8ème mois de la grossesse entre 32 et 34 SA.

Elle a pour objectif :

- Etablir le pronostic d'accouchement après examen de la parturiente.
- Déterminer le lieu de l'accouchement en tenant compte des facteurs de risque.
- Prendre en charge les éventuelles anomalies détectées.
- Préparer la femme à l'accouchement.
- Prévoir les modalités de l'accouchement : spontané, programmé, par voie basse ou césarienne.

❖ Déroulement de la 3^{ème} CPN

a. Anamnèse

Se renseigner sur le déroulement et l'évolution de la grossesse.

b. Examen clinique :

➤ Examen général :

- Rechercher une cicatrice abdominale
- Décrire la forme de l'utérus (longitudinal ou transversal)
- Prendre le poids
- Prendre la TA qui doit rester inférieur à 140/90
- Rechercher l'œdème.

✓ Hauteur utérine :

Elle permet d'apprécier le volume utérin.

Une hauteur utérine à terme supérieure à 35 cm est une indication de référence.

Tableau III: Age probable de la grossesse en fonction de la hauteur utérine.

| Hauteur uterine | Age probable de la grossesse |
|-----------------|------------------------------|
| 28 cm | 7 mois |
| 30 cm | 8 mois |
| 32-33 cm | 9 mois |

✓ **Palpation abdominale :**

La palpation abdominale au 3ème trimestre de la grossesse est un élément de diagnostic et de pronostique qui a pour intérêt :

- D'étudier la consistance, la souplesse ou la tension (relâchement/ contraction) et la sensibilité de l'utérus à la mobilisation.
- De situer le ou les fœtus dans l'utérus (présentation, rapports de celle-ci avec le bassin maternel, position du fœtus, côté du dos et volume).
- D'apprécier le contenu utérin : signe du flot (hydramnios) et le volume fœtal
- La palpation doit être méthodique, indolore. Elle commence par la région sus-pubienne, continue par le fond utérin pour terminer par les parois latérales.
- La meilleure façon de rechercher le dos est d'utiliser la manœuvre de Budin



Figure 5 : manœuvre de Budin [32].

✓ **Auscultation des bruits du cœur du fœtus**

Les bruits du cœur du fœtus (BCF) sont auscultés à l'aide d'un stéthoscope de Pinard au niveau de la région péri-ombilicale.

✓ **Toucher vaginal :**

Le toucher vaginal (TV) au 3ème trimestre permet d'explorer :

- L'état du col et du segment inférieur : consistance du col (mou, souple ou rigide), sa longueur, sa dilatation et sa position.
- La présentation fœtale : Le TV précise la hauteur de la présentation (présentation haute et mobile, appliquée, fixée, engagée).
- Le bassin osseux (normal ou suspect)
- Le périnée (court, cicatriciel)
- L'anomalie vulvo-vaginale (diaphragme, cloison, varices...)
- Examen clinique du bassin

L'exploration du bassin doit être exécutée avec aseptie et sans brutalité, la femme étant en position gynécologique, les cuisses écartées et fléchies sur l'abdomen. Le toucher vaginal est conduit dans un ordre toujours le même, examinant successivement le détroit supérieur, l'excavation, le détroit moyen et le détroit inférieur.

c. Examens complémentaires de la 3ème CPN

➤ Examen échographique

L'échographie du 3ème trimestre est à réaliser entre 32 et 34 SA. Elle a pour intérêt : D'apprécier la croissance et la vitalité fœtale.

- De vérifier l'insertion du placenta et son degré de maturité.
- De vérifier la quantité du liquide amniotique.
- D'étudier la morphologie fœtale.



Figure 6 : échographie du huitième mois de grossesse [23].

➤ Examens biologiques

Les examens biologiques préconisés au 8ème mois sont :

- La recherche de protéinurie aux bandelettes.
- La recherche d'agglutinines irrégulières si rhésus négatif.
- Le contrôle de la sérologie toxoplasmose si négative.

Si la femme se présente à la consultation pour la première fois au 3ème trimestre les examens suivants doivent être prescrits : le groupage ABO et rhésus, la glycémie à jeun, la sérologie (toxoplasmose, VDRL/TPHA) ainsi que la proposition d'un test VIH.

d. Pronostic de l'accouchement

Au terme de l'examen il faut établir le pronostic de l'accouchement qui dépend des éléments suivants :

- Le fœtus (nombre, volume et présentation).
- Le bassin (normal, limite ou chirurgical).
- L'utérus (normal ou cicatriciel, multiparité).
- L'état de la mère (HTA, cardiopathie, ...).
- Les annexes (placenta prævia...).

Au total trois situations se présentent :

✓ **La voie basse est acceptée en cas de :**

- Présentation céphalique.
- Bassin normal et volume fœtal normal.
- Absence de pathologie associée maternelle ou annexielle.

L'accouchement doit se dérouler dans un milieu surveillé au niveau de la maison d'accouchement ou de la maternité hospitalière.

✓ **La voie basse est discutable en cas de :**

- Bassin limite.
- Disproportion céphalo-pelvienne.
- Utérus cicatriciel
- Présentation de siège
- Pathologies maternelles, fœtales (RCIU) ou annexielles.

Ces patientes vont être suivies par des spécialistes en consultation des grossesses à risque.

L'accouchement se fera par voie basse ou par césarienne en fonction de l'indication et des données obstétricales.

Le lieu d'accouchement est la maternité hospitalière.

✓ **L'accouchement par césarienne est obligatoire en cas de :**

- Antécédents sévères, MIU avant terme par exemple.
- Souffrance fœtale chronique qui se décompense.
- Affection maternelle mal contrôlée.
- Obstacle prævia ou placenta prævia.
- Bassin chirurgical.
- Utérus bicatriciel.
- Certaines situations pathologiques.

e. Conseils au cours de la 3^{ème} CPN :

Les messages du troisième trimestre (8^{ème} et 9^{ème} mois) comportent :

- Les signes de danger liés au 3^{ème} trimestre.
- L'intérêt de l'accouchement en milieu médicalisé et communautaire, et risques d'accouchement à domicile.
- La préparation à l'accouchement
- La nutrition et l'hygiène de vie.
- La gymnastique de la femme enceinte.
- La Préparation à l'allaitement maternel.
- Les soins et toilette du nouveau-né.
- L'intérêt de la consultation du post partum.
- La visite de la salle d'accouchement.

2.3.2.4 Quatrième consultation prénatale ou consultation du 9^{ème} mois

Elle a pour objectif :

- Assurer la surveillance et le suivi de la grossesse.
- Dépister et prendre en charge les complications liées à la grossesse.
- Etablir le pronostic et déterminer la voie de l'accouchement.
- Insister sur l'accouchement en milieu surveillé.
- Briser la barrière psychologique et mettre en confiance la parturiente par la préparation à l'accouchement.
- Etablir une fiche de référence en cas de nécessité.

❖ Déroulement de la dernière (quatrième) consultation prénatale

La 4^{ème} Visite prénatale ou CPN 4 doit être réalisée au 9^{ème} mois de grossesse au-delà de 36 SA.

La 4^{ème} consultation prénatale consiste principalement en l'appréciation de :

- La hauteur utérine : estimation du poids fœtal et de la quantité de liquide amniotique.
- La présentation par le palper abdominal : sommet, siège, transverse.
- Etat du col et de la présentation par le toucher vaginal.
- L'engagement par le toucher vaginal : signe de Farabeuf.

- L'examen de la filière génitale et du périnée.
- L'exploration du bassin par le toucher vaginal.
- La scanno-pelvimétrie en cas de nécessité.
- L'examen échographique.
- Le bilan biologique (NFS + plaquettes).

➤ **Conseils pendant la 4^{ème} CPN**

En plus des conseils des CPN précédentes, il faut informer la femme sur l'importance de l'accouchement dans un établissement de santé.

Expliquer pourquoi il est recommandé d'accoucher dans un établissement de santé :

- Les établissements de santé disposent de personnel, de matériel, de consommables et de médicaments qui permettent, de fournir les meilleurs soins possibles. En outre, ils sont dotés d'un système d'évacuation.
- Des complications diverses peuvent survenir pendant l'accouchement et ne sont pas toujours prévisibles.

Lui indiquer quand elle doit se présenter à l'établissement de santé :

- Si elle habite à proximité de l'établissement, il faut qu'elle s'y rende dès les premiers signes d'entrée en travail (rupture de la poche des eaux ou contraction utérine régulière).
- Si elle habite loin, lui conseiller à l'approche de l'accouchement de loger à proximité de la structure d'accouchement ou dans la maison d'attente, si elle existe.
- Être accompagnée par un membre de la famille.

Expliquer à la femme ce qu'il faut amener :

- Le carnet de santé de la femme qui englobe les renseignements relatifs à la grossesse.
- Des linges propres pour nettoyer, sécher et envelopper l'enfant et des vêtements pour la mère et l'enfant.

4.3. Les mesures préventives et thérapeutiques au cours de la grossesse

4.3.1. Activité physique : [35]

L'activité physique est bénéfique autant pour la mère que pour le bébé. Plusieurs organismes de santé, comme la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), la Société canadienne de physiologie de l'exercice et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), recommandent de faire de l'activité physique régulièrement durant la grossesse.

Les plus récentes recommandations canadiennes en matière d'activité physique pendant la grossesse indiquent que, pour retirer le maximum de bienfaits de l'activité physique, les femmes enceintes devraient :

- Faire au moins 150 minutes de marche (ou de natation) d'intensité moyenne par semaine.
- Bouger au moins 3 fois par semaine, mais de préférence tous les jours.
- Varier entre les activités cardiovasculaires et musculaires.
- Effectuer des exercices de renforcement pelvien tous les jours.

a. Les types appropriés de sports que peut exercer la femme enceinte :

- La marche
- La natation
- Le Yoga
- Exercices d'étirement.

b. Contre-indications à l'exercice physique pendant la grossesse :

❖ Contre-indications absolues : [36]

- Rupture des membranes avant terme.
- Retard de croissance intra utérin.
- Béance cervico isthmique.
- Placenta prævia après la 28ème SA.
- Hypertension gravidique et prééclampsie.

