

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

**République du Mali  
Un Peuple – Un But – Une Foi**



**Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako**

.....

**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

.....

**Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique**

**TITRE**

**EVALUATION DES CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES FEMMES VIS- À -VIS  
DES SOINS PRÉNATALS DANS L'AIRE DE SANTÉ DE KALABAN CORO CENTRAL,  
DISTRICT SANITAIRE DE KALABAN CORO; CERCLE DE KATI; RÉGION DE  
KOULIKORO; MALI ; 2014.**

**Mémoire de Master 2 en Santé Publique (Option Santé Communautaire)**

**2013-2014**

**Présenté par : Docteur CAMARA Moussa**

**Directeur de mémoire : Pr Akory Ag IKNANE**

Octobre 2014

## **Remerciements**

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à mon directeur de mémoire, Pr Akory AG IKNANE, pour sa confiance et ses conseils qui m'ont permis de progresser sans cesse dans l'élaboration de ce document.

Mes remerciements s'adressent aussi :

A tout le personnel du centre de santé de référence de Kalaban Coro pour leur accompagnement.

A tout le personnel du centre de santé communautaire de Kalaban Coro pour leur précieuse aide ainsi que leur sympathie.

A toute la population de Kalaban Coro village pour leur bonne coopération.

A nos encadreurs, à nos aînés de la première promotion et à toute la deuxième cohorte du Master en santé publique du DERSP du Mali pour les faciliter, les professionnalismes dont nous avons pu bénéficier. Aux apprenants, et aux corps enseignants, pour avoir animé ces deux années.

A ma famille, pour le soutien et la patience qu'elle m'a témoignée.

## Sigles et Abréviations

<b>ASACOKA</b>	Association de Santé Communautaire de Kalaban Coro
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CMLN</b>	Comité Militaire de Libération Nationale
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CPN 1</b>	Première Consultation Périnatale
<b>CSCom</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSRéf</b>	Centre de Santé de Référence
<b>DRPS</b>	Direction Régionale de la Population et de la Statistique
<b>EDSM</b>	Enquête Démographique de la Santé au Mali
<b>FNUAP</b>	Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations
<b>IOTA</b>	Institut Ophtalmologique Tropicale de l'Afrique
<b>Km<sup>2</sup></b>	Kilomètre carré
<b>NSP</b>	Ne Sait Pas
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activité
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
<b>SMI</b>	Santé Maternelle et Infantile
<b>UNICEF</b>	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VAT</b>	Vaccin Antitétanique
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Résumé

La présente étude rentre dans le cadre du mémoire de fin d'études pour l'obtention du Master II en Santé publique (option Santé Communautaire). L'étude avait pour objectif d'évaluer le niveau de connaissances et les attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans l'aire de santé de Kalaban Coro central en 2014.

Il s'agissait d'une étude transversale prospective de type descriptif qui s'est déroulée du 30 Juin au 10 Août 2014. Etaient incluses dans l'étude toutes les femmes ayant eu au moins une grossesse durant les cinq dernières années précédant l'enquête, résidant à Kalaban Coro village. L'étude a porté sur 528 femmes.

Les résultats nous montrent que : près de 68,9% des femmes enquêtées sont dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans; plus de la moitié des femmes enquêtées soit 55,9% étaient ménagères; environ 34,7% des femmes enquêtées étaient analphabètes; près de 97,3% des femmes enquêtées ont effectué des consultations prénatales; moins de la moitié des femmes enquêtées soit 49,4% ont fait au moins quatre visites prénatales; près de 90,5% des femmes enquêtées connaissaient l'importance des consultations prénatales; environ 53,7% des femmes enquêtées ont effectué la première CPN entre un et trois mois de grossesse; près de 42,6% des femmes enquêtées ont dit que la CPN1 devait se faire à moins de trois mois de la grossesse; environ 50,2% des femmes enquêtées pensaient que le nombre de CPN requis était au moins quatre; près de 81% des femmes enquêtées ont jugé la qualité de l'accueil bonne; le service offert aux femmes enquêtées était satisfaisant pour 80,3% d'entre elles.

Au terme de notre étude, nous avons constaté que les femmes avaient peu de connaissances sur le suivi prénatal et estiment être insuffisamment informées par les prestataires de soins.

**Mots clés :** Evaluation, connaissances, attitudes, femmes, soins prénatals, Kalaban Coro.

## Summary

The present survey goes in in the setting of the memory of study end for the obtaining of the Master II in public Health (option Communal Health). The survey had for objective to value the level of knowledge and attitudes of women screws - to - Screw of cares prenatal in the area of health of Kalaban Coro Central in 2014.

It was about a prospective transverse survey of descriptive type that took place of June 30 to August 10, 2014. Were included in the survey all woman having had at least a pregnancy during the last five years preceding the investigation, resident to Kalaban Coro village. The survey was about 528 women.

Results show us that: close to 68,9% of women investigated are in the age group of 20 at 34 years; more of the woman half investigated very well 55,9% were domestic; about 34,7% of women investigated were illiterate; close to 97,3% of women investigated did some prenatal consultations; less the half of women investigated very well 49,4% made at least four prenatal visits; close to 90,5% of women investigated knew the prenatal consultation importance; about 53,7% of women investigated did the first CPN enters one and three months of pregnancy; close to 42,6% of women investigated said that the CPN1 had to make himself to less than three months of pregnancy; about 50,2% of women investigated thought that the number of CPN required was at least four; close to 81% of women investigated judged the quality of the welcome housemaid; the service offered women investigated was satisfactory for 80,3% among them.

To the term of our survey, we noted that women had little knowledge on the prenatal follow-up and estimate to be informed leaves insufficiently beneficiaries of cares.

**Key words:** Assessment, knowledge, attitudes, women, cares prenatal, Kalaban Coro.

## Sommaire

<b>1- Introduction</b> .....	1
<b>2- Objectifs</b> .....	5
<b>2-1- Objectif général</b> .....	5
<b>2-2- Objectifs spécifiques</b> .....	5
<b>3- Méthodologie</b> .....	5
<b>3-1- Cadre d'étude</b> .....	5
<b>3-2- Type d'étude</b> .....	13
<b>3-3- Période d'étude</b> .....	13
<b>3-4- Population d'étude</b> .....	13
<b>3-4-1- critères d'inclusion</b> .....	14
<b>3-4-2- critères de non inclusion</b> .....	14
<b>3-5- Echantillonnage</b> .....	14
<b>3-6- Méthode et Outils de collecte des données</b> .....	15
<b>3-7- Variables étudiées</b> .....	15
<b>3-8- Plan d'analyse des données</b> .....	15
<b>3-9- Considérations éthiques</b> .....	16
<b>4- Résultats de l'évaluation</b> .....	16
<b>5- Commentaires et Discussion</b> .....	29
<b>6- Conclusion</b> .....	33
<b>7- Recommandations</b> .....	33
<b>Références</b> .....	34
<b>Annexe</b>	

## **1. Introduction**

Dans les sociétés africaines, la naissance constitue l'un des facteurs qui conditionnent le statut social d'une femme. La venue d'un enfant est toujours source de multiples réjouissances. Attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi, sont les vœux de toute femme [16].

La grossesse, si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas toujours la cause d'allégresse qu'elle devrait être. En effet, elle peut être, une grande souffrance à l'issue souvent fatale [16].

A l'aube du nouveau millénaire, dans un monde qui connaît une croissance économique traversée par des crises de valeurs éthiques et des progrès technologiques sans précédent, il y a toujours un nombre important de femmes qui meurent au cours de la grossesse et de l'accouchement [16].

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

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

Au Mali, les femmes en âge de procréer (15- 49 ans) représentent 22% de la population. Dans ce groupe, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100 000 [5].

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

### **1.1. Enoncé du problème**

La majorité des études menées jusqu'ici concernant les soins prénatals dans le district de Bamako n'ont concerné que l'évaluation de la qualité de la consultation prénatale.

Les résultats de l'EDSM V (2012-2013) révèlent que la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale auprès du personnel qualifié est passée de 70% à 74%. Malgré l'amélioration des soins prénatals ces dernières années la mortalité maternelle reste élevée au Mali [5]. En effet parmi les 74% des femmes qui effectuent au moins une visite prénatale, nombre d'entre elles n'y reviennent plus assurer la continuité des soins prénatals. C'est ce que Béninguisse et Nikiéman appellent déperdition des soins prénatals [6]. Les études concernant le dynamisme d'utilisation des soins prénatals ont été laissées pour compte. La majorité des femmes qui suivent les soins prénatals ne les font pas en général de manière régulière [7] pourtant, l'un des intérêts de la consultation prénatale (CPN) est d'aider à la préparation d'un accouchement sous assistance médicale (avec éventuellement des soins obstétricaux d'urgence) dont l'efficacité pour la lutte contre la mortalité maternelle a été empiriquement démontrée. [8]

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

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

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

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

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

## 1.2. Justification de l'étude

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

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

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

Dans ce contexte l'OMS a intensifié ses efforts pour améliorer les soins de santé maternelle, en particulier pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour les populations, l'OMS a lancé un programme mondial d'activités qui prévoit le recueil, l'analyse et la diffusion d'information sur la mortalité maternelle et néonatale et sur l'amélioration et l'extension de la couverture des soins de santé maternelles [12].

D'après le rapport sur la santé dans le monde élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2003, chaque année plus de 30 millions de femmes enceintes et en accouchement sont victimes de souffrance, de problèmes de santé ou de décès [13].

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

La recherche peut avoir plusieurs visées, elle est dite fondamentale lorsqu'elle fournit des données de base scientifiques. Elle est dite étiologique lorsqu'elle permet de rattacher l'événement à une cause. On connaît les causes de mortalité maternelle, cela ne constitue plus des sujets de recherche. La recherche appliquée, opérationnelle ou recherche action est celle qui met en œuvre une intervention, que nous parlerons dans notre étude [14].

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

- Etendre la couverture sanitaire ;
- Instituer un système de soins de santé fiable et performant ;
- Réduire la morbidité et la mortalité de la population ;
- Développer les services de planning familial [15].

La stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs met l'accent sur l'extension par le développement rationnel et judicieux des centres de santé. Au niveau de ces centres de santé sera assurée une offre intégrée des activités socio-sanitaires (Paquet Minimum d'Activité). Le PMA comporte des soins de qualité avec des activités curatives, préventives, promotionnelles couvrant les besoins fondamentaux des populations. Les CPN constituent l'un des volets essentiels de ce paquet minimum d'activités. Elles occupent une place de choix dans les besoins prioritaires de santé de la mère et de l'enfant. La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé a été satisfaisante dans l'ensemble.

Malgré l'intérêt accordé à la santé de la reproduction et les multiples travaux réalisés sur les CPN, le niveau réel de l'utilisation des services de santé maternelle dans nos centres n'est pas connu avec précision. L'irrégularité des soins prénatals constitue une menace pour la santé de la mère et de l'enfant. Elle nécessite une attention particulière. Ses fondements sont mal connus et peu documentés d'où la présente étude qui consiste à évaluer les connaissances et les attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans l'aire de santé de Kalaban Coro Central en 2014.

➤ **Questions d'évaluation**

Est-ce que la fréquentation des services de soins prénatals est liée à la qualité des soins?

➤ **Hypothèses**

La fréquentation des services de soins prénatals est liée à la qualité des soins.

## **2. Objectifs**

### **2.1. Objectif général**

Evaluer le niveau de connaissances et les attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans l'aire de santé de Kalaban Coro Central en 2014.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des femmes de Kalaban Coro village.
- Déterminer le niveau de connaissances des femmes de Kalaban Coro village sur l'utilisation des soins prénatals.
- Décrire la perception des femmes de Kalaban Coro village par rapport à l'accessibilité des soins prénatals au niveau géographique, économique, organisationnel et socioculturel.
- Déterminer le niveau de satisfaction des femmes de Kalaban Coro village sur la qualité des soins prénatals reçus.

## **3. Méthodologie**

### **3.1. Cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée à Kalaban Coro village dans l'aire de santé de Kalaban Coro Central, district sanitaire de Kalaban Coro, cercle de Kati, région de Koulikoro.

#### **3.1.1. Présentation du district sanitaire de Kalaban Coro**

Le district sanitaire de Kalaban Coro est constitué en grande partie de villages regroupés en son temps autour de l'ancien canton du Bolé. C'est pourquoi il existe entre eux des liens sociologiques très solides. Le district sanitaire, du fait de sa proximité au district de Bamako et la viabilisation de certaines localités, enregistre chaque année un accroissement considérable de la population. Il connaît une forte affluence d'une «population flottante». Force est de reconnaître qu'avec la politique de l'Etat en matière de logements sociaux, le district sanitaire a enregistré de nos jours un accroissement de la population.

##### **3.1.1.1 Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives :**

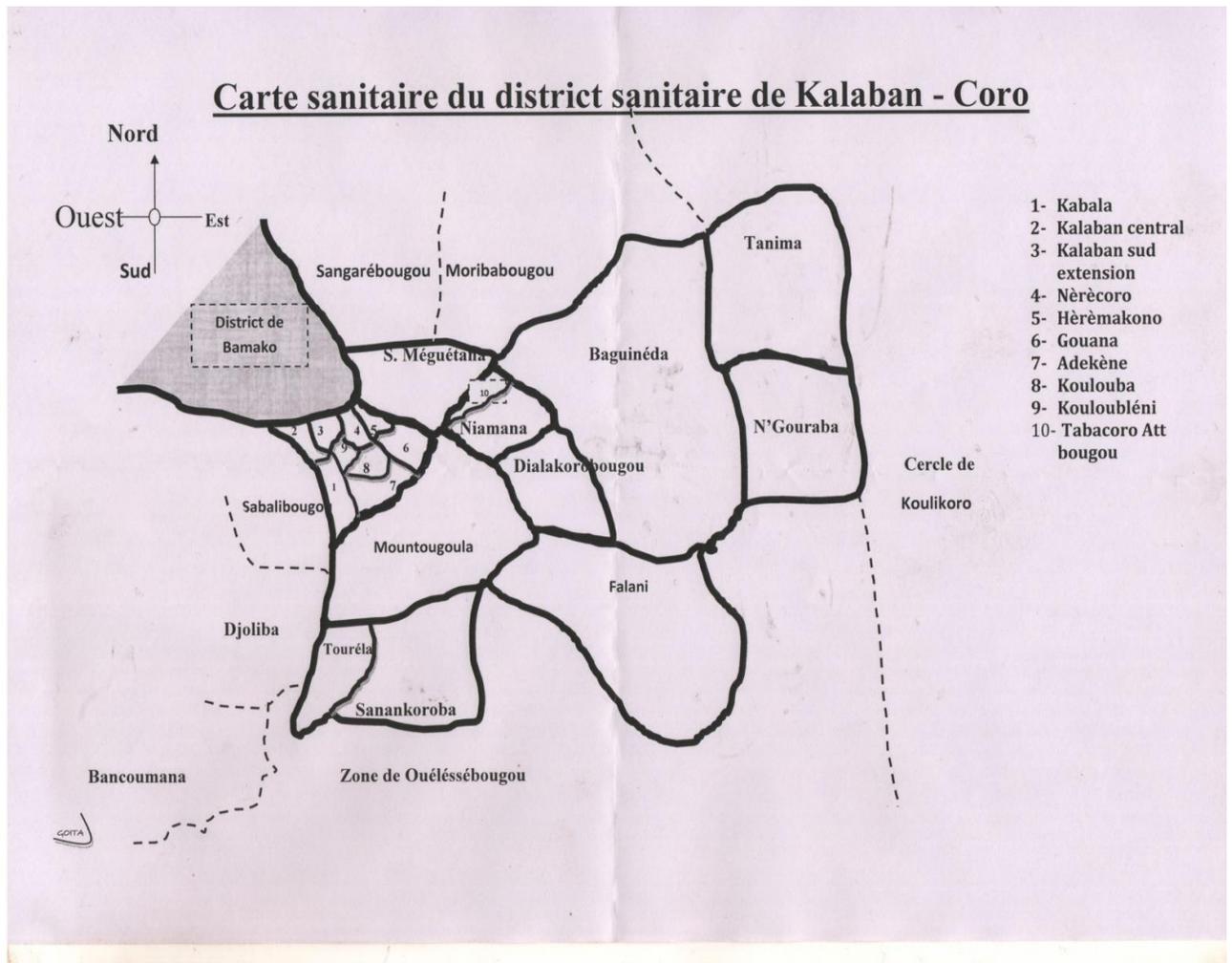
###### **A. Caractéristiques géographiques :**

Le district sanitaire de Kalaban Coro couvre une superficie de 25 425 km<sup>2</sup>. Il est situé sur la rive droite du Niger et limité :

- Au Nord par le cercle de Kati (Sangarébourgou et Moribabougou)

- Au Nord - ouest et au sud – ouest par le district de Bamako;
- Au Sud par le district sanitaire de Ouéléssébougou;
- A l'Est par le cercle de Koulikoro ;
- A l'Ouest par le cercle de Kati (Djoliba, Bancoumana) et le district de Bamako (Sabalibougou).

Le district sanitaire de Kalaban Coro compte 5 communes (Baguinéda, Kalaban Coro, Mountougoula, N’Gouraba et Sanankoroba) toutes rurales qui regroupent 95 villages.



**Figure I : Carte sanitaire du district sanitaire de kalaban Coro**

➤ **Le relief :**

Son relief se caractérise par des plaines alternant avec des plateaux. Il y a deux types de sol : sablonneux et argileux. Ailleurs on note souvent des petites élévations au nord-est et/ou des montagnes.