- Grossesse multiple ≥ 3 fœtus.
- Maladies cardio-vasculaires et/ou pulmonaires graves

❖ **Contre-indications relatives :**

- Grossesse gémellaire après la 28ème SA.
- Antécédents de prématurité- RCIU.
- Anémie sévère (HB <10g/l).
- Malnutrition.
- Troubles cardio-vasculaires ou respiratoires.

c. Conseils généraux pour l'exercice en toute sécurité pendant la grossesse :

[37,38]

- Prendre l'avis de votre médecin avant de vous engager dans un type de sport.
- Ne participez pas à un sport violent ou dangereux.
- Portez des vêtements appropriés et confortable, pendant l'activité physique.
- Buvez assez d'eau pour compenser l'eau perdue pendant l'activité physique.
- Ne pas s'allonger à plat sur votre dos pendant l'activité physique.
- Levez-vous du sol lentement et avec précaution.

d. Une alimentation conseillée dans le cadre du régime alimentaire spécial pendant la grossesse : [39,40]

Les besoins en vitamines et sels minéraux sont augmentés durant la grossesse. Plus particulièrement, il faut porter une attention particulière aux éléments suivants : calcium, vitamine D, acide folique, fer et acides gras essentiels. De plus, on recommande une alimentation fractionnée, riche en fibre et en Oméga-3 pour combler tous les besoins nutritionnels de la mère et du fœtus sans désagréments.

✓ **Alimentation fractionnée**

Au cours du premier trimestre, le besoin en calories demeure le même que celui d'une femme non enceinte. Au deuxième trimestre, les besoins sont augmentés de 340 kcal et au troisième trimestre, de 450 kcal. L'ajout d'une à deux collations permet facilement de combler ce besoin supplémentaire. L'idéal est de manger de façon

régulière en suivant la règle des 3 repas par jour et de faire des collations entre les repas au besoin.

✓ **Fibres alimentaires :**

Les légumes et fruits devraient être présents à chaque repas et collation si possible. Ils contiennent de nombreux nutriments dont l'acide folique, la vitamine C ainsi que les fibres.

Le Riz brun ou sauvage, pâtes complètes, céréales riches en fibres sont des exemples de produits céréaliers qui fourniront une bonne dose d'énergie et qui aideront à combler les besoins en vitamines du groupe B, fer, zinc, magnésium et en fibres. Ces nutriments contribuent au développement et au fonctionnement des systèmes nerveux, cardiovasculaire et digestif.

Le quinoa, l'orge, le millet sont des céréales moins populaires mais tout aussi savoureuses à inclure au menu quotidien.

L'apport en fibres alimentaires permet de contrôler la prise de poids et de lutter contre la constipation tout au long de la grossesse. Elles permettent aussi d'éviter le diabète gestationnel et les complications associées. L'alimentation riche en fibre doit être combinée à une bonne hydratation quotidienne, soit 2 litres d'eau par jour au minimum.

✓ **Acide folique et vitamine B9 :** [41]

Ce nutriment est important surtout en début de grossesse. Une déficience en B9 durant la grossesse peut mener à un bébé de petits poids à la naissance, à un bébé prématuré, à une anémie chez la mère et à la malformation du tube neural.

Les besoins en acide folique sont doublés durant la grossesse, passant de 400 mcg à 800 mcg par jour. C'est pour cette raison qu'une supplémentation en acide folique est nécessaire pour combler ces besoins car l'alimentation ne peut y arriver seule. Les suppléments d'acide folique contiennent généralement 0,4 à 1 mg d'acide folique.

Il est recommandé de commencer à prendre le supplément d'acide folique trois mois avant la conception et de continuer à le prendre pendant toute la grossesse. Malgré la supplémentation en vitamine B9, il est tout de même recommandé d'augmenter ses apports alimentaires d'acide folique.

De façon générale, les abats, les noix, les légumineuses, les légumes, certains fruits comme les oranges ainsi que les produits céréaliers enrichis en acide folique comme les pâtes alimentaires, sont des bonnes sources de cette vitamine.

✓ **Fer :**

Les besoins en fer sont augmentés durant la grossesse passant de 18 mg par jour à 30 à 50 mg par jour. C'est surtout au cours du deuxième et troisième trimestre que les besoins sont importants à combler afin d'augmenter le volume sanguin de la mère et de favoriser la croissance du fœtus.

Il est recommandé aux femmes enceintes de prendre chaque jour des suppléments contenant de 30 à 50 mg de fer.

L'anémie par déficience en fer chez la mère peut mener à un accouchement prématuré, à un bébé de petits poids à la naissance et même à la mortalité du fœtus. Pour la mère, l'anémie entraîne une grande fatigue et une diminution de la résistance aux infections.

Pour aider l'organisme à mieux absorber le fer contenu dans les aliments d'origine végétale, il est recommandé de manger des aliments riches en vitamine C tels que :

- Brocoli
- Mangue
- Melon
- Agrumes
- Kiwi

On déconseille au contraire de consommer du thé autour des repas car il bloque l'absorption du fer.

✓ **Calcium et vitamine D** : [42]

Le calcium et la vitamine D sont nécessaires pour maintenir l'intégrité des os et assurer le développement du squelette du fœtus. Les besoins en calcium varient entre 1000 et 1300 mg par jour et ceux en vitamine D sont de 600 UI. Ces besoins peuvent être comblés par une alimentation équilibrée qui inclue trois à quatre portions de produits laitiers par jour.

Les légumineuses (haricots blancs), les légumes vert foncé (choux, brocoli), les noix (amandes, noix du Brésil) et les graines (sésame) contiennent aussi du calcium mais de plus petites quantités. Ils peuvent donc compléter l'apport en calcium mais ne pas remplacer les autres sources.

✓ **Oméga-3**

Les oméga-3 sont des acides gras essentiels qui contribuent au développement du cerveau et des yeux du fœtus. Notre corps ne peut pas les fabriquer et c'est pourquoi il est important d'en consommer chaque jour une petite quantité. Les principales sources d'oméga-3 sont :

- Les poissons gras (saumon, maquereau, sardines, truite, thon)
- Huiles de colza, de lin et de noix, vinaigrettes et margarines molles (non hydrogénées) faites avec ces huiles
- Graines de tournesol, graines de lin moulues, graines de chia, graines de citrouille, noix
- Produits enrichis en oméga-3 (lait, œufs).

2.4. La consultation prénatale recentrée

2.4.1. Concept :

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites. Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier. Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes identifiées

comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent.

2.4.2 Principes de la CPN recentrée :

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

❖ Les 8 contacts de la CPN recentrée :

En 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié les recommandations concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive (OMS 2016), qui présentent un ensemble de lignes directrices.

Les lignes directrices de 2016 relatives aux soins prénatals incluent une nouvelle recommandation importante selon laquelle les femmes enceintes ont huit prises de contacts avec le système de santé durant chaque grossesse.

Les recommandations privilégient le terme de « prise de contact » au lieu de « consultation » pour impliquer une relation active entre la femme enceinte et un prestataire de santé qui n'est pas implicite dans le terme « consultation ». Dans le cadre de l'application de cette recommandation, le contact peut être adapté aux contextes locaux grâce à des programmes de sensibilisation communautaire et à la participation des agents de santé non professionnels (OMS 2016)

Tableau IV: Résumé des 8 contacts.

| Calendrier des prises de contacts prénatals | Dose | Interventions et considérations liées au paludisme pendant la grossesse pendant les prises de contact pour les soins prénatals |
|---|---|--|
| 1. contacts Jusqu'à 12 semaines | | <ul style="list-style-type: none"> • Enregistrer les femmes enceintes, leur fournir des MII et un counseling sur l'utilisation. Faire un dépistage du VIH. • Administrer une dose quotidienne de 30 à 60 mg de fer élément et de 400 mcg (0,4 mg) d'acide folique. Ces suppléments doivent être donnés dès le début et tout au long de la grossesse. |
| 2. contacts 13 à 16 semaines | Première dose de TPI-SP (contact supplémentaire) | <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller les femmes enceintes de revenir pour une visite entre 13 à 16 semaines (voir contact 1a ci-dessous) pour recevoir la première dose du TPI-SP (tel que prescrit par les lignes directrices nationales).* • Conseiller les femmes enceintes sur le diagnostic rapide et le traitement précoce et efficace des cas du paludisme pendant la grossesse. |
| 3. contacts 20 semaines | Deuxième dose de TPI-SP | <p>Rappel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas administrer de TPI-SP avant la 13ème semaine de grossesse. • Administrer la première dose de TPI-SP le plus tôt possible lors du deuxième trimestre afin de bénéficier pleinement de sa capacité de protection dans cette période critique de la grossesse. † • Administrer la deuxième dose de TPI-SP un mois après. • Administrer les doses de TPI-SP qui suivent à partir du contact prévu à 20 semaines, avec au moins un mois d'intervalle entre les doses de SP. • La SP peut être administrée dès le début du deuxième trimestre jusqu'au moment de l'accouchement sans que cela représente un risque pour le fœtus. • Une dose complète de TPI-SP comprend 1.500 mg/75 mg de SP (c'est-à-dire, trois comprimés de 500 mg/25 mg de SP). • Administrer le TPI-SP sous traitement directement observé. • Le TPI-SP ne doit pas être administré aux femmes recevant un traitement prophylactique par cotrimoxazole en raison d'un risque plus élevé d'événements indésirables lorsque les deux médicaments sont administrés ensemble. • Continuer à administrer 30 à 60 mg de fer élément et 400 mcg (0,4 mg) d'acide folique. • Continuer à fournir un counseling comme indiqué ci-dessus. |
| 4. contacts 26 semaines | Troisième dose de TPI-SP | |
| 5. contacts 30 semaines | Quatrième dose de TPI-SP | |
| 6. contacts 34 semaines | Cinquième dose de TPI-SP | |
| 7. contacts 36 semaines | Aucune administration de SP (si la dernière dose a été reçue <1 mois) | |
| 8. contacts 38 semaines | Sixième dose de TPI-SP (si aucune dose n'a été reçue le mois dernier) | |
| 9. contacts 40 semaines | | |

4. METHODOLOGIE

3.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé communautaire (CSCoM) de Yirimadio sis en commune VI du District de Bamako. Le choix est porté sur ce centre par :

- Le fait qu'il est l'un des premiers centres du district de Bamako à mettre en place les agents de santé communautaire (ASC) avec l'appui du partenaire technique de l'ONG MUSSO.
- Son accès facile
- La disponibilité du personnel socio sanitaire ;
- La CPN est pratiquée par les sage-femmes.

La maternité comprenant :

-une salle de consultation ; une salle d'hospitalisation ; un magasin ;
-un bureau pour Sage-femme ; deux salles de consultation Périnatale, une salle Consultation Postnatale, une salle Planning Familiale, une salle Programme Elargi de Vaccination ; une salle d'attente ; une salle d'accouchement, une salle d'observation, une salle de réunion, une salle de garde, un couloir.

✚ Un hangar : utilisé pour les activités de vaccination, les séances de Communication pour le Changement de Comportement, de promotion nutritionnelle et de formation continue.

✚ Une Unité de Récupération d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI) composés :

- Une terrasse ; un hangar ; un laboratoire ; un bureau pour le gestionnaire ; un magasin pour le stockage des intrants ; un logement pour le gardien ; deux
- Toilettes externes.

Les activités du centre de santé communautaire (CSCoM) de Yirimadio :

Le paquet minimum d'activités comprend :

- ✚ Les activités curatives qui couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.
- ✚ Les activités préventives qui portent sur la consultation prénatale (CPN), le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que les femmes en âge de procréer.
- ✚ Les activités promotionnelles qui se résument essentiellement à la CCC (Communication pour le Changement de Comportement).

Le personnel du centre de santé communautaire (CSCoM) de Yirimadio

Il est composé de 43 agents et les stagiaires qui assurent le bon fonctionnement du centre.

Tableau V : Liste des matériels de la CPN du centre de santé communautaire (CSCoM) de Yirimadio :

| Matériels | Quantités |
|-------------------------------|------------------|
| Table d'accouchement | 03 |
| Bureau à 2 tiroirs | 02 |
| Trousse matrone | 01 |
| Tablier en plastic | 01 |
| Lits métalliques avec matelas | 07 |
| Pèse bébé | 01 |
| Bassin de lit | 02 |
| Toise couchée | 00 |
| Toise debout | 01 |
| Boite d'accouchement | 01 |
| Speculum vaginal GM, PM, MM | 30 |
| Porte serum | 06 |
| Tensiomètres | 02 |
| Pèse personne | 01 |
| Chaine de froid | 01 |
| Panneaux solaires | 01 |
| Porte vaccins | 10 |

3.2. Type d'étude :

C'était une étude transversale

3.3 Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée de Janvier 2019 à Avril 2019 soit une durée de 3 mois.

3.4 Population d'étude :

Toutes les femmes enceintes qui sont venues pour la CPN au CSCOM de Yirimadio durant la période d'étude.

3.5. Échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire simple prenant en compte toutes les femmes enceintes ayant fait au moins une CPN au CSCOM de Yirimadio pendant la période d'étude.

La technique d'estimation d'un paramètre (proportion) dans une population sera utilisée pour cette circonstance. La formule dans le cas d'une population grande ou infinie est donnée ci-dessous :

$$n = \frac{(z_{\alpha})^2 p(1 - p)}{i^2}$$

Avec :

- p : proportion attendue dans la population (à partir d'étude pilote ; revue littérature.) ; 35% selon les données des rapports de la fréquentation du centre.
- z_{α} : l'écart réduit de la loi normale ($z_{\alpha} = 1.96$ pour $\alpha = 5\%$) ;
- i : est la précision voulue soit 6%.
- n : est taille minimale de l'échantillon.

$$n = \frac{1.96^2 * 0.35 * 0.65}{0.06^2} = 242,767$$

3.6. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans l'étude les femmes enceintes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

3.7. Critères de non inclusion :

Les femmes enceintes qui habitent hors de l'aire de santé de Yirimadio ;

Les femmes enceintes ayant accepté de participer à l'étude mais après pour des raisons personnelles décident de se retirer

3.8. Variables :

Les variables recueillies portaient sur :

Variables quantitatives :

- Âge,
- Gestité,
- L'âge de la grossesse actuelle
- Nombre de CPN conseillé
- L'âge de la grossesse pour effectuer la CPN1
- Intervalle inter-génésique,
- Nombre minimum de CPN.

Variables qualitatives :

- Milieu de vie
- Suivi des grossesses précédentes,
- Statut matrimonial,
- Connaissance des nouvelles dispositions du CPN,
- L'examen paraclinique fait ou pas,
- Connaissance de dormir sous Moustiquaire imprégnée (M.I),
- Connaissance de la prophylaxie anti-palustre avec SP,
- Connaissance de la prophylaxie antianémique,
- Connaissance des signes de danger,
- Connaissance de la préparation à l'accouchement.

3.9. Outils de collecte des données :

Pour mener notre étude, nous avons utilisé un questionnaire. L'interview (interrogatoire) de chaque femme enquêtée a été réaliser à la maternité sous anonymat.

3.10. Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS v25.

3.11. Considérations éthiques :

Une explication de l'objet de l'étude a été succinctement et préalablement faite à chaque enquêtée.

Nous avons obtenu le consentement éclairé verbal des gestantes avant l'interrogatoire.

Les données issues de notre recherche avec les résultats y afférents ont été exploités en toute confidentialité également.

3.12 Définitions opérationnelles :

La grossesse : C'est l'état qui débute par la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction d'un produit de conception. [43]

Les facteurs de risque : Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle existe, indique que cette grossesse a une probabilité d'être compliquée [44].

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

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

Gestité : nombre total de grossesses contractées par une femme

Primigeste : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.

Paucigeste : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.

Multigeste : c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.

Grande multi geste : il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.

Accouchement : terminaison de la grossesse après 6 mois révolus.

Parité : nombre total d'accouchements d'une femme.

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

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

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

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

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

La maternité à moindre risque : C'est mettre la femme enceinte dans des conditions qui lui permettent de choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, qu'elle soit rassurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques d'incapacité liée aux complications de la grossesse ou des risques de décès [32,11].

L'aire de santé ou Secteur sanitaire : Elle représente une zone géographique desservie par une ressource sanitaire.

Le paquet minimum d'activité (PMA) : Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres du traitement des maladies courantes, de consultations prénatales et post-natales avec accouchements et vaccinations [45].

L'évaluation : C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

Connaissances : Notion que l'on a de quelque chose ; se souvient de tel ou tel message, Comprend ce que signifient les messages.

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

Attitudes : Manière de se comporter face aux CPN [46].

5. RESULTATS :

Durant notre étude, 2600 femmes ont consulté au CSCCom de Yirimadio, parmi lesquelles 850 femmes enceintes pour CPN, soit 25%.

Parmi les femmes venues pour les CPN, 300 ont acceptées de répondre à notre questionnaire, soit 35%.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques.

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

| Tranche d'âge | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------|---------------|
| 15 – 19 ans | 87 | 29% |
| 20 – 24 ans | 84 | 28% |
| 25 – 29 ans | 67 | 22% |
| 30 – 35 ans | 47 | 16% |
| 36 – 40 ans | 14 | 5% |
| Total | 300 | 100,00 |

La tranche d'âge 15-19 ans a été la plus représentée.

Moyenne d'âge = **23,78 ans**

Extrêmes = 15 et 40 ans.