➤ **Le climat :**

Le district sanitaire de Kalaban Coro a un climat de type soudanien. La température varie entre 18° et 44°. Deux saisons principales caractérisent le district :

- ✓ La saison sèche : elle est froide de Novembre en Février et chaude de Mars à Mai.
- ✓ La saison pluvieuse de Juin à Octobre. Au cours de l'hivernage, c'est la mousson et l'alizé qui y soufflent tandis qu'au cours de la saison sèche c'est l'harmattan.

Ce climat favorise certaines maladies.

➤ **La végétation :**

La végétation est caractérisée par une savane herbeuse parsemée d'arbres fruitiers (karité, Néré, baobab, manguiers, etc.) et d'arbustes. On rencontre le long des cours d'eau des massifs forestiers qui renferment des espèces variées de flore et de faune.

➤ **Hydrographie :**

Le district sanitaire est arrosé en partie par le fleuve Niger et on note aussi des cours d'eau saisonniers.

➤ **Voies de Communication :**

Le District sanitaire est traversé par la route nationale N° 7 reliant Bamako à Sikasso et la route nationale N° 6 reliant Bamako à Ségou. Les pistes reliant les villages ne sont pas praticables en toutes saisons.

➤ **Moyens de Communication :**

Le réseau téléphonique SOTELMA/Malitel, la téléphonie mobile ORANGE relie Kalaban Coro au reste du monde. Par ailleurs il y avait un réseau RAC qui liait les CSCCom au CSRéf. Actuellement aucun RAC n'est fonctionnel. A ceci s'ajoutent les radios de proximité et la télévision nationale.

➤ **Le RECOTRAD :**

Pour le moment le RECOTRAD est représenté seulement au niveau du cercle. Aux dires de la représentante du RECOTRAD basée à Kati, il est prévu un élargissement du RECOTRAD dans toutes les communes du cercle. Pour l'instant Kalaban-Coro est la seule commune du cercle où le RECOTRAD est représenté.

**B. Les aspects démographiques :**

➤ **Données Démographiques :**

- Le district sanitaire de Kalaban Coro a une population de **294014** habitants en 2014 avec un taux d'accroissement annuel de 2,2% (source : SIS CSRéf Kalaban Coro). Il enregistre chaque année un accroissement considérable de la population, avec la viabilisation de certaines localités et du fait de sa proximité avec le District de Bamako,
- Les caractéristiques démographiques sont :
- La densité de la population : 14 habitants au Km<sup>2</sup>
- Le taux d'accroissement : 2,2%
- L'espérance de vie : 55 ans
- Le taux de natalité : 3,6%
- Le taux de mortalité Homme : 4,6 ; Femme 3,8
- Le taux de mortalité infantile : 96 pour 1000 naissances vivantes
- L'indice de fécondité : 6,6% et le nombre moyen d'enfant par femme (6,6 enfants/femme).

➤ **Ethnies :**

Les ethnies majoritaires sont les Bamanan soit 80% de la population générale ; le reste de la population est répartie entre les Peulhs, Malinkés, Sarakolés, bobos, Dogons, bozos, Miniankas, Sonrhaï etc.

➤ **Données socio-éducatives :**

Le CAP de Kalaban Coro a le plus grand nombre d'infrastructures scolaires par contre il ya plus de centre d'alphabétisation au CAP de Baguinéda par rapport à celui de Kalaban Coro.

➤ **Données socio culturelles et Coutumes :**

Il existe des associations traditionnelles : Association des chasseurs, Association secrète de ‘‘ Komo ‘‘ et Association secrète de ‘‘Gouan ‘‘

L’Islam est la religion prédominante. Le christianisme et l’animisme sont également pratiqués. La cohabitation de ses multiples religions et coutumes n’a pas d’effet sur la cohésion sociale dans les villages. Il faut noter la persistance de la pratique du lévirat et du sororat dans certains milieux. Quant au tatouage, sa pratique connaît un recul considérable. Le mariage précoce et souvent forcé des jeunes filles est toujours une réalité en milieux bambara, malinké, sarakolé et peulh.

Les différentes pratiques ne constituent pas un facteur influençant la cohésion sociale. Il n’est pas rare de voir se réaliser des mariages entre les différentes ethnies, mais aussi entre des personnes qui pratiquent des religions différentes. Il existe des interdits alimentaires qui ne sont plus très observés par la population. Ces interdits concernent la consommation des œufs par les enfants par exemple. Il existe toujours certaines pratiques néfastes à la santé, particulièrement à celle de la petite fille, par exemple l’excision.

La situation socio culturelle se traduit par:

- l’effritement de la solidarité
- l’insuffisance de moyens de production
- la difficulté d’intégration des jeunes et des femmes au processus de prise de décision
- un fort pourcentage de population analphabètes en particulier les femmes
- une forte proportion de handicapés physiques et sociaux
- l’accroissement de la délinquance en particulier juvénile
- l’apparition de nouvelles formes de pauvreté
- l’installation de nouvelles formes de chômage chronique
- difficulté d’insertion des filles mères et des enfants abandonnés
- la mendicité
- les problèmes des professionnels du sexe
- le problème des femmes seules chargées de famille
- les malades mentaux abandonnés
- les indigents.

### **C. Caractéristiques administratives :**

Le district sanitaire de Kalaban Coro dispose de trois Sous-Préfectures totalisant cinq communes.

#### **➤ Services techniques :**

Les services techniques existants dans le district sanitaire de Kalaban-Coro sont :

- ✓ Un Centre de Santé de Référence ;
- ✓ Un service de Développement Social et de l'Economie Solidaire
- ✓ Deux Centres d'Animation pédagogique CAP (Baguinéda et Kalaban Coro) ;
- ✓ Le service local d'agriculture ;
- ✓ Le service des Eaux et forêts et un cantonnement forestier à Nioko dans la commune de N'Gouraba
- ✓ Le service des domaines de l'état ;
- ✓ Le service de l'élevage et de la pêche ;
- ✓ Le service de l'assainissement et du contrôle des pollutions et des nuisances ;
- ✓ La perception de Kalaban Coro ;
- ✓ L'administration générale (sous-préfectures de Kalaban Coro, Baguinéda et Sanankoroba) ;
- ✓ Deux brigades territoriales de la gendarmerie nationale (Kalaban Coro et Baguinéda) ;
- ✓ Cinq Mairies (Kalaban Coro, Baguinéda, Sanankoroba, N'Gouraba et Mountougoula) ;
- ✓ Quatorze centres de santé communautaires ;
- ✓ Beaucoup de cabinets médicaux et cliniques privée ;
- ✓ L'Office du Périmètre Irrigué de Baguinéda (OPIB) ;
- ✓ CMSS (Caisse Malienne de Sécurité Sociale) ;
- ✓ INPS (Institut National de Prévoyance Sociale) ;
- ✓ La poste télécommunication (Baguinéda) ; et la SOTELMA (Société de Télécommunication du Mali).

➤ **Les organismes et structures de développement:**

Les comités de gestion scolaire (CGS), l'association des parents d'élève (APE) l'association de Santé Communautaire (ASACO), les organisations des femmes regroupées autour de la coordination des Associations et ONG féminines (CAFO), les organisations des jeunes, les comités de gestion des points d'eau, les GIE d'assainissement, plusieurs marchés hebdomadaires, 01 usine de gaz «Coumba Gaz» FITINA SA à Banankoro (Sanankoroba), les organisations non gouvernementales : water aid, GRAD, PACT- GTZ, AADEC, Piste de la soif, Tanima 2000, Kilabo, 6 « S », AMADECOM, KAFO DJIGUINEW, KONDO JIGIMA, JEMENI, CANEF DAMU O PERE, Souidi Diaoudi, plue Point village, FAWE, AMPE, OHVN, Plan international, GADIS, PNIR, Projet Energie solaire.

Dans le cadre de la coopération jumelage les partenaires jumelaires, aucune commune n'est jumelée avec un partenaire. Les partenaires techniques et financiers intervenant dans les différentes communes sont surtout la BNDA, la BAD et l'ANICT.

➤ **Les structures de partis politiques :**

Diverses formations politiques telles que : CNID Faso Yiriwaton, ADEMA PASJ, US RDA Faso djigui, REDD, PDM, RPM, MPR, etc.

**D. Situation économique et sociale :**

➤ **Les caractéristiques économiques :**

- **Agriculture :**

L'agriculture constitue l'activité principale des habitants du district. Les produits sont destinés généralement à l'autoconsommation. Les principales productions sont : le mil, le sorgho, et le maïs. On y cultive aussi l'arachide, le niébé et les tubercules sans oublier la présence du périmètre irrigué de Baguinéda qui occupe une place prépondérante dans l'économie des populations. La pluviométrie est favorable à la production. Cependant le secteur agricole souffre d'un sous-équipement et de l'insuffisance des terres cultivables. Le matériel agricole s'acquiert par le prêt bancaire ou par l'achat au comptant auprès des commerçants de la place ou à Bamako. La quasi-totalité des organisations paysannes n'est pas éligible au crédit bancaire.