Ecart type = 5,994

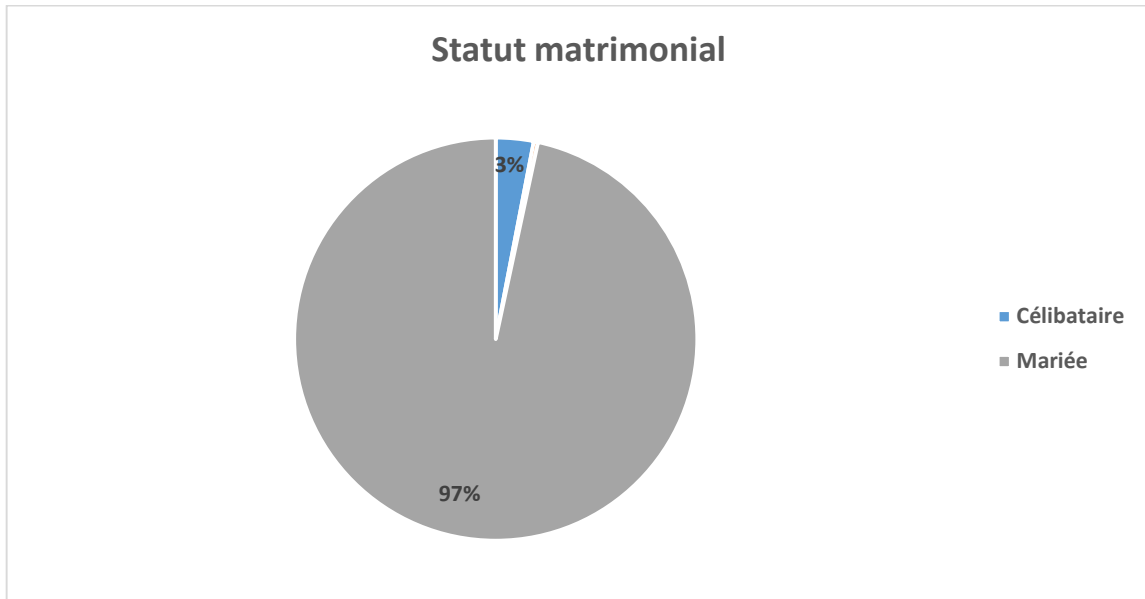


Figure 7 : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

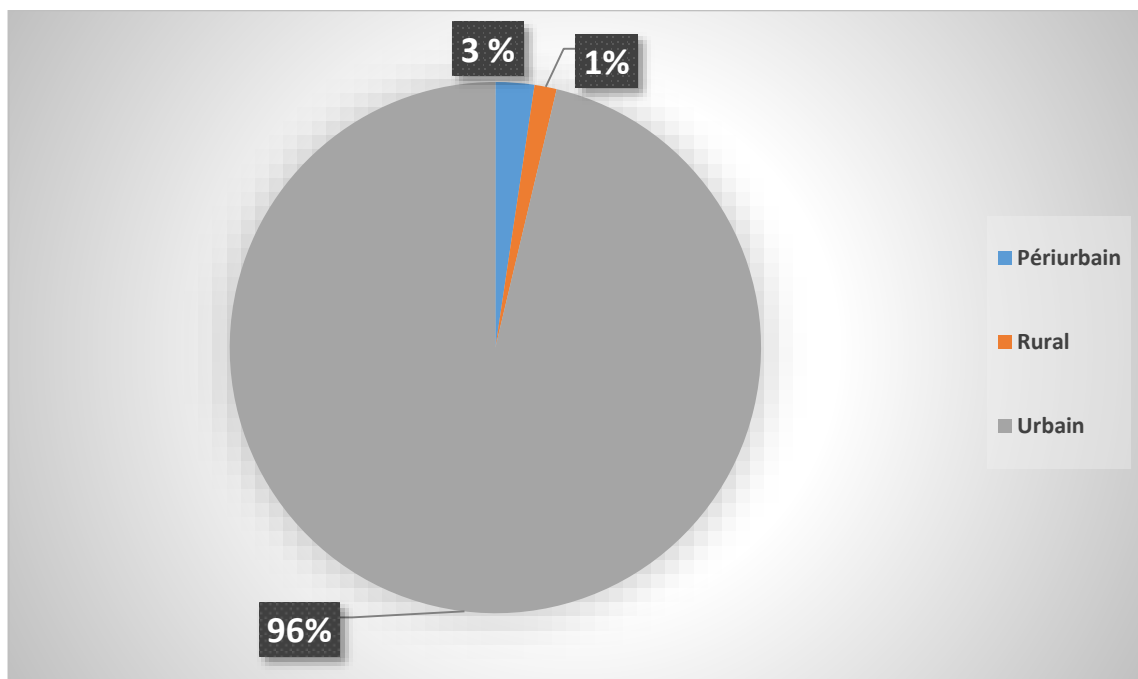


Figure 8 : Répartition des gestantes selon le milieu de vie

Tableau VII: Répartition des gestantes selon leur Profession.

| Profession | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Ménagères | 162 | 54,00% |
| Vendeuse | 89 | 29,67% |
| Elève/Etudiante | 26 | 8,67% |
| Artisane | 11 | 3,67% |
| Salariées | 7 | 2,33% |
| Sans emploi | 5 | 1,67% |
| Total | 300 | 100,00% |

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Non instruite | 173 | 57,60 |
| Niveau primaire | 81 | 27,00 |
| Niveau secondaire | 34 | 11,33 |
| Niveau supérieure | 12 | 4,00 |
| Total | 300 | 100,00 |

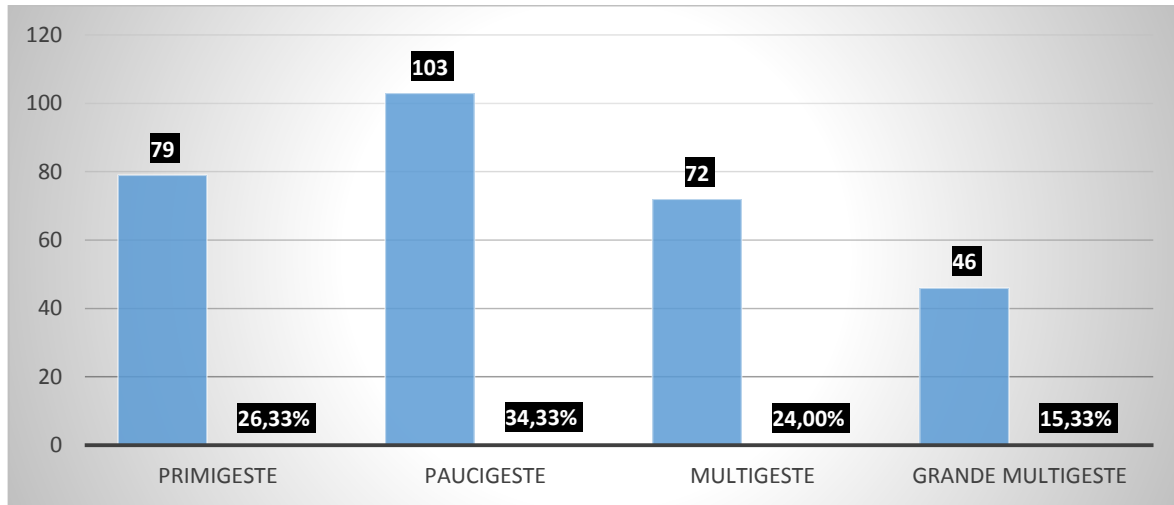


Figure 9 : Répartition des gestantes en fonction de la gestité

Tableau IX: Répartition des gestantes selon la parité.

| Parité | Fréquence | Pourcentage |
|------------------|------------|---------------|
| Nullipare | 80 | 26,67 |
| Primipare | 64 | 21,33 |
| Paucipare | 132 | 44,00 |
| Multipare | 15 | 5,00 |
| Grande multipare | 9 | 3,00 |
| Total | 300 | 100,00 |

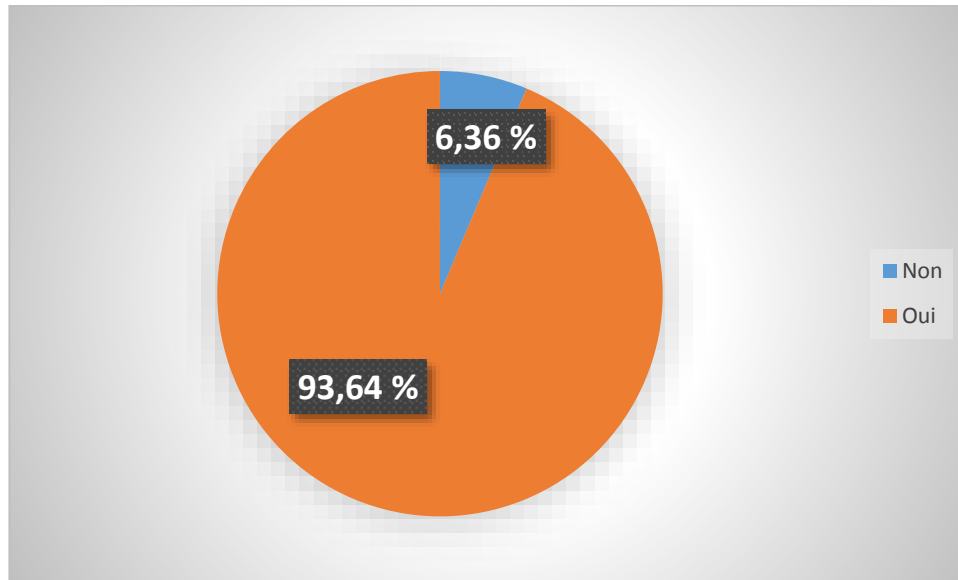


Figure 10 : Répartition selon le suivie des grossesses précédentes

Tableau X: Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse au moment de l'enquête

| Age de la grossesse actuelle | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------------|------------------|--------------------|
| 1 ^{er} trimestre | 35 | 11,67 |
| 2^{ème} trimestre | 151 | 50,33 |
| 3 ^{ème} trimestre | 114 | 38,00 |
| Total | 300 | 100,00 |

4.2. Connaissance :

Tableau XI: Définition de la CPN selon les gestantes.

| Comment définissez-vous la CPN | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Suivi de la grossesse | 126 | 42 |
| Aucune réponse | 82 | 27,33 |
| Prévention des maladies au cours de la grossesse | 39 | 13 |
| Visite médicale de la femme enceinte | 53 | 17,66 |
| Total | 300 | 100,00 |

Tableau XII: répartition des gestantes selon la connaissance de l'intervalle inter génésique.

| Connaissance sur l'intervalle inter génésique | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Moins de 2 ans | 16 | 5,33 |
| Entre 2 et 3 ans | 187 | 62,33 |
| Plus de 3 ans | 97 | 32,33 |
| Total | 300 | 100% |

Tableau XIII: Répartition des gestantes selon la connaissance du nombre minimum de CPN

| Nombre de CPN | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|-----------|-------------|
| Non connu | 110 | 36,67% |
| 1 | 40 | 13,33% |
| 2 à 3 | 50 | 16,67% |
| ≥ 4 | 100 | 33,33% |
| Total | 300 | 100% |

4.3 Attitudes :

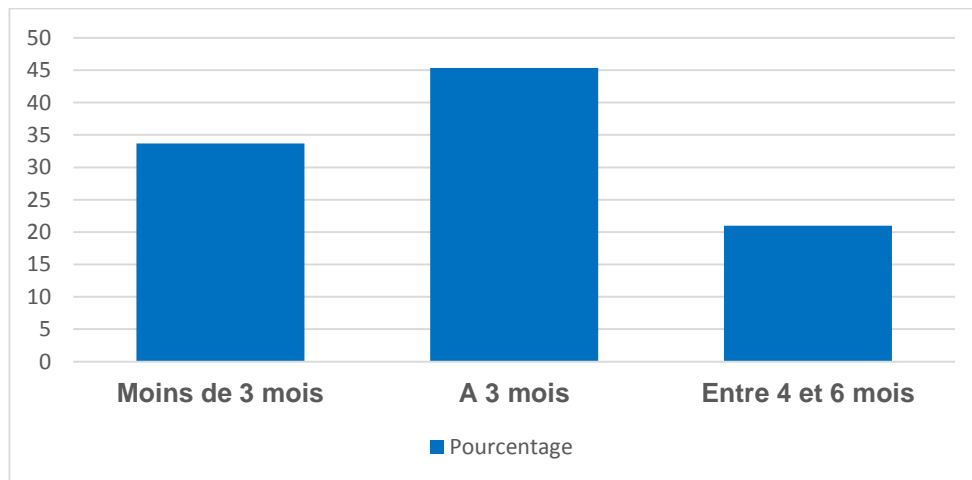


Figure 11 : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse auquel on doit effectuer la première CPN

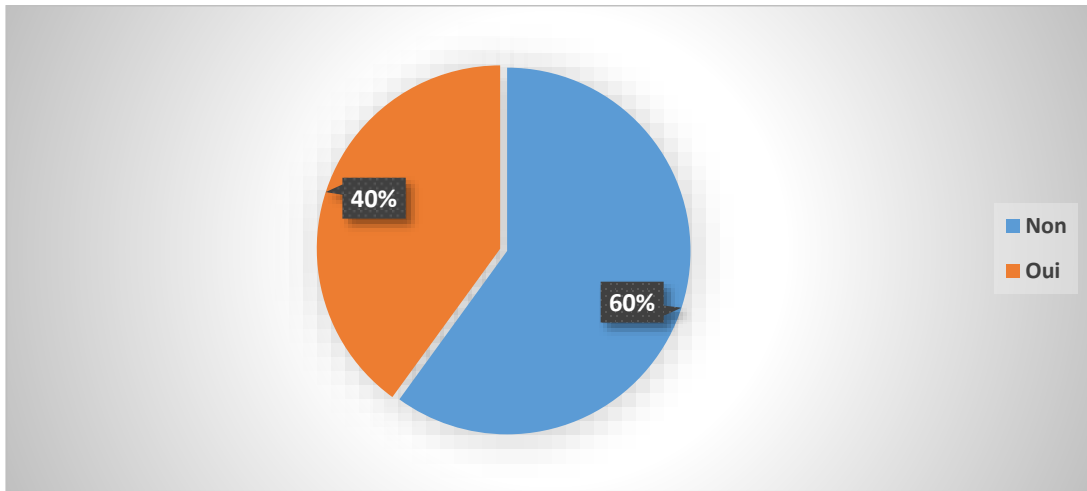


Figure 12 : Répartition des gestantes enquêtées selon la réalisation de l'examen paraclinique

Tableau XIV: Répartition des gestantes selon le statu vaccinal

| Avez-vous été vaccinés au cours de la grossesse | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------|---------------|
| Non | 103 | 34,11% |
| Oui | 197 | 65,89% |
| Total | 300 | 100,00 |

Tableau XV: Répartition des gestantes selon la raison de la non prise du fer.

| Les raisons de non prise | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Je ne supporte pas le fer | 1 | 25,00 |
| Non renouvellement de l'ordonnance | 1 | 25,00 |
| Provoque des nausées | 2 | 50,00 |
| Total | 4 | 100,00 |

4.5 Conseilles reçus lors des CPN.

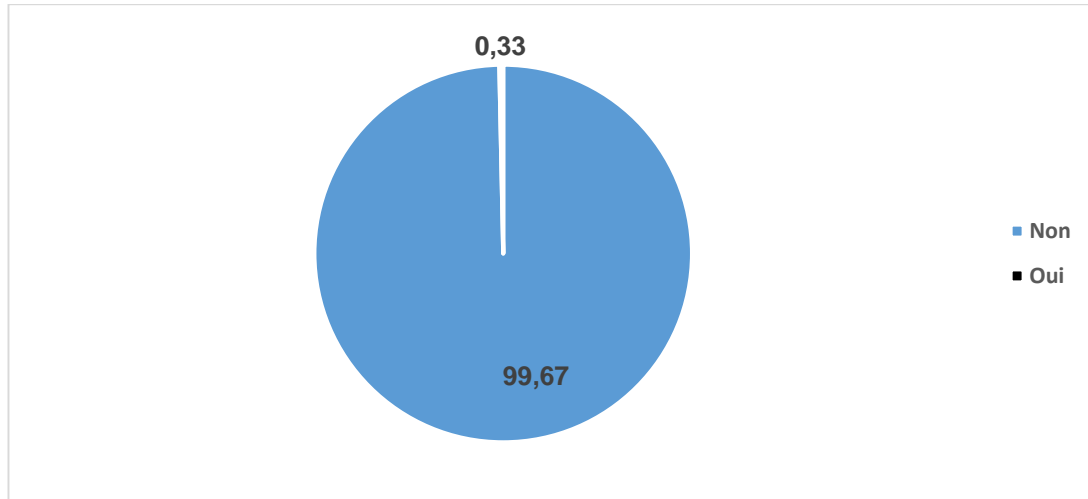


Figure 13 : Répartition des gestantes sur l'information reçue relative aux nouvelles dispositions CPN.

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN conseillé

| Nombre de CPN qui vous a été conseillé | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------|---------------|
| 3 | 5 | 1,67 |
| 4 | 33 | 11,00 |
| 5 et plus | 37 | 12,33 |
| Aucun | 225 | 75,00 |
| Total | 300 | 100,00 |

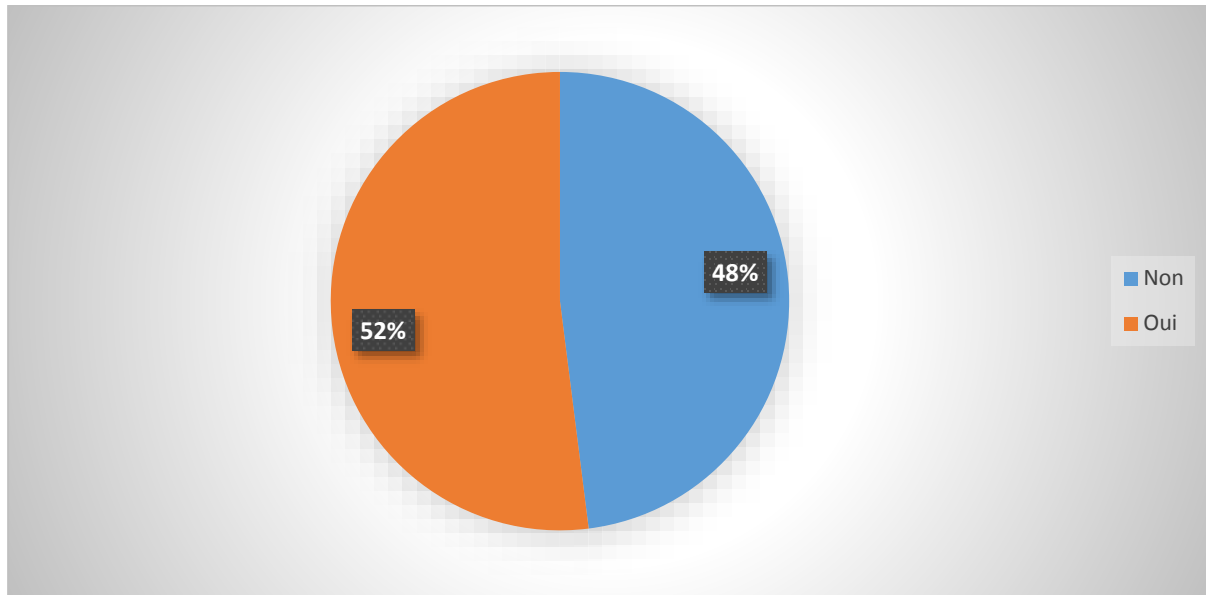


Figure 14 : Répartition des gestantes selon le conseil reçu pour dormir sous Moustiquaire imprégnée (M.I).

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon l'information reçu sur la prophylaxie anti-palustre avec SP.

| Vous a-t-on parlé de la prophylaxie anti-palustre avec la S.P | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Non | 161 | 53,67 |
| Oui | 139 | 46,33 |
| Total | 300 | 100,00 |

Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon l'information reçu sur la prévention de l'anémie

| Information reçue sur la prévention de l'anémie | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------|---------------|
| Non | 134 | 44,67 |
| Oui | 166 | 55,33 |
| Total | 300 | 100,00 |

Tableau XIX: Répartition des gestantes selon l'information reçuz sur les signes de danger

| Information reçue sur les signes de danger | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------|---------------|
| Non | 221 | 73,67 |
| Oui | 79 | 26,33 |
| Total | 300 | 100,00 |

Tableau XXI: Relation entre l'âge des gestante et la définition qu'elles donnent à la CPN

| Tranche d'âge | Définition de la CPN | | | Total |
|---------------|----------------------|-----------|------------|------------|
| | Suivi | Aucune | Prévention | |
| ≤ 19 | 22 | 44 | 8 | 87 |
| 20 – 29 | 70 | 32 | 21 | 152 |
| 30-36 | 30 | 6 | 6 | 52 |
| ≥ 37 | 4 | 0 | 4 | 9 |
| Total | 126 | 82 | 39 | 300 |

Chi-square = 44,840 **P = 0,0000**

6. COMMENTAIRES – DISCUSSION :

1.3. Limites de l'étude :

Au cours de l'étude, nous avons été confrontés à des difficultés à savoir :

- L'exploitation difficile des informations ;
- Des problèmes de disponibilités des participantes ;
- La traduction du questionnaire en langues locales

1.4. Caractères socio-démographiques :

La moyenne d'âge était de **23,78 ans** avec des extrême de 15 à 40 ans.