- **Elevage :**

Le système d'élevage généralement pratiqué dans le district sanitaire est l'élevage intensif portant en particulier sur les gros ruminants : les bovins. Cet élevage se passe généralement au niveau des concessions rurales. Il existe à côté une pratique extensive de l'élevage portant sur les bœufs de labour, les ovins, les caprins et menée par les populations résidentes.

Outre l'élevage des gros et petits ruminants, l'aviculture est aussi développée dans le district sanitaire. Elle est menée par des promoteurs individuels. L'élevage est surtout confronté à l'absence d'infrastructure, tels que le parc de vaccination, et à l'éloignement des structures de santé animale.

- **La pêche :**

Elle est pratiquée dans le district sanitaire notamment dans les villages situés aux abords du fleuve Niger. Les produits sont vendus sur place ou alimentent certains marchés de la capitale.

- **L'artisanat :**

Il est peu développé dans le district sanitaire. On y trouve des forgerons, des bijoutiers, des cordonniers et surtout des maçons qui ne sont pas pour la plupart spécialisés. Ces derniers sont toutefois très nombreux du fait de nombreux chantiers en construction dans le district sanitaire surtout dans les communes de Kalaban Coro, Baguinéda et Sanankoroba.

- **Le commerce :**

Il est également très développé dans le district sanitaire, et porte en priorité sur des matériaux de construction : sable, gravier, fer et ciment, qui occupent une place importante dans l'activité économique du district sanitaire. Outre ces produits, l'activité commerciale porte également sur les produits agricoles (mil, riz, maïs), maraîchers (fruits et légumes), d'élevage (lait, viande, œufs) et les denrées de premières nécessités (sel, huile, sucre, riz, farine, etc.)

Les institutions de micro finances qui existent dans le district sanitaire sont au nombre de quatre caisses d'épargne et de crédit «JEMENI, DANI SANDJI, SOTABA Jè et MISSELINI». Elles appuient par l'octroi de crédits et selon les initiatives privées.

Quant aux institutions financières, la BNDA, BSIC Mali, BIM et la BCS ont ouvert leurs portes.

La majorité des aires de santé ont une foire de type journalier et très fréquenté.

- **Le Maraichage :**

Il se pratique dans bon nombre de commune dans le district sanitaire, surtout en période de contre saison (Octobre à Juin). Les différents produits maraichers sont : la tomate, le chou, le concombre, l'aubergine, l'oignon, la carotte, la salade, etc.

Une grande partie de la production est écoulee sur les marchés du district de Bamako.

A l'instar de l'agriculture, ce secteur est également confronté au sous-équipement mais surtout à l'inexistence de techniques de conservation des produits permettant de gérer l'abondance à une certaine période de l'année.

**3.1.1.2. Présentation de l'aire de santé de Kalaban Coro Central :**

L'aire de santé de Kalaban Coro Central fait partie des 14 aires de santé du district sanitaire de Kalaban Coro. Sa population est estimée en 2014 à 55305 habitants (source : SIS CSRéf). Elle compte 10 villages dont le plus peuplé est celui de Kalaban Coro avec 38380 habitants pour un poids de 69%. Kalaban Coro village est également le chef-lieu du CSCOM central. Le CSCOM a été créé en 1994, il comprend un dispensaire, une maternité, un dépôt de pharmacie, un laboratoire d'analyse et une salle d'échographie et un magasin. Le centre est dirigé par un médecin généraliste.

**3.2. Type d'étude :**

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

**3.3. Période d'étude :**

Notre étude s'est étalée sur la période allant du 30 Juin au 10 Août 2014.

**3.4. Population d'étude :**

La population d'étude avait concernée l'ensemble des femmes ayant eu au moins une grossesse durant les cinq dernières années précédant l'enquête, résidant à Kalaban Coro village.

### 3.4.1. Les critères d'inclusion:

Toute femme ayant eu au moins une grossesse durant les cinq dernières années précédant l'enquête, résidant à Kalaban Coro village, et ayant acceptée de répondre à nos questions.

### 3.4.2. Les critères de non inclusion:

- Toute femme de Kalaban Coro village enceinte durant les cinq dernières années qui ne voulait pas participer à notre étude ;
- Toute femme qui ne pouvait pas répondre aux questions à cause d'un déficit ou d'un handicap (déficience intellectuelle, démence...).

### 3.5. Echantillonnage :

Nous avons utilisé un sondage en grappe à deux degrés. La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule habituelle de Daniel Schwartz :

$$n = [Z^2 * p * q / i^2] * d$$

n = taille de l'échantillon

Z = paramètre lié au risque d'erreur, Z = 1,96 (soit 2) pour un risque d'erreur de 5 % (0,05).

p = Proportion de femmes en âge de procréer, exprimée en fraction de 1. (p=0, 22)

q = 1-p, Proportion de femmes qui n'est pas en âge de procréer, exprimée en fraction de 1 (q= 0,78)

i = précision absolue souhaitée exprimée en fraction de 1. (i = 0,05)

d= le facteur de grappe (d=2)

$$n = [(1,96)^2 * (0,22 * 0,78) / (0,05)^2] * 2 = 528$$

Dans le village pour identifier la première concession nous avons utilisé la méthode EPI qui avait consisté à jeter un bic devant le CSCOM dont la pointe a indiqué la direction à suivre.

Dans cette direction nous avons attribué un numéro à chaque concession puis nous avons procédé à un choix aléatoire pour identifier la première concession à enquêter.

Dans les concessions nous avons choisi un ménage éligible sur deux c'est donc le second degré de sondage. Après cette concession, l'enquête s'est déroulé de proche en proche à partir de la droite jusqu'à l'atteinte de la taille de l'échantillon.

Lorsque nous étions arrivé à un carrefour nous avons tourné à droite et lorsqu'on s'était retrouvé au point de départ, nous avons choisi la concession la plus proche et continué de progresser sur la droite jusqu'à l'atteinte de la taille requise.

### **3.6. Méthode et Outils de collecte des données:**

La collecte des données a été faite grâce à un questionnaire administré en mode face à face aux femmes incluses dans l'étude. L'étude n'a concerné que les dernières grossesses dans le but d'éviter les omissions et les erreurs de mémorisation et d'avoir une information fiable.

### **3.7. Variables étudiées :**

#### **➤ Caractéristiques sociodémographiques :**

Age, statut matrimonial, profession, niveau d'éducation, ethnie, religion.

#### **➤ Connaissances et attitudes sur les soins prénatals :**

CPN effectuée, nombre de visite, raisons de la non réalisation des CPN, importance des visites prénatals, âge de la grossesse à la première CPN, méthode de contraception, vaccination au cours de la grossesse, examens paracliniques, nombre de CPN requis, connaissance sur l'âge de la grossesse pour la première CPN.

#### **➤ Perception par rapport à l'accessibilité des soins prénatals :**

Service de santé utilisé, raisons particulières d'utilisation des services, moyen de transport utilisé, accueil, coût des prestations, confidentialité, locaux, lieu d'accouchement.

#### **➤ Niveau de satisfaction sur la qualité des soins prénatals reçus :**

Niveau de satisfaction du service offert.

### **3.8. Plan d'analyse des données :**

Les fiches de collecte ont été dépouillées manuellement et les éventuelles erreurs ont été corrigées. Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Office Word 2010 et l'analyse des données a été faite par le logiciel SPSS version 16.0.

Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne et celles qualitatives sous forme de proportion. Le test de Khi2 corrigé de Yates, le test exact de Fisher et le T-test ont été utilisés pour les comparaisons. Les résultats ont été comparés avec d'autres études.

### 3.9. Considérations éthiques :

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

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

### 4. Résultats :

#### 4.1. Les caractéristiques socio-démographiques des femmes :

**Tableau I: Répartition des femmes enquêtées selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage %
15-19 ans	115	21,8
<b>20-34 ans</b>	<b>364</b>	<b>68,9</b>
35 ans et plus	49	9,3
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 68,9% des femmes enquêtées sont dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans.

La moyenne d'âge est de 24,66 ans avec  $IC_{95\%} = [24,15; 25,17]$ .

**Tableau II: Répartition des femmes enquêtées selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage %
Célibataire	16	3,0
<b>Mariée</b>	<b>512</b>	<b>97,0</b>
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 97% des femmes enquêtées étaient mariées.