Nos résultats sont comparable à ceux obtenus par **Cissouma S B** [47] et de **Koné S A** [48] qui ont rapporté une moyenne d'âge de 23 ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à cet âge les femmes sont en générale sexuellement active et c'est l'âge propice pour la procréation.

Les femmes mariées ont représenté **96,63%**, ce résultat est comparable à celui obtenu par **Cissouma S B** [47] et **Koné S A** [48] soit respectivement **94% et 95.3%** de gestante mariées. Le soutien moral et même financier du conjoint pour le suivi de la gestante serait à l'origine de leur participation active à la consultation prénatale.

La majorité des gestantes soit **96,30 %** résidait en zone urbaine, ce résultat est comparable à celui de **Coulibaly D** [49] pour qui la plupart des gestantes était en zone urbaine. Mais différent de celui rapporté par **Koné S A** [48] qui avait trouvé que **79,4%** des gestantes résidaient en zone rurale. Ce résultat était attendu vue la localité de l'étude à savoir CCom-U de Sanoubougou 2 pour **Koné A S**.

Les ménagères ont représenté **54,18%** des cas suivi des vendeuse avec 29,97%. Ce résultat est comparable à celui de **Coulibaly D** [49] qui trouve **55,5%** de ménagères et inférieur à celui de **Maïga A** [50], soit **83,5%**, mais différent de celui de **L'EDS VI** où **61%** des femmes étaient des salariés.

Dans notre étude les non scolarisés représentaient **42,6%** des gestantes suivi du niveau primaire avec **27%**. **Koné A S** [48] a rapporté un résultat similaire avec **41,6%** de non scolarisées. **Maïga. A** [50] a trouvé un résultat similaire mais

supérieur avec **55,5%** de non scolarisées. Ceci trouve son explication dans le fait que selon une étude menée en 2017 par l'institut national de statistique du Mali qui montre que le taux de non scolarisation de la population générale au Mali était estimé **70,5%**.

Dans notre étude les paucipares étaient majoritaires avec **44%**. Ces résultats sont supérieurs à ceux obtenus par **Coulibaly D** [49] qui avait trouvé que les paucipares étaient de **27%** . Mais inférieur à ceux de **Gbessemehlan A** [51] qui était de **48,4%**. Cette prédominance des paucipares peut s'expliquer par la moyenne d'âge des gestantes et l'âge médian du mariage comme rapporter par **UNHC** " Où 'âge médian du mariage au Mali varie en fonction du lieu de résidence et des autres caractéristiques sociodémographiques. En milieu rural, l'âge médian du premier mariage est de 16, 2 ans, alors qu'à Bamako, il est de 18, 4 ans " [52].

1.5. Connaissance

La consultation prénatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse [11]. Les gestantes définissaient la CPN comme le suivi de la grossesse et comme prévention des maladies au cours de la grossesse dans respectivement 42% et 13% des cas. Ce résultat reflète leurs compréhensions générales sur la question. **Bakouan E** [53] a rapporté un taux supérieur soit 64% des cas où les gestante ont citée comme définition de la CPN : le dépistage et la prise en charge des maladies pendant la grossesse . Par contre 27,33% des gestantes de notre étude n'ont données aucune réponse.

La grande majorité des gestantes quelque soit leur niveau d'instruction percevait la CPN comme étant le suivi de la grossesse.

Toutes les femmes âgées d'au moins 36 ans ont affirmé avoir connaissance de l'importance des visites prénatales suivi de 88% d'âges compris entre 30-35 ans. Les femmes de moins de 20 ans ont répondu négativement dans 49% des cas.

La majorité des gestantes ayant un âge inférieur ou égal à 19 ans (soit 51,16%) n'avait pu donner de définition à la CPN ; tandis que la majorité des autres tranches d'âge l'avait définie comme le suivi de la femme enceinte. L'ignorance sur la définition de la CPN décroît progressivement avec la montée en âge soit 51,16% pour les moins de 20 ans, 21,05% pour le 20 à 29 ans ensuite 11,54% pour l'âge compris entre 30 et 35 ans pour ensuite devenir nul chez celles âgées 36 ans ou plus. Ceci peut s'expliquer par l'expérience que les gestantes sont susceptibles d'acquérir au cours de grossesses successives.

Pratiquement la quasi-totalité de nos gestantes enquêtées ont affirmés ne pas être au courant des nouvelles dispositions soit 99,67%, c'est pourquoi 65,67 % d'entre elles n'avait aucune idée sur le nombre minimum de CPN. Ceci trouve son explication dans le fait que bon nombre d'agents de santé non pas encore intégré les nouvelles dispositions prises pour la réalisation des CPN.

Les intervalles inférieurs à 24 mois font courir à l'enfant et à la mère des risques accrus de morbidité et de mortalité [54]. Au Mali, selon **EDSM-VI** [5], l'intervalle intergénésiq ue médian est de 32,1 mois. Dans notre étude, la majorité des gestantes enquêtées soit **62,21 %**, pensaient que l'intervalle inter génésiq ue doit durer entre **2** à 3 ans. Les naissances chez les jeunes femmes se produisent après des intervalles plus courts que les naissances chez les femmes les plus âgées [5].

L'OMS préconise qu'une première consultation ait lieu au cours des 12 premières semaines de grossesse [55]. Dans notre étude, les gestantes pensaient dans 45,33 % des cas que la première CPN doit se dérouler à partir du 3ème mois de la grossesse. Selon l'**EDSM-VI** [5] seul 36% des femmes ont fait leur première visite au cour du premier trimestre de grossesse. Ce résultat s'explique par le taux élevé de non scolarisation des gestantes dans notre étude soit 42,6%. Mais aussi des croyances et traditions que la grossesse doit être cachée.

1.6. Attitudes :

Lors de la 1^{ère} CPN, l'âge gestationnel était compris entre **15 et 28 SA** (2^{-ème} trimestre) dans **50,33 %** des cas au moment de l'enquête. Cette observation est rapportée par l'**EDSM-VI** : << dans l'ensemble pour les femmes ayant reçu des soins prénatals, le nombre médian de mois de grossesse à la première visite prénatale est de 4,2 mois. Ce nombre médian varie de 3,7 mois en milieu urbain à 4,4 mois en milieu rural >>.

Cette observation diffère de celle de **Cissouma S.B** [47] et **Coulibaly D** [49] qui ont rapporté dans leurs études que les gestantes lors de leur 1^{ère} consultation prénatale étaient au troisième trimestre dans respectivement **73,5%** et **43,8 %** des cas. Cette différence peut s'expliquer par l'idée que pour la multipare la CPN n'est nécessaire qu'à l'approche de l'accouchement. Mais aussi par les difficultés de sensibilisation dans certaines zones rurales.

Ce taux reflète de possibles problèmes sous-jacents comme, le refus ou ignorance pour certains hommes de conseiller leurs femmes à faire la CPN, une femme avec une grossesse inattendue, une grossesse cachée et une ignorance des risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

Les grossesses précédant l'enquête étaient suivies (au moins une CPN) dans **93,64 %** des cas chez nos gestantes. Cette tendance est observée par l'**EDSM-VI** [5], où **80%** des femmes ont effectuées au moins une visite prénatale auprès d'un prestataire (médecin, sage-femme, infirmière) au cours des grossesses précédentes. Ce résultat est supérieur à celui de **Coulibaly D** [49] qui avait obtenu **75,5%**. Cette différence pourrait s'expliquer par la subvention des frais de soins par une ONG au sein du centre, ce qui encourage la population.

Parmi les gestantes **60%** n'avaient réalisé aucun examens complémentaires donnés. C'est une étude qui a été mener dans une zone où la majeure partie de la population est non instruite ou n'ont pas les moyens pour le faire, par conséquent ils n'accordent pas assez d'intérêts aux examens complémentaires. **Coulibaly D** [49],

Gbessemehlan A [51] et **Koné S A [48]** qui ont trouvés respectivement que **82,4%**, **70,85%** et **78,4%** des gestantes ont réalisées les examens paracliniques. Ceux-ci pourraient s'expliquer par l'importance de la sensibilisation des femmes sur la faisabilité des bilans prénataux par les personnels sanitaires. Et la non réalisation de ces bilans prénataux pour d'autres femmes était due à la méconnaissance de leurs importances et le manque de moyen financier.

5.5 Conseils reçus

Plus de la moitié des gestantes avaient reçues comme conseil de dormir sous moustiquaire imprégnée soit **52%**. Ce taux est inférieur à celui rapporté par **Coulibaly D [49]** qui a trouvé **91%**.

Selon l'EDSM-VI [5], **9/10** femmes possèdent au moins un moustiquaire imprégné d'insecticide. Ceci s'explique par l'effort du gouvernement dans lutte contre le paludisme par la campagne de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (**MILD**) et le programme national de Lutte contre le Paludisme (**PNLP**) [56].