**Tableau III: Répartition des femmes enquêtées selon leur profession**

Profession de la femme	Effectifs	Pourcentage %
<b>Ménagère</b>	<b>295</b>	<b>55,9</b>
Commerçante/Vendeuse	138	26,1
Enseignante	17	3,2
Artisane	20	3,8
Elève	43	8,1
Autres	15	2,9
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des femmes enquêtées soit 55,9% étaient ménagères.

**Tableau IV: Répartition des femmes enquêtées selon la profession du mari**

Profession du mari	Effectifs	Pourcentage %
<b>Commerçant</b>	<b>128</b>	<b>25,0</b>
Artisan	85	16,6
Ouvrier	64	12,5
Enseignant	30	5,9
Cultivateur	32	6,2
Pêcheur	25	4,9
Chauffeur	45	8,8
Marabout	10	2,0
Autres	93	18,2
<b>Total</b>	<b>512</b>	<b>100,0</b>

Le quart des conjoints des femmes soit 25% étaient des commerçants.

**Tableau V: Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'éducation**

<b>Niveau d'éducation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Analphabète</b>	<b>183</b>	<b>34,7</b>
Primaire	142	26,9
Secondaire	61	11,6
Supérieur	17	3,2
Ecole coranique	57	10,8
Medersa	63	11,9
Autres	5	0,9
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Environ 34,7% des femmes enquêtées étaient analphabètes.

**Tableau VI: Répartition des femmes enquêtées selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Bambara</b>	<b>166</b>	<b>31,4</b>
Malinké	79	15,0
Bozo	36	6,8
Peulh	52	9,8
Sarakolé	72	13,6
Dogon	24	4,5
Sonrhäi	35	6,6
Bobo	18	3,4
Minianka	13	2,5
Kassogué	7	1,3
Mossi	6	1,1
Senoufo	6	1,1
Autres	14	2,7
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Les Bambara étaient l'ethnie la plus représentée parmi les femmes enquêtées avec 31,4%.

**Tableau VII: Répartition des femmes enquêtées selon la religion**

<b>Religion</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Chrétienne	31	5,9
<b>Musulmane</b>	<b>497</b>	<b>94,1</b>
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

La presque totalité des femmes enquêtées étaient musulmanes (94,1%).

#### 4.2. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénataux

**Tableau VIII: Répartition des femmes selon la réalisation des consultations prénatales**

Consultation prénatale effectuée	Effectifs	Pourcentage %
Oui	514	97,3
Non	14	2,7
Total	528	100,0

Près de 97,3% des femmes enquêtées ont effectué des consultations prénatales.

**Tableau IX: Répartition des femmes enquêtées selon les raisons de non consultations**

Raisons de non consultations prénatales	Effectifs	Pourcentage %
Manque d'argent	6	42,9
<b>Ignorance de l'importance des CPN</b>	<b>8</b>	<b>57,1</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Près de 57,1% des femmes enquêtées ont évoqué l'ignorance comme raisons de non consultations.

**Tableau X: Répartition des femmes enquêtées selon le nombre de consultations prénatales effectuées**

Nombre de consultations prénatales effectuées	Effectifs	Pourcentage %
Aucune visite	14	2,7
1 à 2 visites	27	5,1
3 visites	226	42,8
<b>4 visites et plus</b>	<b>261</b>	<b>49,4</b>
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Moins de la moitié des femmes enquêtées soit 49,4% ont fait au moins quatre visites prénatales.

**Tableau XI: Répartition des femmes enquêtées selon la connaissance de l'importance des consultations prénatales**

Connaissance de l'importance des consultations prénatales	Effectifs	Pourcentage %
<b>Oui</b>	<b>478</b>	<b>90,5</b>
Non	50	9,5
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 90,5% des femmes enquêtées connaissaient l'importance des consultations prénatales.

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

Age de la grossesse à la première CPN	Effectifs	Pourcentage %
<b>Entre 1 et 3 mois</b>	<b>276</b>	<b>53,7</b>
Entre 4 et 6 mois	210	40,9
Plus de 6 mois	28	5,4
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100,0</b>

Environ 53,7% des femmes enquêtées ont effectué la première CPN entre un et trois mois de grossesse.

**Tableau XIII: Répartition des femmes enquêtées selon leur connaissance par rapport à l'âge de la grossesse pour la CPN1**

Age de la grossesse pour faire la CPN1	Effectifs	Pourcentage %
<b>Moins de 3 mois</b>	<b>225</b>	<b>42,6</b>
A 3 mois	208	39,4
Plus de 3 mois	95	18,0
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 42,6% des femmes enquêtées ont dit que la CPN1 devait se faire à moins de trois mois de la grossesse.

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

<b>Nombre de CPN requis</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Au moins 2 CPN	6	1,2
Au moins 3 CPN	222	42,0
<b>4 CPN et Plus</b>	<b>265</b>	<b>50,2</b>
Ne sait pas	35	6,6
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Environ 50,2% des femmes enquêtées pensaient que le nombre de CPN requis était au moins quatre.

**Tableau XV: Répartition des femmes enquêtées selon la pratique d'une méthode contraceptive**

<b>Pratique d'une méthode de contraception</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	178	33,7
<b>Non</b>	<b>350</b>	<b>66,3</b>
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Les femmes enquêtées ne pratiquaient pas de méthode contraceptive que dans 66,3% des cas.

**Tableau XVI: Répartition des femmes enquêtées selon la vaccination antitétanique**

<b>Vaccination antitétanique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>506</b>	<b>95,8</b>
Non	22	4,2
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

La presque totalité des femmes enquêtées soit 95,8% ont reçu le vaccin antitétanique au cours de la grossesse.

**Tableau XVII: Répartition des femmes enquêtées selon les raisons de non vaccination antitétanique**

Raisons de non vaccination antitétanique	Effectifs	Pourcentage %
Pas fait de CPN	14	63,7
Rupture de vaccin	8	36,3
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des femmes enquêtées non vaccinées au cours de la grossesse soit 63,7% n'ont pas fait de CPN.

**Tableau XVIII : Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation des examens paracliniques**

Réalisation des examens paracliniques	Effectifs	Pourcentage %
Oui	480	90,9
Non	48	9,1
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

La presque totalité des femmes enquêtées soit 90,9% ont effectué des examens paracliniques au cours de la grossesse.

**Tableau XIX: Répartition des femmes enquêtées selon les raisons de non réalisation des examens paracliniques**

Raisons de non réalisation des examens paracliniques	Effectifs	Pourcentage %
Manque d'argent	22	46,8
Ignorance	8	17,0
Pas fait de CPN	14	29,8
N'a pas reçu de bilan	3	6,4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Près de 46,8% des femmes enquêtées ont évoqué le manque d'argent comme raison de non réalisation des examens paracliniques.

**Tableau XX: Répartition des femmes enquêtées ayant fait ou pas des consultations prénatales en fonction de leur connaissance de l'importance des consultations prénatales**

			Connaissance de l'importance des consultations prénatales		
			oui	non	Total
<b>Consultation prénatale effectuée</b>	oui	Effectif	470	44	514
		Pourcentage	98,3%	88,0%	97,3%
	non	Effectif	8	6	14
		Pourcentage	1,7%	12,0%	2,7%
<b>Total</b>		Effectif	478	50	528
		Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%

Les 98,3% des femmes ayant fait des consultations prénatales connaissaient leur importance contre 1,7% chez les femmes n'ayant pas fait de consultations prénatales. La pratique des consultations prénatales étaient significativement liée à leur connaissance par les femmes avec le Test exact de Fisher,  $p= 0,001(p<0,05)$ .

**Tableau XXI: Répartition des femmes connaissant ou non l'importance des consultations prénatales en fonction de leur réalisation des examens paracliniques**

		Réalisation des examens paracliniques			
		oui	non	Total	
<b>Connaissance de l'importance des consultations prénatales</b>	oui	Effectif	442	36	478
		Pourcentage	92,1%	75,0%	90,5%
	non	Effectif	38	12	50
		Pourcentage	7,9%	25,0%	9,5%
<b>Total</b>		Effectif	480	48	528
		Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%

Les femmes connaissant l'importance des consultations prénatales ont significativement plus réalisé d'examens paracliniques (92,1%) que celles qui ne connaissaient pas l'importance des consultations prénatales (7,9%) avec le test de Khi2 corrigé de Yates= 13,205;  $p < 0,001$  ( $p < 0,05$ ).

**Tableau XXII : Répartition des femmes selon la réalisation des consultations prénatales en fonction de leur âge moyen**

consultation prénatale effectuée		Effectif	Moyenne	Intervalle de confiance 95%
<b>âge (en années)</b>	oui	514	24,67	[23,84; 25,15]
	non	14	24,36	[20,99; 27,73]

L'âge moyen des femmes ayant fait des consultations prénatales (24,67 ans) n'est pas significativement différent de l'âge moyen de celles qui n'ont pas fait de consultations prénatales (24,36 ans) avec le T-test= 0,178,  $P=0,861$  ( $p > 0,05$ ).

**4.3. Perception des femmes par rapport à l'accessibilité des soins prénatals au niveau géographique, économique, organisationnel et socioculturel.**

**Tableau XXIII : Répartition des femmes enquêtées selon le service de santé utilisé**

<b>Service de santé utilisé</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>CSCCom</b>	<b>408</b>	<b>77,3</b>
CSRéf	73	13,8
Clinique/cabinet médical	31	5,9
Centre hospitalier universitaire	11	2,1
Médecine traditionnelle	5	0,9
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 77,3% des femmes enquêtées partaient au CSCCom.

**Tableau XXIV: Répartition des femmes enquêtées selon les raisons d'utilisation des services**

<b>Raisons d'utilisation des services</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Etablissement proche de mon domicile</b>	<b>281</b>	<b>53,2</b>
Personnel accueillant	38	7,2
Personnel compétent	96	18,2
Les structures sont bonnes	12	2,3
Je connais quelqu'un dans cet Etablissement	45	8,5
Les tarifs sont peu élevés	34	6,4
Conseils d'une connaissance	22	4,2
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 53,2% des raisons ont été la proximité de l'établissement.

**Tableau XXV: Répartition des femmes selon le moyen de transport utilisé**

moyen de transport utilisé	Effectifs	Pourcentage %
<b>A pied</b>	<b>325</b>	<b>61,6</b>
Transport collectif	127	24,1
Taxi	10	1,9
Véhicule personnel	21	4,0
Moto	45	8,5
Total	528	100,0

Environ 61,6% des femmes enquêtées partaient au centre à pied.

**Tableau XXVI : Répartition des femmes selon la qualité de l'accueil**

Qualité de l'accueil	Effectifs	Pourcentage %
<b>Bonne</b>	<b>428</b>	<b>81,1</b>
Mauvaise	79	15,0
Passable	21	3,9
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 81% des femmes enquêtées ont jugé la qualité de l'accueil bonne.

**Tableau XXVII: Répartition des femmes selon le coût des prestations**

coût des prestations	Effectifs	Pourcentage %
<b>Favorable</b>	<b>465</b>	<b>88,1</b>
Non favorable	63	11,9
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Environ 88% des femmes enquêtées ont trouvé favorable le coût des prestations.

**Tableau XXVIII: Répartition des femmes selon la confidentialité**

<b>Confidentialité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>491</b>	<b>93,0</b>
Non	37	7,0
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 93% des femmes enquêtées pensaient que les consultations étaient confidentielles.

**Tableau XXIX: Répartition des femmes selon leur appréciation des locaux**

<b>Locaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Sale	185	35,0
<b>Propre</b>	<b>343</b>	<b>65,0</b>
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Pour 65% de femmes enquêtées les locaux étaient jugés propres.

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

<b>Lieu d'accouchement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>CSCCom</b>	<b>387</b>	<b>73,3</b>
CSRéf	101	19,1
Clinique/cabinet médical	27	5,1
Domicile	5	1,0
Hôpital	8	1,5
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Près de 73% des femmes enquêtées ont accouché au CSCCom.

#### 4.4. Niveau de satisfaction des femmes sur la qualité des soins prénatals

**Tableau XXXI: Répartition des femmes enquêtées selon leurs niveaux de satisfaction du service offert**

Satisfaction du service offert	Effectifs	Pourcentage %
Oui	424	80,3
Non	54	10,2
Plus ou moins	50	9,5
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100,0</b>

Le service offert aux femmes enquêtées était satisfaisant pour 80,3% d'entre elles.

#### 5. Commentaires et discussion :

##### 5.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées :

La majorité des femmes ayant répondu avait entre 20 et 34 ans (soit 68%). Près de 91% des femmes de notre échantillon étaient jeunes avec moins de 35ans, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas encore achevé leur vie reproductive. Cette tranche d'âge témoigne de la jeunesse des femmes de Kalaban Coro village. Ce résultat est similaire à celui de GBESSEMEHLAN AN, en 2011 à Médina Coura dans le district de Bamako, soit 85,2% [16]. Elles étaient pour la plupart non instruites à 34,7% et de niveau primaire à 26,9%. GBESSEMEHLAN AN en 2011 trouve 37,8% de femmes non instruites et 22,8% de niveau primaire à Médina Coura dans le district de Bamako [16].

Selon notre échantillon, les ménagères ont constitué plus de la moitié soit 55,9% de l'échantillon. Néanmoins, les commerçantes représentent 26,1% et constituent également une source de revenu financier dans le ménage. GBESSEMEHLAN AN trouve 59,4% de ménagères et 13,6% de commerçantes dans son étude en 2011 à Médina Coura [16].

##### 5.2. Connaissances et attitudes des femmes sur les soins prénatals :

Par rapport à la réalisation des CPN chez les femmes enceintes, nous avons constaté que 97,3% des femmes l'ont fait, par contre ADAM AH trouve dans son étude réalisée à Baco- Djicoroni en 2009 un taux de 99,2% [34]. Quant à GBESSEMEHLAN AN, il trouve 92,6% dans son étude à Médina Coura, en 2011[16].

Parmi la population utilisatrice des services prénatals, une large majorité ne revient plus à la prochaine visite assurer la continuité des soins. La déperdition des soins prénatals constitue ainsi un blocage à la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. Cette déperdition peut s'expliquer par l'ignorance, le manque d'information et le mauvais accueil des sages-femmes.

En effet, la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale était de 97,3% dans notre étude. IKNANE AA et Coll dans leur étude de 2009-2010 à Kayes trouvent 68% [41]. Ce taux est de 74% au cours de l'EDSM-V [5].

Pour être efficace, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatals, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Moins de la moitié des gestantes (49,4%) avaient effectué au moins les quatre visites recommandées contre 41 % au cours de l'EDSM-V [5]. Dans 47,9% des cas, elles n'ont effectué qu'une à trois visites prénatals contre 33% au cours de l'EDSM-V et, dans 2,7% des cas, elles n'avaient effectué aucune visite contre 25 % au cours de l'EDSM-V [5].

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, nous avons constaté que dans 53,7% des cas, la première visite s'est déroulée entre un et trois mois de grossesse dont une bonne partie au troisième mois contre 35 % au cours de l'EDSM-V et dans 46,3% des cas elle s'est déroulée à plus de trois mois contre 65% au cours l'EDSM-V [5].

Par rapport à la connaissance de l'intérêt des visites prénatals par les mères, nos résultats (90,5%) sont similaires à ceux rapportés dans la région de Kalaâ Kébira en Tunisie, en 1989 par HAMDY W [27] et à ceux de GBESSEMEHLAN AN, en 2011 à Médina Coura [16]. En effet, la population des femmes qui ignore l'intérêt des visites prénatals était de 9,5% dans notre série. Elle est de 7,6 % dans l'étude de Kalaâ Kébira en Tunisie, en 1989 [27] et de 24,8% dans l'étude de GBESSEMEHLAN AN à Médina Coura en 2011 [16]. Par rapport au nombre minimum requis de visites prénatals, 50,2% des femmes de notre étude connaissaient ce nombre minimum. SOLTANI MS, SAKHOUNI M, et Coll en 1999 rapportent une proportion de 59% dans le Sahel Tunisien [28].

CHAKROUN F trouve une proportion de 63,6 % en 1995 dans les circonscriptions sanitaires de Monastir et de Ksar Hellal en Tunisie [29]. En 1989 à Kalaâ Kébira [27], HAMDI W trouve une proportion de 34,5%. En 2011 à Médina Coura, GBESSEMEHLAN AN trouve une proportion de 46,28% [16]. Dans notre étude, 98,3% des femmes ayant fait des consultations prénatales connaissaient leur importance. Une étude publiée en 1993 par NJAH M, BEN SALAH A, et Coll en Tunisie où les auteurs [26] rapportent que 83,5% des femmes qui perçoivent l'intérêt des visites prénatales, consultent au cours de leur grossesse contre 29,1% seulement des femmes qui ne perçoivent pas l'intérêt.

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

Ainsi, le retard à la CPN1 constitue un facteur limitant de la surveillance correcte de la grossesse [32]. Dans notre étude 46,3% avaient réalisé leur CPN1 à plus de trois mois. GBESSEMEHLAN AN dans son étude de 2011 à Médina Coura trouve 53% [16].

L'influence de l'ignorance des risques pouvant survenir au cours du premier trimestre de grossesse s'explique par les croyances et pratiques qu'il importe de changer par des messages d'éducation pour la santé [28].

Par rapport au bilan prénatal, dans notre étude 90,9% des femmes avaient effectué ce bilan contre 9,1. La non réalisation du bilan prénatal peut s'expliquer par les raisons économiques et l'ignorance de l'importance du bilan prénatal. GBESSEMEHLAN AN dans son étude en 2011 trouve 70,85% de réalisation de bilan prénatal contre 29,15% [16]. Une étude faite en 2006 au Mali par la direction de la santé de la reproduction sur la qualité de la CPN [37] révèle que 77% des gestantes ignorent l'importance du bilan prénatal.

En matière de contraception, la majorité des femmes connaît l'intérêt de celle-ci mais seulement 33,7% de notre série adoptaient une méthode contraceptive au moment de notre enquête. Ce résultat est similaire à celui de GBESSEMEHLAN AN en 2011, soit 35,1% [16]. Il est supérieur à celui de l'EDSM-V, soit 10% [5]. Le niveau d'instruction apparaît comme le facteur le plus déterminant de l'utilisation contraceptive.

### **5.3. Perception des femmes par rapport à l'accessibilité des soins prénatals au niveau géographique, économique, organisationnel et socioculturel :**

Il est ressorti que 77,3% des femmes enquêtées fréquentaient le CSCom. Ce résultat est largement supérieur à celui de GBESSEMEHLAN AN en 2011, soit 40,6% [16]. Quant à ADAM AH en 2009 [34], il trouve une proportion de 83,6% des femmes ayant consultées au CSCom de Baco-Djicoroni. Les autres vont soit au CSRéf, soit en clinique, etc.

Par rapport aux critères de choix du centre, les services de santé maternelle de qualité doivent être accessibles et disponibles aussi près que possible du domicile des femmes [35]. Le critère le plus évoqué avait été la proximité du domicile soit (53,2%). Ce chiffre est nettement supérieur à celui rapporté par une étude réalisée à Bamako en 2006 par WONGUEM S [36] qui est de 47%. Il est similaire à celui de GBESSEMEHLAN AN en 2011 qui est de 56% [16].

Par rapport à la qualité de l'accueil, l'accueil constitue la première phase du traitement car un patient bien accueilli se sent plus à l'aise et place sa confiance au personnel de soin, condition nécessaire pour être réceptif au traitement.

La majorité des femmes enquêtées ont trouvé l'accueil bon, soit 81,1%. KANTA K trouve à Ségué (Kolokani) en 2007, un taux de 64,9% de bon accueil [3] et GBESSEMEHLAN AN à Médina Coura en 2011 trouve 51,4% [16]. Cependant l'accueil des sages-femmes a été jugé mauvais par 15% des femmes enquêtées surtout au moment de l'accouchement. Les sage-femmes ont une mauvaise réputation par rapport à leur manque de courtoisie et leur comportement un peu détestable à l'égard des parturientes. Un bon accouchement dépend d'un bon accueil, du respect de l'intimité de la femme et enfin d'un bon suivi.

Par rapport au coût des prestations, la fréquentation des centres de santé dépend aussi bien de la proximité de ces derniers par rapport au domicile des gestantes mais aussi du coût de consultation et de soins. La majorité des femmes enquêtées ont trouvé les prix favorables soit 88,17%. Ce taux est supérieur à celui de ADAM AH obtenu en 2009, à Baco-Djicoroni soit 82,9% [34].

#### **5.4. Niveau de satisfaction sur la qualité des soins prénatals reçus :**

Par rapport à la satisfaction du service offert, la satisfaction est l'un des résultats les plus importants des soins de bonne qualité. 80,3% des femmes enquêtées se disaient satisfaites des prestations reçues. Ce résultat est similaire à celui de GBESSEMEHLAN AN en 2011[16], soit 85,2%. KANTA K trouve à Ségué (Kolokani) en 2007, un taux de 87,5% de satisfaction [3]. Cependant, les responsables ne devraient pas supposer que les soins fournis sont adéquats tout simplement en raison du fait que les clients ne se plaignent pas. Le faible niveau de mécontentement indiqué par les clients doit être pris au sérieux.

#### **6. Conclusion :**

Au terme de notre étude, nous avons constaté que les femmes avaient peu de connaissances sur le suivi prénatal et estiment être insuffisamment informées par les prestataires de soins. Les attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals sont liées à des facteurs socioculturels qu'il importe de corriger. Cela nécessite un changement de comportement de la communauté par l'éducation pour la santé. La résolution de ces problèmes doit impliquer tous les secteurs du développement dans l'aire de santé de Kalaban Coro Central.

#### **7. Recommandations :**

Aux différentes insuffisances, il conviendrait de renforcer les acquis constatés et relever les défis à travers les recommandations suivantes :

- ✓ Promouvoir les activités génératrices de revenus des femmes;
- ✓ Renforcer d'avantage la scolarisation des filles;
- ✓ Recycler le personnel de santé à travers la formation continue;
- ✓ Informer suffisamment les femmes enceintes sur le nombre requis de CPN;
- ✓ Inciter les femmes enceintes à commencer très tôt les consultations prénatales;
- ✓ Encourager les femmes enceintes à faire les suivis réguliers;
- ✓ Sensibiliser d'avantage les femmes sur la planification familiale;
- ✓ Respecter les conseils donnés par les prestataires.

## Références

1. **GOORDEN T.** La semaine mondiale de sensibilisation de la population : sauvons des vies de femmes, **Journal du médecin N°1235** Vendredi 14 janvier 2000, 3p.
2. **OMS/FNUAP/ UNICEF / Banque Mondiale.** Déclaration commune. Réduire la mortalité maternelle. OMS., Genève, 1996, p43.
3. **KANTA K.** Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Ségué (cercle de kolokani); thèse de doctorat en Médecine, FMPOS, Bamako, 2007, 211p.
4. **OMS / UNICEF.** Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle 1ère édition Nouvelle méthodologie OMS / UNICEF avril 1996 Genève, P156.
5. **SAMAKÉ S, MAIGA A, DIOP M, KEITA S, TRAORÉ SM, DIALLO ZJ, et All.** Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF) Institut National de la Statistique (INSTAT) Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT). Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013 Bamako, Mali ICF International Rockville, Maryland, USA Mai 2014; p106, 115, 233.
6. **BÉNINGUISSE G, NIKIÈMA B.** La discontinuité des soins obstétricaux en Afrique Centrale et de l'Ouest. Niveaux, Schémas et facteurs associés, Projet ARC6AUF, Montréal (Canada), 2005, 7p.
7. **UNICEF.** Enquête sur la santé maternelle à N'djaména, au Tchad, 1999, 38p.
8. **DJOURDEBBE BOUBA F.** La déperdition des soins prénatals au Tchad démographe, Université Adam Barka d'Abéché, Tchad, p2-3.  
<http://www.google.fr>(Consulté le 17 Juin 2014).
9. **OMS.** Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse dans la région Africaine, Guide pour la mise en œuvre du programme, 2004, p18.
10. **HARRISON KA.** Child bearing, health and social priorities: a survey of 22 774 consecutive Hospital birth in Zaria, northern Nigeria. In: British J. of obst. And gynaecol. 1985, Supplement N° 5, Oct, P 20.
11. **OMS.** Le dossier mère enfant : guide pour une maternité sans risque, Genève, 1994.

- 12. DONABEDIAN A.** Explorations in assessment and monitoring, vol I. The definition of quality and approaches to its assessment, health administration press, An Arbor, Michigan, 1980, 63p
- 13. OMS.** Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle, Genève 1987, 40 N3 pp 214-225.
- 14. AGBOHOUENOU Y.** Rôle de la recherche dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du centre p7.  
<http://www.google.fr> (consulté le 17 juin 2014).
- 15. DONGMO DJOUTSOP RL.** Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au centre de santé communautaire de l'Hippodrome en commune II du district de Bamako, thèse de médecine Bamako FMPOS, 2005 ; 63p.
- 16. GBESSEMEHLAN AN.** 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 doctorat en médecine FMPOS, Bamako, 2011 ; 77p.
- 17. ADJAMAGBO A, GUILLAUME A, N'GUESSAN K.** Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains Éditeurs scientifiques éditions IRD Institut de Recherche pour le Développement Collection Colloques et séminaires Paris, 1999, p 96, 98, 158.
- 18. AUDIBERT M., DE ROODENBEKE E.** Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives, 2005, p 13-14, 20, 27-28, 49-51, 73.
- 19. Ministère de la Santé. Direction Nationale de la Santé, Mali 2012.** Utilisation des services de santé de niveau 1 au Mali ; Annuaire SLIS2012, DNS, 143p.
- 20. AUDIBERT M, DE ROODENBEKE ES, MATHONNAT J.** Utilisation des services de santé en Afrique : L'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ? Développement durable et santé dans les pays du sud ; Paris Lyon, Décembre 2004, 19p.
- 21. OMS.** Utilisation des structures de soins en Afrique rapports annuels 1987-2004, 21p.
- 22. MARICKO M.** Accès aux soins de qualité : Résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali), in M. Audibert ; J. Mathonnat, E. de Roodenbeke (éd.), le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faibles revenus ; 2003; p41-58.

- 23. SALONGO PM.** Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu- RD Congo, Diplôme d'étude spéciale en économie de la santé, Mémoire : Université de Kinshasa, faculté de médecine, Décembre 2005; 81P.
- 24. GIRIN F.** Santé préconceptionnelle en médecine générale : Connaissances et souhaits des patientes au sein des cabinets médicaux du canton de Saint-Chéron, thèse de doctorat en médecine : Faculté de médecine Paris Descartes 2009 ; 18p.  
[http : // www.google.fr](http://www.google.fr) (consulté le 17 Juin 2014).
- 25. ROONEY C.** Soins prénatals et santé maternelle. "Maternal and child epidemiologic Unit". London school of hygien and tropical medecine WHO, MSM 1992; 4.
- 26. NJAH M, BEN SALAH A, GHANNEM H, ET COLL.** Recours aux visites prénatales dans le contexte tunisien : Barrières et facteurs de motivation. Revue française de Gynéco-obstétrique, 1993; 88 (4) :225-229.
- 27. HAMDI W.** Attitudes et comportements des femmes vis-à-vis de la consultation prénatale : enquête dans la région de Kalaâ Kébira. Thèse de doctorat en Médecine, Source (Tunisie), N° 652/1991.
- 28. SOLTANI M.S., SAKHOUNI M., BELGUITH Z., BEN SELEM K., et All.**  
 Évaluation des connaissances des mères concernant les soins préventifs pré et postnatals dans le Sahel tunisien. Santé Publique 1999 ; 11 (2) : 203-10.
- 29. CHAKROUN F.** Surveillance prénatale dans les circonscriptions sanitaires de Monastir et de Ksar-Hellal. Thèse de doctorat en Médecine, Monastir (Tunisie), N° 329/1996.
- 30. DIENG D., DIOUF A., FAYE E.O., DIADHIOU F.** Le Suivi prénatal à Dakar. Bulletin trimestriel de la représentation de l'OMS au Sénégal 1995 ; (6) : 13-24.
- 31. Ministère de la Santé.** Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé. Direction des Études, de la Recherche et de la Formation; Sénégal; 1999; 212 p.
- 32. DIÈYE EL.** Étude des facteurs déterminant le retard à la première consultation prénatale au niveau du district sanitaire de Richard-Toll (Sénégal). [Mémoire CES Santé Publique (Épidémiologie, Biostatistique et Informatique)]. Dakar : ISED, 2003, n°11-1-08 : 35 p.

- 33. NDIAYE C, DELAUNAY V, ADJAMAGBO A.** Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural Sereer au Sénégal. Cahier Santé 2003 ; 13 : 31-7.
- 34. ADAM BABA BODY AH.** Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : Cas du CSCom de Baco-Djicoroni, thèse de doctorat en médecine, FMPOS, Bamako, 2009.
- 35. OMS.** Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. OMS, Genève, 1992. 80p.
- 36. WONGUEM SS.** Qualité de la surveillance prénatale dans la commune V du district de Bamako, thèse, médecine, Bamako, 2006.
- 37. Direction de la Santé de la Reproduction / division santé familiale.** Normes et procédures pour la surveillance prénatale. Vol.2, Mali, mars 1990, p20.
- 38. DONABEDIAN A.** Explorations in quality assessment and monitoring, vol I. The definition of quality and approaches to it's assessment, heath administration press, An Arbor, Michigan, 1980.
- 39. U.N.I.C.E.F / O.M.S / F.N.U.A.P.** Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005. Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000, p23.
- 40. ROUGEMONT A, BRUNET J, ET JAILEY.** Planifier, gérer, évaluer, santé en pays tropicaux Dion. Editeur, Paris, p751.
- 41. IKNANE AA, TRAORÉ MM, SOUMARE S.** Évaluation du Projet de soutien à L'Autonomisation des Centres de Santé Communautaires de trois (3) communes rurales maliennes du cercle de Kayes : Karakoro, Djelebou et Sahel Du 12 novembre 2009 au 20 mars 2010; 105p.

## Annexes

### Questionnaire

#### Caractéristiques socio-démographiques

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

Q4. Statut matrimonial : /\_\_\_/ 1=Célibataire ; 2=Mariée; 3=Veuve ; 4=Divorcée.

Q5. Profession femme : /\_\_\_/ 1=Ménagère; 2=Vendeuse ; 3= Fonctionnaire ; 4=Artisane; 99=Autres à préciser

Q6.Profession mari : /\_\_\_/ 1= commerçant ; 2= Artisan ; 3= Ouvrier ; 4= Fonctionnaire ; 5= cultivateur; 6= Pêcheur, 7= Sans emploi; 99=Autres à préciser

Q7. Niveau d'éducation : /\_\_\_/ 1=Analphabète ; 2=Primaire ; 3=Secondaire ; 4=Supérieure ; 5=Ecole Coranique ; 6=Medersa ; 99=Autre à préciser.

Q8. Ethnie : /\_\_\_/ 1=Bambara ; 2=Malinké; 3=Bozo; 4=Peulh ; 5=Sarakolé ; 6=Dogon ; 7=Sonrhäi; 8= Bobo; 9= Minianka ; 99=Autres, préciser

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

#### La perception des femmes par rapport à l'accessibilité des soins au niveau géographique, économique et socioculturel.

Q10. Quel service de sante utilisez-vous ? /\_\_\_/ 1=CSCCom ; 2= CSRéf; 3=Clinique; 4=Centre hospitalier Universitaire; 5=Médecine traditionnelle.

Q11. Pourquoi utilisez- vous ce service en particulier ? /\_\_\_/

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

Q12.Moyen de transport : /\_\_\_/ 1=A pied ; 2=Transport collectif ; 3=Taxi ; 4=Véhicule personnel ; 5= Moto; 99= Autres, préciser.

Q13. Selon vous quelle a été la qualité de l'accueil? /\_\_\_/ 1=Bonne ; 2=mauvaise

Q14. Le coût des prestations vous est- il favorable ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non

Q15. La consultation a-t-elle été confidentielle ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.

- Q16. Comment avez-vous trouvé les locaux ? /\_\_\_/ 1=Sales ; 2=Propres.
- Q17. Avez-vous acheté les médicaments qui vous ont été prescrits ? /\_\_\_/ 1=Oui; 2=Non.
- Q18. Si non, quelle est la raison ? /\_\_\_/ 1=Manque d'argent ; 2=Rupture du médicament ; 3=Cherté du produit ; 99=Autres, préciser
- Q19. Quand vous tombez malade, qui prend en charge les soins médicaux ? /\_\_\_/ 1= L'entreprise ; 2=Mon mari ; 3= Soi-même ; 4= les parents ; 99= Autres ; préciser
- Q20. Avez-vous un appui extérieur en cas de maladie ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non

### **Connaissances des femmes sur les soins prénatals**

- Q21. Avez-vous effectué votre CPN ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.
- Q22. Si oui, combien de visites CPN ? /\_\_\_/ 1= Une visite ; 2= Entre 2 et 3; 3=4 et Plus.
- Q23. Pour quelles raisons ne faites-vous pas les CPN ? /\_\_\_/
- Q24. Connaissez-vous l'importance des visites prénatales ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.
- Q25. Quelle était l'âge de la grossesse à la CPN1 ? /\_\_\_/ 1=1Mois ; 2=Entre 2 et 3 mois ; 3=Entre 4 et 6 mois. 4=Plus de 6 mois.
- Q26. Pratiquez-vous une méthode de contraception ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.
- Q27. Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ? /\_\_\_/ 1=Moins de 2 ans ; 2=Entre 2 et 3 ans ; 3=Plus de 3 ans ; 4=NSP.
- Q28. Etes- vous vacciné au cours de la grossesse ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= non.
- Q29. Avez-vous fait les examens para cliniques ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.
- Q30. Si non, pourquoi?
- Q31. Quel est selon vous le nombre minimum de CPN requis ? /\_\_\_/ 1=Au moins 3; 2= Au moins 4 3= Plus de 4. 4=NSP
- Q32. Selon vous à quel âge de la grossesse doit-on effectuer CPN1 ? /\_\_\_/ 1=Moins de 3 mois ; 2=A 3 mois ; 3=Entre 4 et 6 mois ; 4=plus de 6 mois ; 5=NSP.
- Q33. Où avez-vous accouché ? /\_\_\_/ 1= CSCom; 2= CSRéf ; 3= Clinique/ Cabinet médical; 4= Domicile; 5=Hôpital
- Q34. Quel âge à votre enfant ? /\_\_\_/ 1= Entre 0 à 3 mois ; 2= 3 à 6 mois ; 3= Entre 7à 12 mois ; 4=Entre 13 à 36 mois.

**Satisfaction des femmes par rapport à la qualité des soins reçus.**

Q35. Êtes-vous globalement satisfait du service offert ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non ; 3=Plus ou moins.

Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps ! Avez-vous des questions ou des observations à faire ?