Les gestantes qui ont été informée de la prophylaxie anti palustre avec la **SP** ont représentées 46,49%. Par contre, 53,67% ont affirmé n'avoir pas reçues d'informations sur la prophylaxie antipalustre. Cependant l'EDSM-VI [5] a rapporté que **55 %** des enquêtées ont déclaré avoir reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar, et que seulement 28 % ont déclaré avoir reçu trois doses pendant leur dernière grossesse. Cette discordance peut s'expliquer par un oubli ou un manque de compréhension lors des CPN.

Plus de la moitié des gestantes, **55,18%** avaient été informé sur prophylaxie antianémique avec le fer, selon l'étude de **Coulibaly D [49]**, **64,1%** des gestantes ont affirmé que le fer acide folique protège la femme et le nouveau-né contre l'anémie. L'étude mené au Benin [20] a montré que pour éviter l'anémie pendant la grossesse **29,9%** des femmes affirment avoir pris du fer jusqu'à l'accouchement.

L'EDS V [5] a trouvé que 68% des femmes ont pris du fer.

Ceci s'explique par la sensibilisation et l'information donnée aux femmes et à ses moyens financiers.

Les gestantes qui n'étaient pas informé des signes de danger ont représenté **73,67%**, ce résultat est contraire à celui de **Coulibaly D [46]** qui trouve que plus la majorité des gestantes soit **75,3%** ont été informé au moins sur un signe de danger. Les gestantes n'étaient pas informées sur la préparation à l'accouchement dans **57,67%** des cas. Par contre **Coulibaly D [49]** a trouvé que plus de la moitié 69% des gestantes ont pu citer au moins un aspect du plan d'accouchement.

L'aspect le plus connu était la trousse pour la mère et le nouveau-né avec **97,2%**. **Sagara J [57]** a trouvé **30,3%** des gestantes qui ont connu le plan d'accouchement, l'aspect le plus connu était de même la trousse pour la mère et le nouveau-né avec **74%**.

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

Conclusion

Au terme de notre étude, les résultats ont révélé que les gestantes possèdent certes des connaissances sur la consultation prénatale mais elles sont insuffisantes.

Plus la femme est âgée mieux elle peut définir la CPN.

La première CPN a eu lieu au 2^{ème} trimestre dans 50,33% des cas.

Parmi les gestantes 65,67% des enquêtés n'avait aucune idées sur le nombre minimum de CPN.

Les conseils sur l'utilisation du moustiquaire ainsi que la prophylaxie antianémique ont été reçus par la majorité des gestantes.

Cependant beaucoup d'efforts reste à fournir quant à la sensibilisation sur les signes de dangers et la préparation à l'accouchement.

Recommandation:

Au terme de notre étude nous avons formulé les recommandations suivantes.

1. Les responsables du centre de santé

- Faire la CPN selon les normes et directives nationales ;
- Faire une mise à jour du personnel
- Sensibiliser les femmes sur les CPN recentrées lors des causeries débat selon les thèmes;
- Prévoir un suivi régulier du personnel formé

2. Aux agents de santé :

- Mieux informer les gestantes ;
- Respecter procédures et directives nationales.
- Inciter les hommes à plus d'implication dans la CPN.
- Inciter les femmes à suivre régulièrement les CPN.

3. Aux gestantes

- Suivre régulièrement les CPN,
- Respecter les rendez-vous donnés par le personnel de santé
- Faire plus tôt la première CPN quel que soit la parité ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé et les agents communautaires ; malgré les tabous liés à la grossesse.

4. Aux autorités sanitaires :

- Harmoniser les messages d'éducation pour les CPN
- Faire une mise à jour du personnel.

8. REFERENCES

1. Haute Autorité de Santé HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [En ligne]. Saint-Denis La Plaine; 2005 [cité le 26 mai 2021] p. 56. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
2. Organisation mondiale de la santé OMS. Recommandations de l’OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [En ligne]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 [cité le 26 mai 2021]. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259584>
3. Wafa Q. Les déterminants de l’utilisation des services de santé maternelle dans la commune de Zerkten. Thèse de med Maroc. CADI AYYAD; 2016. N°166, 111p.
4. Govt. DR Congo, United Nations Development Programme (UNDP). Rapport National OMD 2012 : Évaluation des progrès accomplis par la RDC dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2012 [En ligne]. RD Congo; 2014 [cité le 26 mai 2021] p. 112. Disponible: http://www.cd.undp.org/content/rdc/fr/home/library/mdg/rapport_OMD_2014_1.html
5. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF). Enquête Démographique et de Santé (EDSM VI) [En ligne]. Mali; 2018 [cité le 29 avril 2021]. Disponible: <http://www.sante.gov.ml/index.php/2014-11-10-17-29-36/documents-standards/item/3399-edsm-vi>
6. Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF). Annuaire statistiques du Système d’Information Hospitalier SIH [En ligne]. Mali; 2018 [cité le 29 avril 2021]. Disponible: <http://www.sante.gov.ml/index.php/evenements/conferences/itemlist/category/88-annuaire-statistiques>
7. Paris F : Population et développement durable en Afrique subsaharienne. Population Avenir 1 (2011): 4-8.
8. Ministère de la santé et de l’hygiène publique du Mali : Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2016-2020. 2015, 54p.

9. Bennani D. Suivi de grossesse. Newdev Maroc [En ligne]. 2007; Disponible: <http://drilhambennani.com>.
10. Haute Autorité de Santé (HAS). [En ligne]. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [cité le 29 avril 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
11. Haute Autorité de Santé (HAS). [En ligne]. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [cité le 29 avril 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
12. Daukantaite-TeXier J. Intérêt de la consultation préconceptionnelle au cabinet de médecine Générale. Thèse de médecine. France. Université de Nice-Sophia Antipolis. 2008; N°M031; 133p.
13. Housni YE, Boussalwa E, Prénatale KALS, Souissi. Au Maroc cas des femmes ayant accouché à la Maternité. Rabat European Scientific Journal February. edition vol.12, No.6 ISSN. 2016;
14. Alexander S. Guide de consultation prénatale. Belgique: De Boeck Supérieur; 2009.
15. Brandin S. Consultation prénatale du premier trimestre : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal. Gynécologie et obstétrique [En ligne]. 2011 [cité le 22 mai 2021];86. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617821>
16. Flori M, Le Goaziou M. Suivez-vous les grossesses? Revue du praticien médecine générale. JB BAILLIERE ET FILS; 2006;20(740/741):878.
17. Grangé G, Guibert J. Tabagisme et grossesse «Fumer donne beaucoup moins de chances d’avoir un enfant en bonne santé». Rev prat (Paris). Neuilly sur Seine: Huveaux; 2012;62(3):344- 6.
18. Lindbohm Ml TH Sallmén M. Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health. Scan J Work Environ Health. 2002;28:84- 96.
19. Fried C, O’Connell C. A comparison of the effects of prenatal exposure to tobacco, alcohol, cannabis and caffeine on birth size and subsequent growth. Neurotoxicol Teratol. 1987(9):79- 85.
20. Woerther C. Listériose et grossesse. Vol. 43 :6 Onmeda; 2014.

21. Nizard J. Toxoplasmose et grossesse. *J gynécol obstét biol reprod.* Paris: Masson; 2008;37:4- 9. DOI: 10.1016/S0368-2315(08)70497-6
22. Gras L, Gilbert RE, Wallon M, Peyron F, Cortina-Borja M. Duration of the IgM response in women acquiring *Toxoplasma gondii* during pregnancy: implications for clinical practice and cross-sectional incidence studies. *Epidemiol Infect.* 2004;132(3):541 - 8. DOI: 10.1017/S0950268803001948
23. Abbara A. [En ligne]. L'échographie obstétricale [cité le 26 mai 2021]. Disponible: https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/echographie_obstetricale.html
24. Gilbert R, Dunn D, Wallon M, Hayde M, Prusa A, Lebech M, et al. Ecological comparison of the risks of mother-to-child transmission and clinical manifestations of congenital toxoplasmosis according to prenatal treatment protocol. *Epidemiology and Infection.* Cambridge University Press; 2001;127(1):113- 20. DOI: 10.1017/S095026880100560X
25. Hohlfeld P, Daffos F, Thulliez P, Aufrant C, Couvreur J, MacAleese J, et al. Fetal toxoplasmosis: Outcome of pregnancy and infant follow-up after in utero treatment. *The Journal of Pediatrics.* 1989;115(5):765 - 9. DOI: 10.1016/S0022-3476(89)80660-2
26. Swisher C, Boyer K, McLeod R. Congenital toxoplasmosis. The Toxoplasmosis Study Group. *Seminars in pediatric neurology* [En ligne]. 1994 [cité le 26 mai 2021];1(1):4- 25. Disponible: <http://europepmc.org/abstract/MED/9422215>
27. Freeman K. Association between congenital toxoplasmosis and preterm birth, low birthweight and small for gestational age birth. *Bjog.* 2005;(112):31 - 7.
28. Gust DA, Levine WC, Louis MES, Braxton J, Berman SM. Mortality Associated With Congenital Syphilis in the United States, 1992–1998. *Pediatrics.* American Academy of Pediatrics; 2002;109(5):79. DOI: 10.1542/peds.109.5.e79
29. Walker J, Walker D, Franco D, Grillo-Ardila. Congenital syphilis: a continuing but neglected problem. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2007;12:3,198-206.
30. Daukantaite-TeXier J. Intérêt de la consultation préconceptionnelle au cabinet de médecine générale: enquête de pratique. PhD Thesis France. Université de Nice. 2008. N°NiceM031. 133p.
31. Picone O, Grangeot-Keros L. Rubéole et grossesse. *EMC - Gynécologie-Obstétrique.* 2005;2(4):343 - 53. DOI: 10.1016/j.emcgo.2005.09.002

32. Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6e éd. Paris: Elsevier Masson; 2001. (Précis de médecine; vol. 1).
33. Robinson JL. Le dépistage du VIH pendant la grossesse. *Paediatr Child Health* [En ligne]. 2008 [cité le 26 mai 2021];13(3):227- 30. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2529413/>
34. Wen W, Chang M, Zhao L, Ni Y, HY H. Mother-to-infant transmission of hepatitis B virus infection: Significance of maternal viral load and strategies for intervention. *J Hepatol.* 2013;(59):24- 30.
35. Sogni P. Hépatites virales et grossesse. *Hépatogastro & Oncologie Digestive.* 2013;20(8):595- 600. DOI: 10.1684/hpg.2013.0923
36. Thompson D, Capes S, Feig D, Kader T, Keely E, Kozak S. Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* [En ligne]. 2008 [cité le 26 mai 2021];32 (suppl 1):S1- 201. Disponible: <http://www.diabetes.ca>.
37. Mandelbrot L, Ceccaldi PF. Surveillance de la grossesse normale. [En ligne]. Elsevier–Masson. Paris; 2006 [cité le 26 mai 2021]. (EMC - Obstétrique; vol. 29). Disponible: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0246033506414502>
38. Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. 6 ème édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
39. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S-M, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med.* BMJ Publishing Group Ltd and British Association of Sport and Exercise Medicine; 2018;52(21):1339- 46. DOI: 10.1136/bjsports-2018-100056
40. Maître C, Jacquet v. Activité physique et maternité. Les cahiers du Pôle [En ligne]. HAL CCSD ; CREPS PACA; 2010 [cité le 26 mai 2021];68. Disponible: <https://hal-insep.archives-ouvertes.fr/hal-02065556>
41. Vuillemin A. Le point sur les recommandations de santé publique en matière d'activité physique. *Science & Sports.* 2011;26(4):183- 90. DOI: 10.1016/j.scispo.2011.06.007
42. [En ligne]. Haute Autorité de Santé. Rapport : Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé [cité le 29 avril 2021]. Disponible:

https://www.has-sante.fr/jcms/c_613048/fr/rapport-definir-ensemble-les-nouveaux-horizons-de-la-qualite-en-sante

43. DAGNOGO GB. Les grossesses en milieu scolaire au prisme de la communication pour le changement de comportement: l'exemple du lycée moderne de Tengrela en Côte d'Ivoire." Sciences Humaines 1.3 (2016). 154p.
44. Organisation mondiale de la Santé (OMS). [En ligne]. Mortalité maternelle en 2005 [cité le 29 avril 2021]. Disponible: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596213/fr/
45. Organisation mondiale de la Santé (OMS). [En ligne]. Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant [cité le 29 avril 2021]. Disponible: <https://www.who.int/whr/2005/fr/>
46. Unicef. La situation des enfants dans le monde 2000 : une vue du 21e siècle. UNICEF; 1999.
47. Cissouma S. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au Csref de Mopti. Dans: Bamako: thèse de médecine; 2008. p. 85.
48. Koné SA. Connaissances, attitudes et opinions des femmes enceintes par rapport à la consultation prénatale au centre de santé communautaire-universitaire de Sanoubougou II (CSCCom-U). USTTB; 2021 [cité le 4 mai 2021]; Disponible: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4367>
49. Coulibaly D. Connaissances, attitudes et pratiques des gestantes face aux consultations prénatales au Csref de la commune VI de Bamako Th.
50. Maïga A. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de référence de la commune I du district de Bamako : thèse de médecine 2008 N°216 Page. Vol. 36 .
51. Gbessemehlan A. Evaluation des connaissances et attitudes des femmes vis -à - vis des soins prénatals dans la commune II du district de Bamako : cas du quartier de Médina-coura : thèse de médecine. 2011.
52. United Nations High Commissioner (UNHC). [En ligne]. Refworld | Mali : information sur la fréquence du mariage forcé et ses conséquences en cas de refus [cité le 4 mai 2021]. Disponible: <https://www.refworld.org/docid/469cda37c.html>

53. Bakouan E. : déterminante de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo, thèse de médecine Burkina-Faso. 2011.
54. Organisation mondiale de la santé OMS. Espacement des naissances et choix en matière de méthodes de planification familiale du post-partum - Outil de counseling [En ligne]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cité le 27 mai 2021]. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328163/WHO-RHR-18.38-fre.pdf>
55. Organisation mondiale de la Santé (OMS). [En ligne]. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment [cité le 1 mai 2021]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
56. PNLP: Objectif, zéro paludisme au Mali à l'horizon 2030 ! | JSTM. [En ligne]. 2019 [cité le 4 mai 2021].
57. Sagara JA. Consultations 1 prénatales recentrées : connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Dio-gare. Thèse Med Bamako. USTTB. 2010; N°10M594; 98p.

9. ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Données sociodémographiques

A- Femme enquêtée

Nom : Prénom : Age : Résidence :

B-Profession :

Ménagère Salariée Vendeuse Artisane sans emploi Autres à préciser....

C-Statut matrimonial

Célibataire Mariée polygame Mariée Monogame Veuve Divorcée

D-Niveau d'instruction de la femme enquêtée ?

Instruite non instruite

-Si instruite, niveau d'instruction :

Primaire secondaire études supérieures études coraniques

E-Milieu de vie de la femme enquêtée ?

Rural périurbain urbain

F-Niveau socio-économique ?

Favorable moyen défavorable

Antécédents obstétricaux

G-Gestité : 1 Entre 2 à 5 5 et plus

H-Parité : 1 Entre 2 à 5 5 et plus

I-Nombre d'enfants vivants : 1 Entre 2 à 5 5 et plus

J-Toutes vos grossesses précédentes ont-été suivies ?

Oui non

Sinon préciser les raisons

L-Quelle est l'âge de la grossesse actuelle ?

Entre 0 à 3 mois 3 à 6 mois Entre 6 à 9 mois

Connaissances et attitudes

S-Comment définissez-vous la CPN

M-Connaissez-vous l'importance des visites prénatales ?

Oui Non

N-Connaissez-vous le nombre minimum de CPN requis ?

Oui Non

Si oui, combien ?

Au moins 4 Plus de 4

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

Moins de 3 mois A 3 mois Entre 4 et 6 mois plus de 6 mois

P-Etes-vous au courant des nouvelles dispositions concernant les consultations prénatales ?

Oui non

Si oui lesquelles

.....

Q-Quel est le nombre de CPN qui vous a été conseillé ?

1 2 3 4 5 et plus Rien

R-Que pensez-vous de ce nombre ?

Bon excessif insuffisant

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

Moins de 2 ans Entre 2 et 3 ans Plus de 3 ans

T-Avez-vous effectué d'autres consultations prénatales ?

Oui Non

Si oui, combien de visites CPN ?

Une visite Entre 2 et 3 4 et Plus

Sinon pourquoi ?

U-Pratiquez-vous une méthode de contraception ?

Oui Non

V-Etes-vous vacciné au cours de la grossesse ?

Oui non

W- Avez-vous fait les examens para cliniques ?

Oui Non

SI OUI, lesquelles ?.....

SI NON, pourquoi ?.....

X- Vous a-t-on conseillé de dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide

Oui non

Si oui l'avez-vous respecté ?

Oui non

Si non pourquoi ?.....

Y. Vous a-t-on parlé de la prophylaxie anti-palustre avec la sp

Oui Non

Si oui l'avez-vous respectée ? Ou non

Si non pourquoi ?.....

Z. Vous a-t-on parlé de la prophylaxie antianémique avec le fer acide folique ?

Oui non

Si oui l'avez-vous respecté ? Oui non

Si non pourquoi ?.....

AA. Vous a-t-on parlé des signes de danger ?

Oui non

Si oui lesquels ?

Saignements vaginaux respiration difficile fièvre

Douleurs abdominales graves maux de tête prononcés/vision trouble

Convulsions / perte de connaissance

Rupture prématurée des membranes

Autres à préciser.....

AB. Vous a-t-on parlé de la préparation à l'accouchement ?

Oui

non

Si oui quel aspect ?

Transport

Trousse pour la mère et le nouveau-né

Accompagnante

Lieu d'accouchement

Aspects financiers

Autres à préciser.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Diaouné.

Prénom : Ami.

Date et lieu de naissance : 12/01/1993 à Bamako.

E-mail : diaouneamisacko@gmail.com.

Titre : Evaluation des connaissances, attitude et conseils reçus par les femmes enceintes sur les consultations prénatales dans le centre de santé communautaire de Yirimadio commune VI du District de Bamako ».

Année universitaire : 2019 - 2020

Pays d'origine/ Ville de soutenance : Mali / Bamako.

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

Secteur d'intérêt : Santé publique ; Nutrition ; Division de Maladies Non Transmissibles.

Résumé

L'étude portant sur l'étude des connaissances, attitudes et conseils reçus par les femmes enceintes sur les consultations prénatales au CSCOM de Yirimadio est de type transversales. Elle s'est déroulée de Janvier 2019 à Avril 2019 au CSCOM de Yirimadio et ayant pour population cibles toutes les femmes enceintes venues pour la CPN. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS v25. L'âge moyen des gestantes étaient de 23,78 ans, 96,63% étaient mariées, 43% étaient non instruites. Selon 45,33 % des gestantes la première consultation prénatale doit avoir lieu à partir du troisième mois de la grossesse et seulement 40% avaient réalisées les examens paracliniques, 99,67% de nos gestantes enquêtées ont affirmées ne pas être au courant des nouvelles dispositions, la moitié des gestantes soit 55,18% avaient été informé de la prophylaxie antianémique avec le fer. Parmi, les gestantes enquêtées 57,67% ont affirmées n'être pas informé de la préparation à l'accouchement dans des cas et 73,67 % des cas n'étaient pas informé des signes de danger.

Mots clés : **Connaissances, attitudes, CPN, CSCOM, Yirimadio, Bamako.**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples :

Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE