

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2021-2022

Thèse N° _____ /Med

TITRE

**CONNAISSANCES DES FEMMES
ENCEINTES SUR L'INTERET DE LA
CONSULTATION PRENATALE DANS LE
DISTRICT SANITAIRE DE SAN**

THESE

Présentée et soutenue publiquement, le 05/01/2023
devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par : **M. Mohamed Assalaha MOULAYE**

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

JURY

PRESIDENT DU JURY : Professeur Boubacar MAIGA

MEMBRE DU JURY : Professeur Mamadou SIMA

CO-DIRECTEUR DE THESE : Docteur Birama TRAORE

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Tioukani A THERA



DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES ET REMRRCIEMENTES :

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A ALLAH, le tout Puissant, le tout miséricordieux, le très clément pour la grâce, l'amour la santé la force et le courage qu'il m'a donné pour mener à bien ce travail.

A son messager Mohamed (**PSL**), paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas. Amen !

A toutes les femmes enceintes du Mali et du monde entier, que Dieu les protège et fasse qu'elles accouchent en bonne santé avec des bébés en bonne santé également.

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu la vie en donnant la vie

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie. A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant la vie.

A mon pays le Mali : Chère patrie, dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que j'ai souhaitée ; que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et un dévouement exemplaire.

A mon **Père Mr Moulaye Ismail Souleymane HAIDARA**. Un homme cultivé, qui estime que le savoir est la plus grande richesse de ce monde. Et tu disais : toute victoire facile est fragile. Toi qui oriente tes enfants, donne le libre choix dans toute chose et sans cesse tu accompagnes. Quelle fierté pour moi d'être ton enfant ! Papa, J'espère que tu seras fier de ton fils. Que Dieu te donne une longue vie sereine à nos côtés.

A ma maman Chérie, Madame **HAIDARA Hardizata Aguisa HAIDARA**, Douce Mère, Tendre Mère, Infatigable Mère, toi qui a toujours assumé le double rôle que le créateur t'a prédestinée celui d'épouse et de Mère.

Ce travail est le fruit de tes efforts, de ton amour et de tes prières.

Ni le Larousse, ni le Robert ne me suffisent pour exprimer à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Aujourd'hui je suis très fier et c'est pour moi une chance sans valeur égale de t'avoir comme Maman. Soit rassurée Chère maman de mon indéfectible attachement, je demande au Seigneur de me donner la force et la possibilité de te remercier pour tes bienfaits et tes veillées.

Que DIEU t'accorde longue vie et santé auprès de nous.

A mes oncle Abouhassane HAIDARA et Backa HAIDARA et mes tantes :

Plus qu'un oncle et tante vous avez été comme de pères et de mères pour moi. Votre soutien n'a jamais fait défaut et a été capital dans ma vie. Trouvez-en ce modeste travail, l'expression de toute ma reconnaissance.

A mon oncle **Sididi HAIDARA** et ma tante : Je vous dis merci de m'avoir accepté comme votre fils. Ce travail vous honore et que cette thèse soit le témoignage de mon affection et de ma profonde gratitude.

A mon frère **Alhousseini MAIGA** : Tu es plus qu'un frère pour moi, votre éducation, vos encouragements, vos conseils et vos soutiens ont été fructueux tout au long de mes études. Ce travail est le vôtre, retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous prête une longue vie Amen !

Aux familles **HAIDARA, TOURE et MAIGA** de Tiebani, de Kabala est, de Point-G, de Falaya plaqui et SAN, l'accueil gracieux que j'ai reçu de vous dans mes différents cycles d'étude m'a permis de nourrir un espoir doux.

Merci à vous tous ce travail est le votre

A toute ma famille : vous qui avez choisi et accepté de m'envoyer à l'école espérant une marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel jonché de peines et d'obstacles qui est le chemin de l'école.

Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.

Spécial remerciement à mon épouse Oumou HAIDARA, tu as été plus qu'une femme pour moi vue ton soutien moral et les difficultés acceptées à mon égard tout au long de ce travail. Que le bon Dieu nous donne une vie de bonheur.

REMERCIEMENTS

Au corps professoral de la FMPOS :

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes maîtres formateurs : Dr N'Fa Adama DIALLO, Dr Sina MOUNKORO, Dr Mohamed Yaya DJIRE, Dr Birama TRAORE, Dr Mory COULIBALY, Dr Bakary DEMBELE, Dr Harouna Touré, Dr DICKO Amadou B, Dr SAMAKE, Dr Cheick Oumar TRAORE, Dr Mohamed TRAORE, Pr M HAIDARA, Dr Mahamadou COULIBALY. Merci de votre encadrement et soutien. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Aux aînés : Dr Habib M KAMATE, Dr Adama CISSE, Dr Issiaka HAIDARA, Dr Ousmane TOURE. Merci pour l'encadrement

A mes amies et collaborateurs : Mr Chaibou HAIDARA, Mr Antara TOURE, M. Alkabir HAIDARA, Dr Abdoulbaste MAIGA, Dr Saibou TRAORE, Dr Amadou DEMBELE, Dr A Sorry DIALLO, Dr Aissata Oureiba, Dr Mariam Diallo, Nana Kadidia DIARRA, Dr Brice, Dr Abdramane MAIGA, Dr Mahamadou KONATE.

Je vous présente amicalement ce travail qui est le vôtre.

A mon camarade internes du service : Moumouni COULIBALY, J'ai passé des moments fabuleux avec vous. Vous m'avez apporté votre sympathie et votre amitié. Merci infiniment pour la disponibilité, la complicité, le soutien et la franche collaboration.

A tout le personnel du CSRéf de San Pour l'accueil et l'encadrement.

A toutes les sages-femmes et infirmières du centre de santé de référence de San, merci pour votre collaboration et votre disponibilité.

A tous les personnels du CSREF de San : médecins, techniciens et techniciens supérieurs de santé, ainsi que les techniciens de surface.

Merci pour la confiance et la collaboration face à tout ce que nous avons partagé ensemble, j'espère toujours compter sur vos conseils et votre accompagnement.

A toute la 10^{ème} promotion du numerus clausus : Courage et persévérance.

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin, à la réalisation de ce document.



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Président du jury

Professeur Boubacar MAIGA

- ✓ **Titulaire d'un PhD,**
- ✓ **Maitre de Conférences en Immunologie,**
- ✓ **Médecin chercheur au MRTC,**
- ✓ **Modérateur de PROMED Francophone pour les Maladies Infectieuses.**

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !!!

A NOTRE CHER MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr. THERA Tioukani Auguistin

- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G ;**
- ✓ Maître de conférence Agrégé en Gynécologie Obstétrique ;
- ✓ Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Lyon (France) ;
- ✓ Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité- Université Paris IX (France) ;
- ✓ Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant(France) ;
- ✓ Diplôme Inter Universitaire d'Echographie Gynécologique et Obstétricale : Université Paris Descartes ;
- ✓ Membre de société africaine et française de gynécologie obstétrique ;
- ✓ Président de la commission médicale au CHU du Point-G.

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

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

Trouvez ici le manifeste de notre reconnaissance et de notre distingué considération. Que Dieu réalise vos vœux.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Pr Mamadou SIMA

- ✓ Spécialiste en gynécologie- obstétrique ;
- ✓ Praticien hospitalier au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Point-G ;
- ✓ Maître assistante à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako ;

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

Votre abord facile, votre générosité, votre grande disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique ont été pour nous hautement profitable. Veuillez accepter cher Maitre nos sentiments les plus respectueux.

A NOTRE CHER MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Birama TRAORE

- ✓ Spécialiste en gynécologie-obstétrique.
- ✓ Praticien hospitalier au centre de santé de référence(Csréf) de San.
- ✓ Chef de service de gynécologie-obstétrique au CS Réf de San

Cher Maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. En vous, nous avons trouvé la rigueur et la ponctualité dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Pendant tout notre séjour dans le service, nous avons été émerveillé par votre façon de travailler ; vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et très méthodique. Nous garderons de vous l'image d'un homme courageux et modeste.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements. Que le tout puissant Allah vous protège.



**LISTE DES SIGLES ET
ABREVIATIONS**

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS :

ASS : Afriques sub-sahariennes

AVC : Accident vasculaire cérébral

ATCD : Antécédent

B.C.F: Bruits du cœur fœtal

BGR : Bassin généralement rétréci

CAP : Centre d'Animation Pédagogique

CCC : communication pour changement de comportement

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CPN : Consultation Prénatale

Cm : Centimètre

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminé

CU : Contraction utérine

DFP : Disproportion foeto - Pelvienne

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

FVV : Fistule Vésico-Vaginale

GESTA : Gestion du travail et de l'accouchement

GEU : Grossesse extra utérine

Gr : grammes

Gyn. : Gynécologie

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HU : Hauteur Utérine

IMSO : Incision Médiane Sous Ombilicale

IIG : Intervalle Inter Génésique

LDT : Ligature des trompes

MAF : Mouvements actifs du fœtus

Mmhg : Millimètre de mercure

Mmol/l : Millimol par litre

Mn : minute

N&F : Nombres et Fréquence

Obst. : Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDE : Poche des eaux

PEV : Programme élargie de vaccination

PGRM : plaque glycolysis and regrowth model

PNP : Politique Norme et Procédure

PH : Potentiel hydrogène

PP : Placenta Prævia

RCIU : Retard de croissance intra utérine

TPI : Traitement Préventif Intermittent

SF : Sage-Femme

SSP : Soins de Santé Primaire

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

RU : Rupture Utérine

SA : Semaines d'Aménorrhée

SFA : Souffrance fœtale aigue

SIS : Système d'information sanitaire

SLIS : Système local d'information sanitaire

SR : santé de la reproduction

Susp : Suspicion

UC : Utérus cicatriciel

VAT : Vaccin Anti-tétanique ;

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

W : Travail d'accouchement

% : Pourcentage

° : degré



LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Table d'examen gynécologique tirée de Wikipédia 2006.....	14
Figure 2 : Appareil à tension un stéthoscope tirée de Wikipédia 2006.....	14
Figure 3 : Table d'accouchement tirée de Wikipédia 2006.....	14
Figure 4 : Thermomètre électronique tirée de Wikipédia 2006.....	14
Figure 5 : Mettre ruban tirée de Wikipédia 2006.....	14
Figure 6 : Pèse Personne tirée de Wikipédia 2006.....	14
Figure 7 : Escabeau tirée de Wikipédia 2006.....	15
Figure 8 : Lampe d'éclairage	15
Figure 9 : Stéthoscope de pinard tirée de Wikipédia 2006.....	15
Figure 10 : Speculum tirée de Wikipédia 2006.....	15
Figure 11 : Bandelette urinaire tirée de Wikipédia 2006.....	15
Figure 12 : Différentes présentations possible	21
Figure 13 : Carte Sanitaire district de San.....	27
Figure 14 : Répartition de nos consultantes en fonction de vaccin anti tétanique.....	38
Figure 15 : Répartition selon le type d'accès	39



**LISTE DES
TABLEAUX**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Planning des consultations prénatales (recueil OMS2016)	12
Tableaux II : Calendrier vaccinal	16
Tableaux III : Répartition des consultantes selon la tranche d'âge	33
Tableaux IV : Répartition des consultantes en fonction de la profession	33
Tableaux V : Répartition des consultantes selon l'ethnie.....	34
Tableaux VI : Répartition des consultantes en fonction du niveau d'instructions.....	34
Tableaux VII : Répartition des consultantes en fonction de statut matrimonial.....	35
Tableaux VIII : Répartition des consultantes en fonction de la gestité.....	35
Tableaux IX : Répartition des consultantes en fonction des parités.....	36
Tableaux X : Répartition des consultantes en fonction de nombre de CPN au moment de leur admission	36
Tableaux XI : Répartition des consultantes en fonction de la qualification du personnel.....	37
Tableaux XII : Répartition des consultantes en fonction de traitement préventif intermittente (TPI) à la SP.....	37
Tableaux XIII : Répartition des gestantes selon la prise de fer acide folique	38

Tableaux XIV : Répartition des consultantes en fonction de leurs sources d'information sur la CPN.....	39
Tableaux XV : Répartition des consultantes en fonction des antécédents médicaux évoqués par les gestantes.....	40
Tableaux XVI : Répartition des consultantes en fonction des antécédents obstétricaux évoqués par les gestantes.....	40
Tableaux XVII : Répartition des consultantes en fonction des antécédents chirurgicaux évoqués par les gestantes.....	41
Tableaux XVIII : Répartition des consultantes selon l'intérêt de la CPN.....	41
Tableaux XIX : Répartition des consultantes selon l'avis des maris pour le suivi prénatal.....	42

A decorative graphic of a scroll with a black outline and a grey shadow, containing the title text.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	Pages
I- INTRODUCTION-----	1
II- OBJECTIFS-----	4
III- GENERALITES -----	6
IV- METHODOLOGIE-----	25
V- RESULTATS-----	32
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	43
VII- CONCLUSION -----	49
VIII- RECOMMANDATIONS-----	51
IX- REFERENCES-----	54



INTRODUCTION

I - INTRODUCTION :

La consultation prénatale constitue ainsi l'un des quatre principaux piliers des activités de lutte contre la mortalité maternelle et infantile ; les autres piliers étant la planification familiale, l'accouchement dans les conditions d'hygiène et de sécurité et les soins obstétricaux essentiels [1].

Selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le monde, près de 600 000 femmes meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement ou survivent avec des séquelles [2]. Le risque pour une femme, de mourir des suites de ces complications est de 1 sur 150 dans les pays subsahariens, alors que ce même risque est de 1 sur 3800 dans les pays développés selon l'OMS [3].

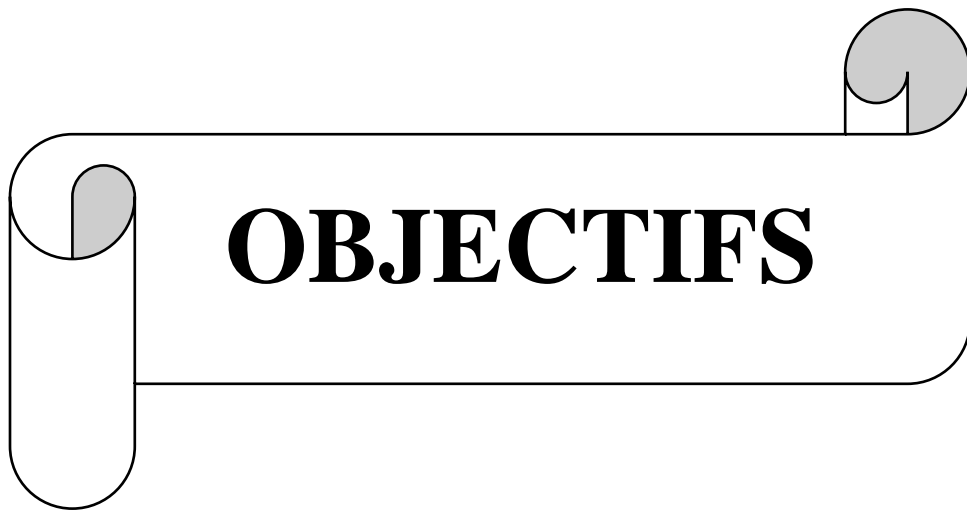
Dans le recueil de l'OMS en 2016 concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, recommande quatre consultations et huit contacts. Il préconise qu'une première consultation ait lieu entre 8 et 12 SA avec un contact, la deuxième consultation entre 24 et 26 SA avec deux contacts et en fin la troisième et la quatrième consultation entre 32 et 38 SA avec cinq contacts [4].

Selon l'enquête démographique et de santé au Mali EDSM- V [5], trois femmes sur quatre soit 74% ont reçu des soins prénatals, dispensés par un prestataire formé, 95% des femmes du district de Bamako ont fréquenté au moins une fois la CPN au cours de leur dernière grossesse. Ce chiffre est de 93 % pour les zones urbaines du Mali et 69% pour la zone rurale [5].

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes bénéficient des soins prénatals et accouchements sous surveillance d'un personnel médical qualifié. En cas de complications, elles ont accès à des soins d'urgence. Malheureusement dans les pays en voie de développement des problèmes demeurent quant à l'assistance des femmes en consultation prénatale et à l'accouchement, imputant lourdement les taux de mortalité maternelle.

Près de 303 000 femmes et adolescentes sont décédées en 2015 à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement [6]. Environ 2,6 millions d'enfants sont mort-nés la même année. La quasi-totalité des décès maternels (99 %) et infantiles (98 %) sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces décès maternels auraient pu être évités si les femmes ou adolescentes enceintes avaient eu accès à des soins prénatals de qualité [7].

Le but de notre étude était relatif à notre faible taux de consultation prénatale effective (quatre CPN) et le recours tardif aux soins prénatals. Pour une bonne compréhension de ces problèmes nous nous sommes proposé d'évaluer la connaissance de femmes sur l'intérêt de la consultation prénatale au centre de sante de référence de San.



OBJECTIFS


II-OBJECTIFS

1-Objectif générale :

Evaluer la connaissance des femmes enceintes sur l'intérêt de la CPN.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer les taux de CPN1 et CPN4.
- Déterminer les sources d'information des femmes sur la CPN.
- Rapporter les proportions des femmes ayant fait le TPI et le VAT au cours de la grossesse.
- Déterminer la connaissance des femmes et leurs maris sur l'intérêt des CPN.



GENERALITES

III. GENERALITES :

1. Définitions :

La consultation prénatale (CPN) constitue un ensemble d'activités essentielles au suivi de la grossesse et qui permettent entre autres :

- De dépister et traiter toute maladie que la mère peut avoir,
- D'aider la mère à rester en bonne santé en lui prodiguant des conseils et, de déceler ou de prévenir les pathologies pouvant influencer sur le pronostic de l'accouchement.

Ces consultations prénatales doivent être exécutées comme il le faut enregistrer dans un carnet pour permettre la transmission des informations de la femme et de la grossesse entre le personnel de santé habilité.

Dans les pays en développement, l'utilisation de support d'information comme document de suivi de grossesse est entrée dans les habitudes de la plupart des personnels de santé et des gestantes. [8]

2.1. Historique de la consultation prénatale :

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avait de la peine à recruter des hommes suffisamment bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les

gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants. [9]

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencée. A la lumière des événements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'Organisation des Nations Unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par-là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant. [9]

On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enraciner dans l'environnement social, culturel et économique

néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société »

Au cours du XXe siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [10].

La grossesse et l'accouchement sont en général source de joie pour les parents et la famille. Mais dans de nombreux pays, ils sont aussi synonymes de risques graves pour la santé des femmes et des nouveau-nés. Environ 1 500 femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Depuis 1990, le nombre annuel de décès maternels à l'échelon mondial se situe au-delà de 500 000 ce qui représente près de 10 millions de décès maternels au cours des 19 dernières années.

Le fossé qui sépare les pays industrialisés des régions en développement et des pays les moins avancés en particulier est sans doute plus profond pour la mortalité maternelle que pour n'importe quel autre secteur. Les chiffres le confirment : si l'on prend les données de 2005, on constate que pour une femme des pays les moins avancés, le risque moyen, sur la vie entière, de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour une femme vivant dans un pays industrialisé. Aucun autre taux de mortalité ne va aussi loin dans l'inégalité.

Tout comme pour la mortalité infantile, l'Afrique et l'Asie, avec 95 % des décès maternels et 90 % des décès néonataux, sont les deux continents les plus éprouvés. Les disparités entre les couches sociales au sein des pays restent profondes, surtout en termes de pauvreté [11].

La période et les causes des décès maternels et néonataux sont bien connues. Les décès par cause obstétricale directe sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultants de l'un quelconque des facteurs ci-dessus. Les décès dus, par exemple, à une hémorragie, à une pré-éclampsie ou une éclampsie, ou ceux qui sont dus à des complications de l'anesthésie ou de la césarienne, sont classés comme décès par cause obstétricale directe. Les décès par cause obstétricale indirecte sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. Par exemple, les décès dus à une aggravation d'une maladie cardiaque ou rénale préexistante sont des décès par cause obstétricale indirecte.

L'identification exacte des causes de la mort maternelle en précisant dans quelle mesure il s'agit de causes obstétricales directes ou indirectes ou d'une cause accidentelle ou fortuite n'est pas toujours possible.

Par ailleurs, des millions de femmes qui survivent à l'accouchement souffrent des séquelles de la grossesse, de traumatismes divers, maladies ou handicaps, souvent pour leur vie entière [12].

La majorité de ces problèmes de santé pourraient être évités ou traités grâce à des interventions de base comme l'accès à une médecine procréative de qualité, les soins prénatals, la présence de soignants qualifiés à l'accouchement, l'accessibilité des soins d'urgence pour les femmes en cas de besoin.

Les études ont montré qu'environ 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des soins de santé primaires ou obstétricaux essentiels [11].

Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décisions pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décisions programmatiques.

L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier coûteux en argent et en ressources humaines.

3.1. La consultation prénatale recentrée

3.1.1 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.

3.1.2 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.

3.2. Objectifs de la surveillance prénatale

- Dépister et prendre en charge d'éventuelles pathologies : hypertension artérielle, anémie, paludisme, syphilis, infection urinaire, infection par le HIV, malnutrition, carence en vitamines et micronutriments, etc.
- Dépister et prendre en charge de complications obstétricales : cicatrice utérine, présentation anormale, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, métrorragies, etc.
- Prévention systématique du tétanos néonatal et maternel, d'une anémie, de la transmission materno-fœtale du HIV, du paludisme en zone endémique, etc.
- Elaboration du plan d'accouchement, conseil, préparation à l'accouchement.

Il est recommandé de réaliser 4 consultations prénatales au cours d'une grossesse non compliquée. Si la patiente ne se présente qu'à partir du sixième mois, s'efforcer de réaliser 2 consultations.

Contact prénatal (Recommandation 2016 OMS) [4]

Tableau I : Calendrier des prises de contact pour les soins prénatals selon les recommandations de l'OMS

Modèle de soins prénatals focalisés de l'OMS	Modèle de soins prénatals de l'OMS 2016
	Premier trimestre
1ère consultation : 8-12 semaines	1er contact : jusqu'à 12 semaines
	Deuxième trimestre
2ème consultation : 24-26 semaines	2ème contact : 20 semaines 3ème contact : 26 semaines
	Troisième trimestre
3ème consultation : 32 semaines	4ème contact : 30 semaines 5ème contact : 34 semaines 6ème contact : 36 semaines 7ème contact : 38 semaines 8ème contact : 40 semaines
4ème consultation : 38 semaines	
Revenir à 41 semaines si la mère n'a pas accouché	

L'âge de la grossesse est exprimé en semaine d'aménorrhée (SA) ou de manière plus précise en mois de grossesse. La durée de la grossesse est de 9 mois ou 40 à 41 SA.

En fonction des problèmes dépistés et des antécédents de la patiente, il peut être nécessaire d'assurer une surveillance plus étroite.

3. 3. Matériels de CPN :

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé, aéré sans bruit et respectant l'intimité de la gestante.

Les matériels nécessaires sont :

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et une pèse personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Matériel pour réaliser un frottis vaginal, Spatules d'Ayres
- Lames fixatrices
- Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions antiseptiques
- Un Seau contenant une solution désinfectante



Figure 1 : Table d'examen gynécologique



Figure 2 : Appareil à tension un stétho



Figure 3 : Table d'accouchement



Figure 4 : Thermomètre électronique



Figure 5 : Mettre ruban



Figure 6 : Pèse Personne



Figure 7 : Escabeau



Figure 8 : Lampe d'éclairage



Figure 9 : stéthoscope de pinard



Figure 10 : speculum



Figure 11 : Bandelette urinaire

Source : Figure (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) Wikipédia 2006 [20]

3.4. Les activités préventives :

➤ La vaccination antitétanique

Tableaux II : Calendrier vaccinal

Nature	Doses	Périodes
VAT1	0,5ml	Dès le 1er contact ou la 1ère consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt
VAT2	0,5ml	Un mois après VAT1
VATR1	0,5ml	6 mois après VAT2 ou au cours d'une grossesse ultérieure
VATR2	0,5ml	1 an après VATR1 ou au cours d'une grossesse ultérieure

VATR3	0,5ml	1 an après VATR2 ou au cours d'une grossesse ultérieure
-------	-------	---

BN : Une fois les 5 doses faites, la femme est protégée pour toute sa vie.

- Le dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).
- La supplémentation martiale (fer)

➤ **Prescrire la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) :**

La dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est de trois comprimé de sulfadoxine pyrimethamine chaque mois soit 300 mg en prise unique. La 1ère prise après la 13ème semaine d'aménorrhée.

➤ **Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :**

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

3.5. Le bilan prénatal :

3.5.1. Les examens complémentaires indispensables sont :

- Groupage sanguin et rhésus.
- Sérologie de la syphilis (VDRL-TPHA).
- Sérologie de la rubéole et toxoplasmose.
- La sérologie du VIH-SIDA.
- Sérologie de l'hépatite B.
- Test d'Emmel
- Glycémie en jeun
- Glycosurie, albuminurie.
- Numération formule sanguine.
- Echographie.
- Amnioscopie.
- Amniocentèse.

Ces deux derniers examens seront demandés en fonction de la clinique.

Il est recommandé de faire trois échographies (recueil OMS 2016) :

- **Une première échographie** dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée) ;
- **Une deuxième échographie** qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (deuxième trimestre) ;
- **Une échographie du troisième trimestre** qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95 millimètres) ; cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

3.5.2. Les examens complémentaires non indispensables :

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques.

On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE), le frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures, le test de Coombs indirect, la radio du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc.

3.6. Première consultation

3.6.1. Interrogatoire

- Sentiment général concernant la grossesse (problèmes/préoccupations)
- Contexte social : conditions de vie, situation familiale, activité.
- Date des dernières règles.
- Antécédent obstétricaux et chirurgicaux :
 - Nombre de grossesses antérieures

- Complications lors de grossesses ou accouchement précédents (hémorragie, infection, prématurité, ...) ;
 - Avortement spontané ou provoqué ;
 - Enfants vivants ou décédés ;
 - Césarienne (s'informer de l'indication) ou toute autre intervention sur l'utérus ;
 - Extraction instrumentale
 - Fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale.
- Antécédent médicaux et traitement en cours : hypertension, diabète, asthme, épilepsie, cardiopathie, infection par le HIV, troubles psychiatriques, etc.
 - Statut vaccinal (tétanos)
 - Problèmes actuels : douleurs pelviennes, contractions, fièvres, symptômes urinaire, écoulement vaginal anormal, métrorragies, etc.

3.6.2. Estimation de l'âge de la grossesse et de la date présumée de l'accouchement

- L'âge de la grossesse est estimé en comptant le nombre de semaines d'aménorrhée (SA) depuis le premier jour des règles, à l'aide d'un calendrier ou d'un disque de grossesse.
- La date présumée de l'accouchement est estimée en comptant 40 ou 41 semaines d'aménorrhée à partir du premier du jour des dernières règles.
- La date présumée de l'accouchement peut être également estimée en comptant 9 mois plus 7 à 14 jours après le premier jour des dernières règles.

- Si la femme ne connaît pas la date des dernières règles, l'âge probable de la grossesse et la date présumée de l'accouchement est établi à partir de l'examen clinique ou de l'échographie.

3.6.3. Examen clinique

Dans tous les cas :

- Poids, tension artérielle (patiente assise, au repos)
- Taille
- Recherche de cicatrice abdominale.
- Recherche d'anémie, d'œdèmes, etc.
- Recherche des bruits du cœur fœtal dès la fin du premier trimestre.
- Estimation du volume utérin (permet d'estimer l'âge gestationnel) :
 - Au premier trimestre, le volume utérin est apprécié par un examen bi-manuel. A 7 semaines l'utérus a la taille d'un œuf de poule, à 10 semaines la taille d'une orange, à 12 semaines, le fond utérin dépasse la symphyse pubienne.
 - A partir du deuxième trimestre, l'utérus est perçu par le palper abdominal seul avec mesure de la hauteur utérine entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et le fond utérin
- Examen vaginal
- Toucher vaginal

3.7. Consultations suivantes

3.7.1. Interrogatoire

- Perception par la mère des mouvements fœtaux.
- Problèmes actuels : douleurs pelviennes, contractions, fièvres, symptômes urinaires, écoulement vaginal anormal, métrorragies, etc.

3.7.2. Examen clinique

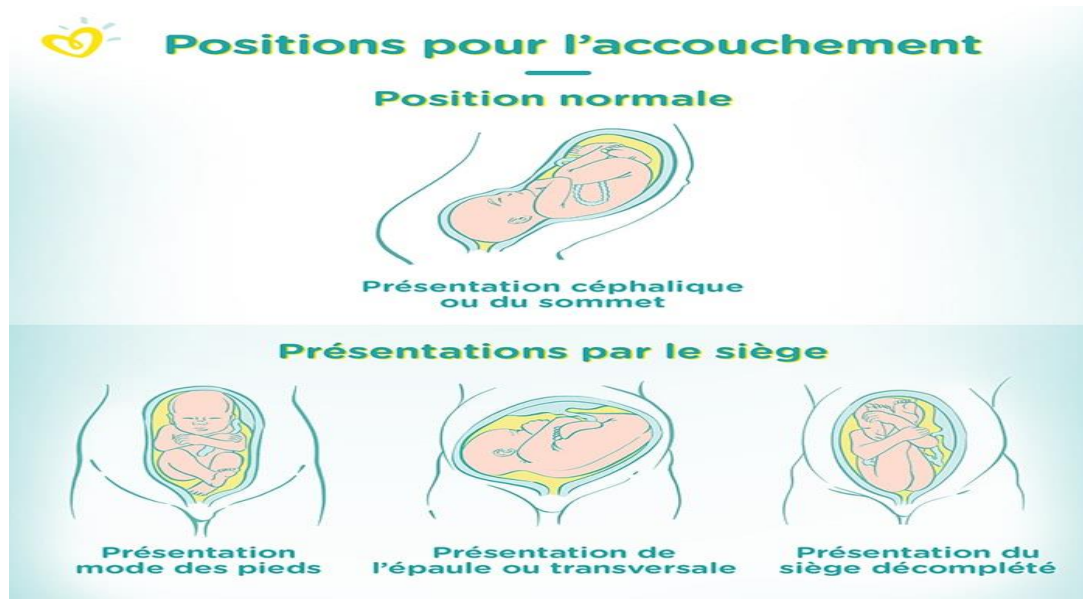
Dans tous les cas :

- Tension artérielle, poids, œdèmes, mesure de la hauteur utérine.
- Contrôle des bruits du cœur fœtal : ils doivent être réguliers, rapides (120-160/minute), non synchrone du pouls maternel.
- Etude de la présentation fœtale (au troisième trimestre) :
 - Pôle céphalique : arrondi, dur, régulier, donnant entre les mains une sensation ballotement, séparé du reste du corps par le sillon du cou, au-delà duquel on palpe la saillie du moignon.
 - Pôle pelvien : mou, plus volumineux et moins régulier que le pôle céphalique, sans la présence du sillon du cou.

Définition de la présentation :

- **Céphalique** : le pôle céphalique est dans le pelvis maternel.
- **Siège** : le pôle céphalique est dans le fond utérin.
- **Transverse** : les deux pôles sont chacun dans un flanc.

Figure 12 : Différentes présentations possibles



Recherche du côté du dos

- Examen génital
- Toucher vaginal

3.8. Plan d'accouchement :

Déterminer avec la patiente un plan individuel d'accouchement prenant en compte sa situation médicale et sociale :

- Identifier le Lieu d'accouchement
- Identifier la personne qui va effectuer l'accouchement
- Savoir comment contacter cette personne
- Prévoir comment se rendre au lieu d'accouchement
- Identifier la personne qui va accompagner la gestante et lui tenir compagnie
- Identifier la personne qui va s'occuper des enfants et de la famille en l'absence de la gestante
- S'accorder sur la personne qui va autoriser la gestante à aller à la maternité

- Epargner pour financer le coût de l'accouchement et des complications éventuelles
- Préparer un paquet contenant du savon et des habits propres pour la mère et l'enfant
- Prévoir un donneur de sang éventuel

4. Définition opérationnelles :

a. Qualité :

Selon DONABEDIAN « La qualité signifie de bons soins techniques, avec de bonnes relations interpersonnelles, et des locaux adéquats et confortables ». [13]

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question, et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition. [13]

b. Evaluation : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

c. Procédures : elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

d. Grossesse à haut risque :

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques, entraînant un risque élevé soit pour la mère ou le fœtus ; qu'il soit vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

e. La qualité des soins : consiste à appliquer les sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfice pour la santé sans augmenter pour autant les risques.

f. La maternité sans risque :

Selon l'OMS c'est créer des conditions dans lesquelles, toutes les femmes puissent choisir d'avoir des enfants ; et que celles qui font ce choix puissent être rassurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistante qualifiée à la naissance.

g. L'évacuation :

C'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail ou de l'accouchement.

h. Référence :

C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.

i. Normes : C'est un énoncé qui fixe une performance souhaitable ou possible, lequel sert de référence pour évaluer les gestes et pratiques.

- C'est un "repère" qui correspond au niveau souhaité d'excellence et qui sert à évaluer les résultats. En tant que telles, les normes deviennent des modèles à imiter et peuvent ne servir de points de comparaison.

j. Grossesse : C'est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel.

k. Communication : C'est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec soi-même ou avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour un changement de comportement.

l. Un facteur de risque : pendant la grossesse est une caractéristique qui lorsqu'elle est présente ; indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée.

m. Mortalité maternelle : selon l'OMS, c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

n. Taux de mortalité maternelle : c'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.



METHODOLOGIE

IV. Méthodologie

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de San.

➤ Présentation :

Situé au Sud-est de la région de SEGOU, la ville de San s'étend sur une superficie de 115 kilomètres carrés pour une population de 48923 habitants. La commune de San est située au 4°3 longitudinale Ouest et 13°18 latitude Nord. Elle est limitée :

- A l'Est par les communes rurales de Ténéni et Somo,
- A l'Ouest par la commune rurale de Niasso,
- Au Sud par la commune rurale de Dah,
- Au Sud-ouest par celle de Dieli,
- Au Nord par le fleuve Bani qui sépare les communes rurales de Sy et Ouolon.

La ville de San est le siège de la commune de San, constituée de douze (12) quartiers et sept (7) villages rattachés à la commune. Elle dispose sept formations sanitaires : Un CSRéf dans lequel s'est déroulée notre étude ;

Deux (2) CSCom (Santoro et Lafiabougou) ;

Un Hôpital Privé Monsieur Jean Gabriel Diarra ;

Six formations sanitaires privées.

A celles-ci s'ajoutent deux écoles de formations des techniciens sanitaires, un orphelinat et un centre de récupération nutritionnelle des sœurs missionnaires.



CARTE SANITAIRE

DISTRICT DE SAN

AIRES DE SANTE

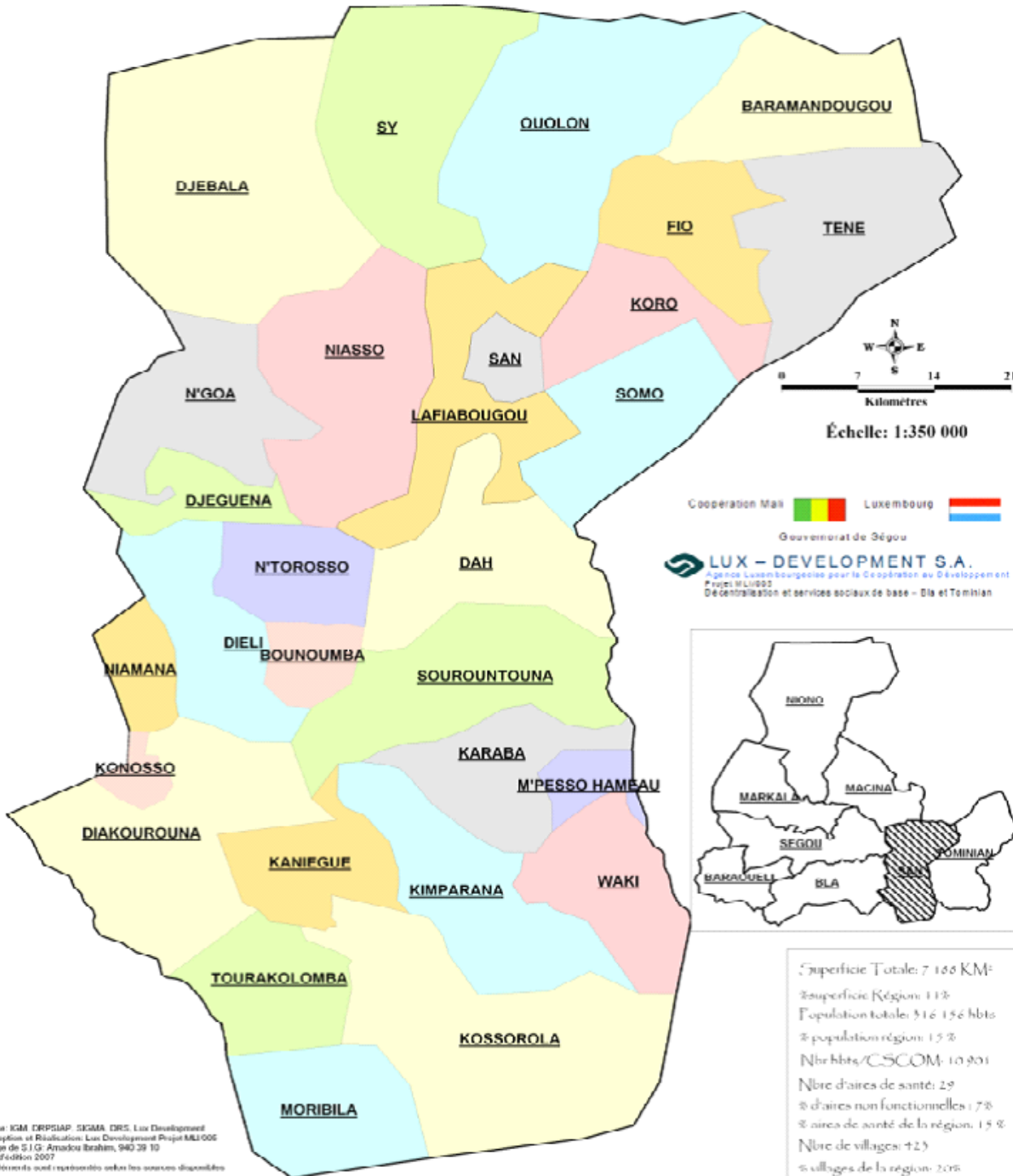


Figure 1 3 : Carte Sanitaire district de San

Le Centre de Santé de Référence de San :

Ce centre a été créé en 1905 par un médecin, Docteur Dupant lors d'une mission de vaccination. Le centre a reçu plusieurs appellations successives ; entre autres :

- Sous le régime colonial, Dispensaire de la ville de San puis Centre Médical de San.
- A l'indépendance, Centre de Santé du Cercle de San et après Centre de Santé Municipal de San ;
- Ensuite appelé Hôpital Secondaire de San, le 20 octobre 1977 par décret du conseil des ministres.
- Transformé en Centre de Santé de Référence du Cercle de San en 2007.

Le CSRef, entièrement rénové en 2015, comporte :

- Un bloc administratif ;
- Un bloc opératoire avec 3 salles opératoires dont 1 pour l'ophtalmologue et des bureaux ;
- Une unité de consultation médecine plus hospitalisation ;
- Une unité de consultation chirurgicale plus hospitalisation ;
- Une unité de consultation pédiatrique plus hospitalisation ;
- Une unité de prise en charge de malnutrition plus hospitalisation ;
- Une unité de consultation gynécologique-obstétricale plus maternité ;
- Un bloc technique abritant les unités d'odontostomatologie, d'ORL, d'ophtalmologie et d'imagerie médicale ;
- Un bureau local PEV ;
- Un bloc de bureau des entrées
- Un bloc abritant le DRC, les dépôts de vente, une salle de réunion et des magasins ;

- Un bloc abritant le laboratoire et des bureaux ;
- Une morgue.

La maternité comporte :

- Une salle de consultation pour médecin ;
- Une salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement ;
- Une Salle de suites de couches ;
- Une salle de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Une salle de consultation post natale ;
- Une unité de one stop center pour la prise en charge de VBG.
- Deux salles d'hospitalisation ;
- Une salle de grades ;
- Un bureau de sage-femme ;
- Deux toilettes ;
- Une salle de soins ;
- Une salle de staff.
- Une salle des internes
- Le service est dirigé par un Gynécologue-obstétricien. Le personnel est composé de :
 - 1 Gynécologue-obstétricien;
 - 1 Médecin Santé de la reproduction ;
 - 8 Sages-femmes;
 - 4 Infirmières obstétricien;
 - 3 faisant fonction internes
 - 2 Manoeuvres ;

- Le fonctionnement : Les consultations sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 08 Heures 30mn réunissant le personnel du service, dirigé souvent par le Chef de service.
- La visite est journalière après le Staff.
- Au niveau organisationnel du service de garde : Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :
 - Un Médecin;
 - Un faisant fonction d'interne ;
 - Une sage-femme
 - Une infirmière obstétricienne a défaut une matrone ;
 - Un faisant fonction anesthésiste ;
 - Un laboratoire ;
 - Un chauffeur d'ambulance ;

2- Type et période d'étude :

-Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive, qui s'est déroulée du 1^{er} juillet 2021 au 30 décembre 2021.

3- Lieu et durée d'étude :

-Maternité du centre de santé de référence de San

-Six mois

4-Population d'étude :

- L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes, venue d'elle-même ou référée par d'autre structure de santé ayant réalisé au moins une consultation prénatale au Csréf de San pendant notre période d'étude.

5 -Echantillonnage :

5-1-Criteres d'inclusion :

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

5-2-Criteres de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

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

6. Déroulement de l'enquête :

6.1 Source des données

Il s'est agi d'une fiche individuelle complétée à partir :

- Registres de consultations prénatales ;

6.2 Technique de collecte des données :

Les informations ont été obtenues par la lecture des documents suscités et la consignation des données sur la fiche d'enquête établie à cet effet.

6.3. Analyse des données :

Les données ont été saisies sur Microsoft office Word 2016, Excel 2016 analysées sur le logiciel SPSS 22.0 version française.



RESULTATS

V. RESULTATS :

Notre étude a porté sur 206 femmes enceintes.

Tableaux III : Répartition des consultantes selon la tranche d'âge.

Age	Effectifs	Pourcentage
≤ 18 ans	17	8
19 à 24 ans	59	29
25 à 29 ans	62	30
30 à 34 ans	35	17
35 à 39 ans	27	13
≥ 40 ans	6	3
Total	206	100

La tranche d'âge 25-29 ans était la plus représentées avec un taux de **30%**, suivi des adolescentes 19 à 24 ans avec un taux de **29%**, de 30 à 34 ans était de **17%**, et de 35 ans est plus avec un taux de **16,02%**, dont l'extrême de 14 et 45 ans. La moyenne âge est de 29,5 ans.

Tableaux IV : Répartition des consultantes en fonction de la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	175	85
Vendeuse	6	2,9
Fonctionnaire	6	2,9
Aide-ménagère	1	0,5
Commerçante	3	1,5
Elève/étudiante	15	7,5
Total	206	100

Les femmes au foyer ont représenté **85%** dans notre échantillon.

Tableaux V : Répartition selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	41	19,9
Peulh	32	15,5
Bwa	34	16,5
Bozo	13	6,3
Sonrhai	22	10,7
Sarakole	21	10,2
Minianka	13	6,3
Dogon	10	4,9
Malinke	12	5,8
Dafing	8	3,9
Total	206	100,0

Les bambaras étaient majoritaires suivi des Bobo avec respectivement **19,9%** et **16,5%** de l'effectif ensuite les peulhs étaient représentés à **15,5%**.

Tableaux VI : Répartition des consultantes en fonction du niveau d'instructions.

Niveau scolaire	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	71	34,5
Primaire	91	44,2
Secondaire	30	14,6
Supérieur	3	1,5
Etude coranique	11	5,3
Total	206	100

34,5% de nos consultantes étaient non scolarisées.

Tableaux VII : Répartition des consultantes en fonction de statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	3	1,5
Mariée	201	97,6
Veuve	1	0,5
Divorcé	1	0,5
Total	206	100,0

Les femmes mariées étaient les plus représentées **97,6%**

Tableaux VIII : Répartition des consultantes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	61	29,6
Paucigeste	100	48,5
Multigeste	29	14,1
Grand multigeste	16	7,8
Total	206	100,0

Les pauci gestes sont les plus représentées avec un taux de **48,5%**.

Tableaux IX : Répartition des consultantes en fonction des parités.

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	11	5,3
Primipare	50	24,3
Paucipare	100	48,5
Multipare	29	14,1
Grande multipare	16	7,8
Total	206	100,0

Les pauci pares sont les plus représentées avec un taux de **48,5%**.

Tableaux X : Répartition des consultantes en fonction de nombre de CPN au moment de leur admission.

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage	
0	9	4,4	Le
1	71	34,50	tau
2	71	34,50	x
3	27	13,10	de
4	28	13,60	CP
Total	206	100,0	N 4

t de 13,60%

Tableaux XI : Répartition des consultantes en CPN en fonction de la qualification du personnel.

Qualification du personnel	Effectifs	Pourcentage
Sage-femme	123	59,7
Infirmière obstétricienne	36	17,5
Matrone	11	5,34
Médecin/GO	36	17,5
Total	206	100,0

La majorité des consultations prénatales ont été faite par les sage-femmes (**59,7%**) et **17,5%** ont été faite par les infirmières obstétriciennes ou Médecin.

Tableaux XII : Répartition des consultantes en fonction de traitement préventif intermittente (TPI) à la SP.

Sulfadoxine Pyriméthamine (SP)	Fréquence	Pourcentage
NON-FAIT	11	5,3
SP1	90	43,7
SP2	59	28,6
SP3	36	17,5
SP4	10	4,9
Total	206	100,0

17,5% de nos patientes avaient eu **3 SP**.

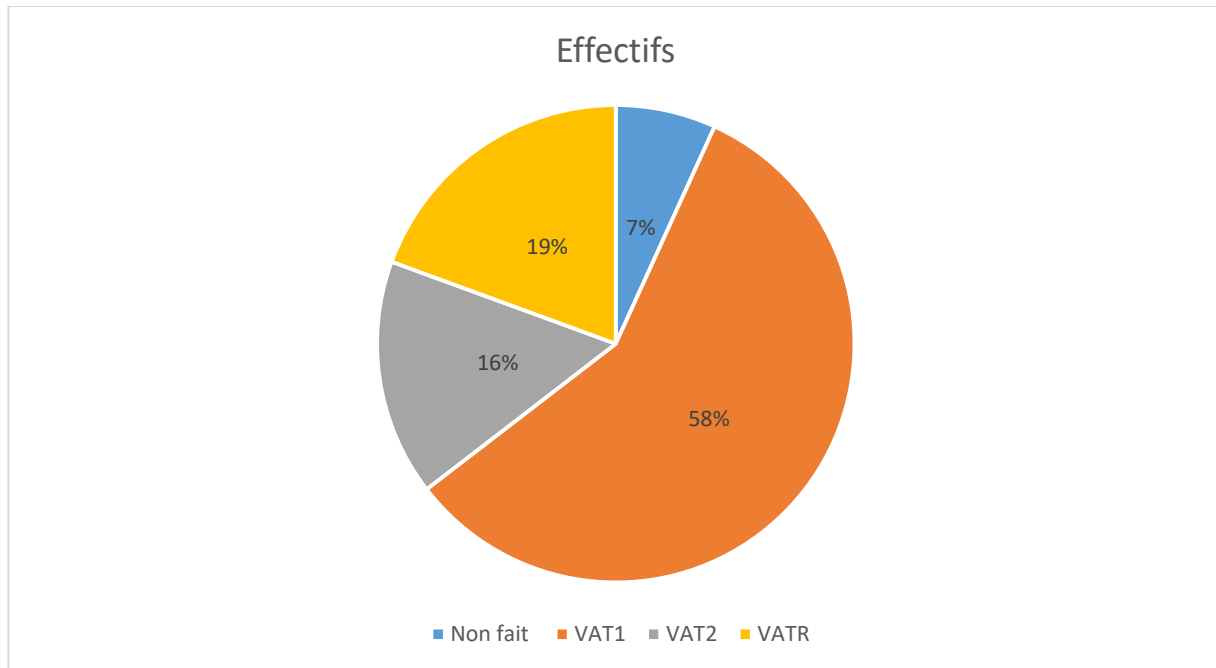


Figure 14 : Répartition de nos consultantes en fonction de vaccin anti-tétanique
Le VAT1 était la plus fréquente suivi de VATR respectivement : **58% et 19%**.

Tableaux XIII : répartition des gestantes selon la prise de fer acide folique

Prise de fer acide folique	Fréquence	Pourcentage
Oui	199	96,6
Non	7	3,4
Total	206	100,0

Il y a **96,6%** des gestantes prenaient le fer acide folique.

Tableaux XIV : Répartition des consultantes en fonction de leurs sources d'informations sur la CPN.

Source d'information sur CPN	Effectifs	Pourcentage
CAUSERIE EDUCATIVE	102	49,5
RADIO	72	35,0
TELE	32	15,5
Total	206	100,0

La source d'information sur la CPN par causerie éducative causerie était la plus représentée soit **49,5%**

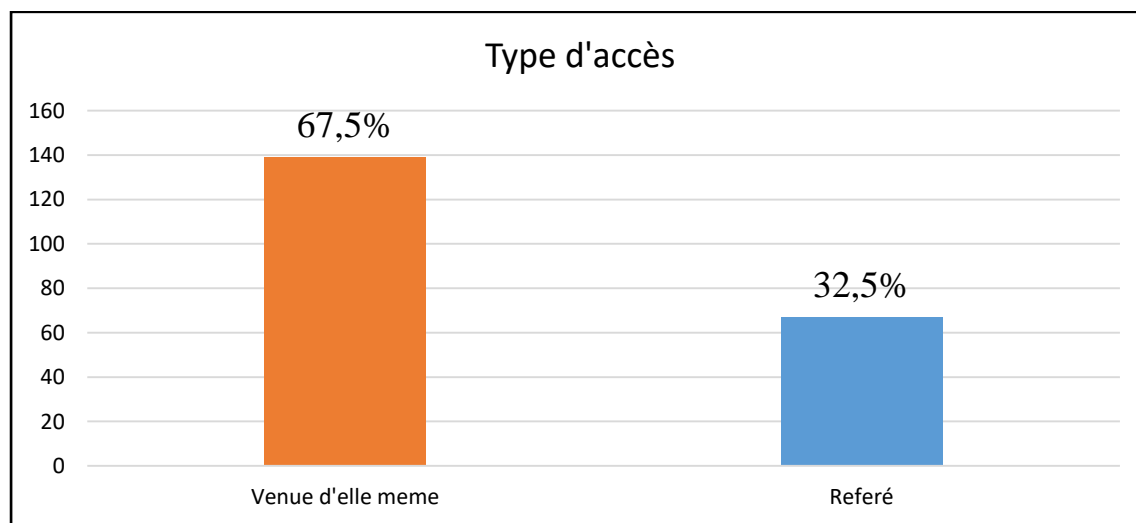


Figure 15 : Répartition selon le type d'accès.

Les parturientes venues d'elles même étaient 139 soit **67,5%** et **32,5%** des parturientes étaient référées.

Tableaux XV : Répartition des consultantes en fonction des antécédents médicaux évoque par les gestantes.

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	16	7,8
DEPANOCYTOSE	4	1,9
AUTRES	186	90,3
Total	206	100,0

Les antécédents hypertension artérielle (HTA) ont représenté un taux de **7,8%**.

Tableaux XVI : Répartition des consultantes en fonction des antécédents obstétricaux évoqués par les gestantes.

Antécédent obstétricaux	Effectifs	Pourcentage
Nombre d'enfants vivants	190	92,23
Nombre d'enfants décédé	56	27,18
Nombre d'avortement	61	29,6

L'avortement représente **29,6%** de nos gestantes.

Tableaux XVII : Répartition des consultantes en fonction des antécédents chirurgicaux évoqués par les gestantes.

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Césarienne	28	13,6
Cure de GEU	2	1,0
Kystectomie	2	1,0
AUTRES	174	84,5
Total	206	100,0

Les antécédents de césarienne ont représenté un taux de **13,6%**.

Tableaux XVIII : Répartition des consultantes selon la connaissance l'intérêt de la CPN.

Connaissance de l'intérêt de la CPN	Effectifs	Pourcentage
Dépistage et traitement des pathologies au cours de la grossesse	40	19,4
Dépistage et prévention des pathologie au cours de la grossesse	47	22,8
Elaboration du plan d'accouchement	54	26,2
Réduction de la morbidité et mortalité néonatale	56	27,2
NE SAIT PAS	9	4,4
Total	206	100

Les 4,4% de patientes ne savaient l'intérêt de la CPN.

Tableaux XIX : Répartition des consultantes selon l'avis des maris pour le suivi prénatal.

Avis du mari pour le suivi prénatale	Effectifs	Pourcentage
FAVORALE	176	85,4
PAS D'AVIS	30	14,6
Total	206	100,0

14,6% des maris de nos gestantes ne savaient pourquoi leurs femmes doivent faire la CPN



COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Notre travail est une étude sur une base de données établie dans le service, il s'agissait de toutes les femmes ayant été réfère ou venue d'elle-même pour la consultation prénatale à la maternité du CSRéf de San.

Le personnel soignant était disponible et d'une parfaite courtoisie, cependant nous avons rencontré de petites difficultés comme, la majorité des gestantes étaient analphabètes. Certaines d'entre elles assimilaient difficilement nos explications.

VI-1. Caractéristiques sociodémographiques :

➤ Fréquence :

L'analyse des données nous a permis de constater que sur 206 patientes, la fréquence de CPN était de **95,63%**, supérieur pour celle de **SAGARA J.** qui avait trouvé **80,1%**. [14]

➤ Age :

Dans notre étude les tranches d'âge 25-29 ans et 19-24 ans étaient les plus représentées avec des fréquences respectivement de **30% et 29%** des cas, ces tranches d'âge correspondent à celle de femme en pleine activité génitale, **8%** des parturientes avaient un âge inférieur à 18 ans et **16,02%** des parturientes avaient un âge supérieur à 35ans, groupe cible considéré potentiellement à Risque (fréquence élevée des macrosomies, des présentations vicieuses, de l'hémorragie du post partum, de malformations, conditions socioéconomiques défavorables, faiblesse ou absence de suivi prénatal) **CISSE A.** [15].

L'âges extrêmes étaient de 14 et 45 ans avec une moyenne de 29,5 ans. Chez **CISSE A.** [15] la tranche d'âge de 25-35 ans était la plus représentée avec un taux de **39,6%** des cas, avec l'âge extrême 14 et 52ans et Chez **AVODO AVODO M**

[16] la tranche âge de 20-34 ans était la plus représentée avec un taux **58,7%** des cas, avec l'âge extrême 14 et 45 ans.

➤ **Ethnie :**

L'ethnie la plus représentée était le Bambara **19,9%** des cas, l'ethnie Bobo **16,5%** suivi par leur cousin peulh avec **15,5%** ; ce qui explique que le centre est beaucoup fréquenté par la population les villages bambaras environnant dans le cercle de San. Ce résultat est inférieur à celui de **KUATE K C** qui trouvait l'ethnie Bambara avec **47,6%**. [17]

➤ **Occupation :**

Les différentes catégories d'occupation qui composaient notre échantillon montraient que les ménagères étaient majoritaires avec **85%** des cas, contre **moins 2,9%** des fonctionnaires.

Ce résultat était inférieur à celui de **CISSE A [15]** et supérieur à celui de **MAIGA A B [18]** qui avaient trouvé respectivement **94,6%** et **83,5%**.

Le nombre élevé des ménagères pourrait s'expliquer par le fait qu'un grand nombre de nos parturientes provenait des villages environnant où l'occupation principale des femmes est le ménage.

➤ **Statut matrimonial :**

Les parturientes mariées représentaient **97,6%** des cas durant notre étude, ce taux était inférieur à ceux de **CISSE A [15]** et **KANABAY B [19]** avec respectivement **98%** et **97,9% des cas**. Mais supérieur à ceux de **DJONGO A A** qui trouvait **95,4%** [20]. Ce résultat montre que moins de célibataires tombent enceinte et que le taux de mariage est élevé dans le district sanitaire de SAN, comparativement à la capitale (Bamako) où le nombre de célibataire est élevé.

➤ **Niveau d'instruction :**

Notre étude a montré que **34,5%** des gestantes étaient non scolarisées, et **44,2%** du niveau primaire. Ces résultats sont supérieurs à celui **COULIBALY D** qui trouvait

respectivement **22,3%** et **22%** [21] et ces taux sont comparable à ceux de **COULIBALY S** qui trouvait non scolarisées ou du niveau primaire soit respectivement **54,2%** et **27%** [22]. Selon l'enquête mondiale sur la fécondité, la fécondité est inversement proportionnelle au niveau d'instructions des femmes ; les femmes sans instructions ont en moyenne 2fois plus d'enfants que celles qui ont eu 7 années ou plus de scolarité, EDSM-VI 2018 [23]

VI-2. Antécédents obstétricaux des gestantes :

➤ Gestité :

Les pauci gestes sont les plus représentées avec un taux de **48,5%**. Ce résultat est supérieur à celui de **COULIBALY D** [21] ET **SAGARA J** [14] qui étaient respectivement **39,3%** et **31,5%**. Les grandes multi gestes représentaient **7,8%** de l'échantillon, taux supérieur à ceux de **TOURE H** [24] et de **KUATE K C** qui trouvaient respectivement **6,4%** et **7,1%**. Ce volet est très important à déterminer car la mortalité périnatale est la moindre pour les 2^e, 3^e et 4^e grossesses. Elle est plus élevée pour la 1^{ère} grossesse et augmente à partir de la 5^e grossesse. [17]

➤ Parité :

Les pauci-pares étaient le plus représentés avec **48,5%**. Ce résultat est comparable à celui de **COULIBALY D** [21] qui a trouvé **27%** et **Gblessemehlan A** [25] qui a trouvé **48,4%**. Quant aux grandes multipares, elles représentaient **7,8%** des cas. Ce résultat est supérieur à celui de **MAIGA M.Y** [26], qui trouvait **6%** des cas et inférieur à celui de **Cissoko k** [27] qui trouvait **28,7%**.

➤ Antécédents médico-chirurgicaux :

Parmi les consultantes ayant évoqué les ATCD médico-chirurgicaux : on notait HTA (**7,8%**) et la césarienne (**13,6%**). Contraire chez **CISSE A** qui a trouvé HTA (**2,7%**), utérus cicatriciel (**7%**) [15].

➤ **Admission :**

Les parturientes venant des aires de San représentaient **96,1%** des cas, et **3,9%** hors du district sanitaire de santé de San. Contraires à **CISSE A** qui trouvait **39,8%** des cas des parturientes venant hors de la ville et **1,3%** hors du district sanitaire de santé de San [15]. Cela est dû au niveau du centre, deuxième de la pyramide sanitaire au Mali donc un centre de sante de référence par excellence.

VI-3. Caractéristiques de la CPN :

➤ **La fréquence de la CPN :**

L'analyse des données nous a permis de constater que sur 206 gestantes, la fréquence de CPN était de **97,09%**, supérieur pour à celui de **CISSE A** qui avait trouvé **83,1%** [15]. La procédure fait partie des éléments capitaux dans l'évaluation de la qualité des soins prénatals. Il ressort de notre étude que la CPN était assurée dans **59,7%** par les sages-femmes, **17,5%** ont été faite par les médecins et infirmière obstétriciennes. Tandis que nos résultats sont inférieurs à celui de **GOITA M N** [28] qui a trouvé 100% de CPN assurée par les sages-femmes, contraire au **BATHILY B** [29] et **DOURRA M** [30] qui trouvaient respectivement **68,0%** et **72%**. Ce qui a un intérêt sur la qualité des consultations prénatales. Enquête Démographique et Santé du Mali, EDSM V 2012-2013[5] a révèle qu'au Mali la CPN est assure par des personnels formé (médecins, infirmières, sages-femmes et matrones) **74%** et pour **Bamako 95%**. Cependant beaucoup plus de femmes font leur CPN1 supérieur à **34,50%** contre **13,60%** des femmes font la CPN4. Comparable à celui de **Dembélé A B** qui trouvait plus de **45%** CPN1 contre **10%** de CPN4. [31]

➤ **Source d'information sur la CPN :**

La plupart de nos consultantes ont des informations sur la CPN aux causeries éducatives avec un taux de **49,5%**. Ce résultat est différé à celui de **COULIBALY**

D [21] qui a trouvé **61%** des gestantes disposaient des informations sur la CPN à travers les agents de santé.

➤ **L'intérêt de la CNP :**

La Réduction de la morbidité et mortalité néonatale, l'élaboration du plan d'accouchement, le dépistage et la prévention des pathologies au cours de la grossesse étaient les intérêts les plus connus des gestantes. Ces trois aspects représentaient respectivement **27,2%**, **26,2%** et **22,8%**. Contraire à celui de **COULIBALY D [21]**. La surveillance de l'évolution de la grossesse, et la prise en charge des pathologies étaient les avantages les plus connus par les gestantes. Ces deux aspects représentaient respectivement **52,3%** et **51,4%**.

➤ **Avantages du supplementation martiale:**

Presque la majorité (**96,6%**) des gestantes ont affirmé que le fer acide folique protège la femme et le nouveau-né contre l'anémie. Tandis que **COULIBALY D [21]** a trouvé 64,1% de cas.

➤ **Connaissance des avantages de la vaccination antitétanique :**

La majorité (**93,2%**) des gestantes ont affirmé que l'avantage de la vaccination antitétanique est de protéger la femme et le nouveau-né contre le tétanos. Contraire à celui de **COULIBALY D [21]** qui trouvait **31,2%** de cas.

➤ **Connaissance des mesures de protection contre le paludisme :**

Presque la majorité (**94,7%**) de nos gestantes ont reçus la SP par contre **COULIBALY D [21]** qui a trouvé, la moustiquaire imprégnée d'insecticide a été le plus citée comme mesures de protection contre le paludisme avec **91%**.

➤ **Concernant l'avis des maris :**

85,4% des maris des gestantes ont un avis favorable sur la CPN, contre **14,6%** n'ont pas d'avis sur la CPN. Ce résultat est comparable à celui de **SAGARA J** qui trouvait respectivement **91,4 %** et **3,8%**. [14]



CONCLUSION

VII. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de démontrer qu'il existe une proportion non négligeable des gestants qui ne connaissent pas l'intérêt de la consultation prénatale alors que la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale passe nécessairement par un suivi régulier de la grossesse.



RECOMMANDATIONS

VIII.RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires :

- Renforcer les campagnes de communications pour le changement de comportement en matière de CPN recentrées ;
- Rendre fonctionnel le système de communication téléphonique pour une meilleure prise en charge des évacuations ;
- Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel de santé responsable des C.P.N.
- Impliquer davantage les médecins des CSCOM dans les activités de C.P.N.
- Renforcer la compétence des relais et les membres de l'ASACO pour une meilleure sensibilisation de la population sur la CPN.

Aux autorités politiques :

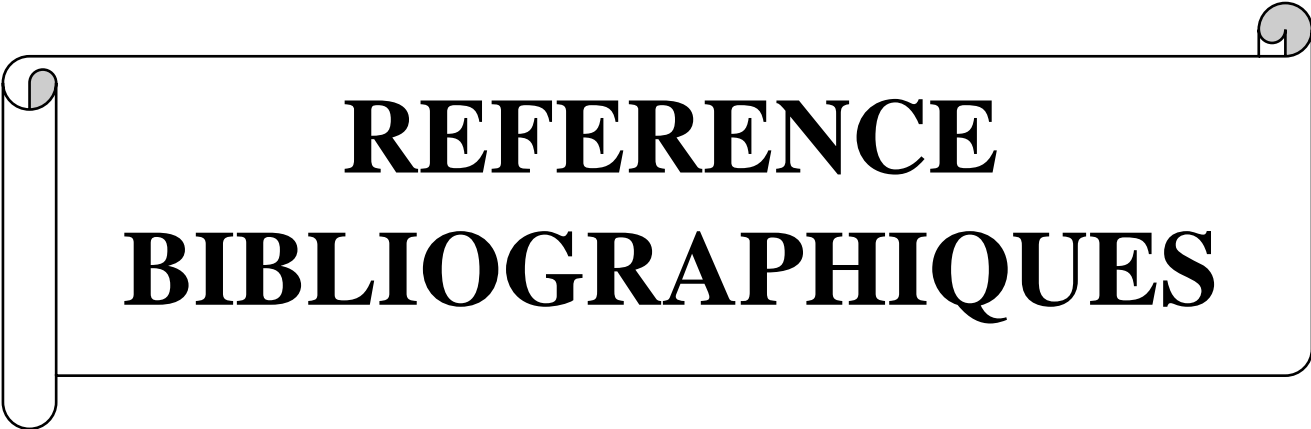
- Subventionner davantage les maternités afin qu'elles soient accessibles à toutes les femmes enceintes ;
- Consentir plus d'effort pour rehausser le niveau de scolarisation ;
- Mettre en place un système de transport adéquat entre le CSCom et le CSréf.
- Créer un service de néonatalogie au CSRef de San.

AU PERSONNEL DE SANTE RESPONSABLE DE LA C.P.N :

- Evaluer correctement tous les facteurs de risque au cours de la grossesse et l'accouchement en les notifiant dans les supports.
- Améliorer les séances de CCC, en insistant sur la préparation à l'accouchement, le planning familial, la préparation à l'allaitement en exhortant les gestantes à fréquenter les structures de santé les plus proches dès qu'elles se sentent enceinte ;
- Apprécier le bassin en fin de grossesse en vue d'établir le pronostic de l'accouchement.

AUX GESTANTES

- Faites la CPN dès le début de la grossesse et un suivi régulier ;
- Appliquez les conseils stricts donnés par les prestataires de santé.



REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.** Genève. Le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque. Genève : OMS ; 1996 Page 10, 13
- 2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.** Genève. Réduire la mortalité maternelle : Déclaration commune : OMS : FNUAP : UNICEF : Banque Mondiale, Edition de 1999 : P 1
- 3. OMS ; mortalité maternelle, centre des médias, aide-mémoire n°348. Mai 2012 :**
- 4. OMS :** Recommandations 2016 de l'OMS concernant les soins prénatals. Modèle OMS 2016 de soins prénatals. P 92
- 5. CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE (CPS/SSDSPF),** Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013.* Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.
- 6. ALKEMA L,** Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet.* 2016 ;
- 7. MORTALITE MATERNELLE :** Principaux repères. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (mortalité, consulté en anglais le 10 janvier 2018).
- 8. CIRCULAIRE N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151** du 30 mars 2006 relative au cahier des charges nationales des réseaux de santé en périnatalité.
- 9. TOURE M :** Evaluation de la qualité du remplissage des carnets de consultation prénatale dans une population de femmes venant accoucher au CHU du Point G. thèse de Med Bamako 2022. P 23
- 10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :** Rapport sur la société dans le monde, donnons la chance à chaque mère et chaque enfant. Edition de 2005.

Page 261.

11. UNICEF : La Situation Des Enfants Dans Le Monde : La santé maternelle et néonatale. Edition 2009 P 3.

12. OMS, UNICEF, UNFPA : Mortalité maternelle en 2005 : Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. P 4 - P5.

13. DONABEDIAN A : Exploration in assessment and monitoring, vol I The definition of quality and approaches to its Assessment, health distraction press an arbour, Michigan, 1980.

14. SAGARA J : CPN Recentrée : connaissances, attitudes et pratiques dans la communauté de Dio- gare - Kati. Thèse médecine, Bamako 2010.N°594 P 35 - P 47.

15. CISSE A : Evolution de la grossesse au cours des CPN au csref/San thèse de Med Bamako 2019 : P 14 –P 59

16. AVODO AVODO M : Etude épidémiologique et clinique des accouchements prématurés au centre de sante de référence de la commune IV. Thèse de Med, Bamako 2014, P 96.

17. KUATE K C : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale recentrée dans les centres de santé communautaire de la commune II du district de Bamako, thèse Med 2017. P 45 – P 59

18. MAIGA A B : Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf de la commune I du district de Bamako, thèse de Médecine Bamako 2008. P 12.

19. KANABAYE B : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako, thèse de Med Bamako 2015 ; P : 81.

20. DJONGO A A : Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de Mopti, thèse de Med Bamako 2017. P 42.

21. COULIBALY D : Connaissance, attitudes et pratiques des gestantes face aux consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune VI district de BAMAKO 2014. Thèse de Med Bamako 2014. P 61 - P 63.

22. COULIBALY S : Qualité de la consultation prénatale au centre de santé ASCOBOUL II en commune I du district de Bamako, thèse de Med 2013. P 91.

23. 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) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.

24. TOURE H : Qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, thèse Med 2019. P 49

25. 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 Méd 2011 N°315 P 35 - P 39.

26. MAIGA M Y : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le centre de santé de référence de Nara en 2018, thèse Med 2020, P 58.

27. CISSOKO K : Evaluation de la qualité des CPN entre octobre 2017 et mars 2018 à la maternité de l'hôpital de Gao. Thèse Med 2020 P 65.

28. GOITA M N : Evaluation de l'utilisation de service en CPN dans le cscom de Koulouba ; Thèse de Med 2019. P 42.

29. BATHILY B : Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le CSCOM de Dravéla et Dravéla - Bolibana en commune III du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako 2013. P 59.

30. DOURRA M : Influence de la qualité des consultations prénatales sur l'issue de la grossesse dans le Csref de la commune II du district de BAMAKO 2014 ; Thèse de Med 2014. P 90.

31. DEMBELE A B : Evolution du nombre de CPN et d'accouchement au Cskom de Yirimadio en commune VI du district de Bamako de 2015 à 2016. Thèse de de Med 2018 P 76.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MOULAYE

Prénom : Mohamed Assalaha

Téléphone : (00223) 73020933/66435001

Nationalité : Malienne

Titre : Connaissance des femmes enceintes sur l'intérêt de la consultation prénatale dans le district sanitaire de San.

Année universitaire : 2021-2022

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (FMPOS) ; BP : 1805 Bamako MALI

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique

RESUME DE LA THESE :

Objectif général :

Evaluer la connaissance des femmes enceintes sur l'intérêt de la CPN au Csréf de San.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective transversale et descriptive, réalisée dans le Csréf de San. Cette étude s'est déroulée du 1^{er} juillet 2021 au 30 décembre 2021 soit une période de six mois.

Résultats :

Notre étude a porté sur 206 femmes enceintes ; soit une fréquence de CPN de **95,63**. Le taux de CPN **4** était de **13,60%** et le taux de CPN**1** était de **34,5%**. La réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale, l'élaboration du plan d'accouchement, le dépistage et la prévention des pathologies au cours de la grossesse étaient les intérêts les plus connus des gestantes. Ces trois aspects représentaient respectivement **27,2%**, **26,2%** et **22,8%**.

Conclusion :

Cette étude nous a permis de démontrer qu'il existe une proportion non négligeable des gestantes qui ne connaissent pas l'intérêt de la consultation prénatale alors que la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale passe nécessairement par un suivi régulier de la grossesse.

Mots clés : Evaluation, Consultation prénatale, Csréf San



ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

Numéro de la fiche :

Numéro du dossier :

Date d'entrée : -----/-----/-----

Nom :

Prénom :

Résidence :

I- Caractéristiques sociodémographiques :

Q1 Age : -----

Q2 Ethnie: /-----/

1=Bambara ; 2=Peulh ; 3=Bwa ; 4=Bozo ; 5=Sonrhaï ; 6=Sarakolé ; 7=Minianka ;
8=Dogon ; 9=Malinke ; 10=Dafing ;

Q3 Profession: /-----/

1=ménagère ; 2=vendeuse ; 3=fonctionnaire ; 4=aide-ménagère, 5=commerçante
6=Elève/étudiante ;

Q4 Niveau scolaire: /-----/

1=Analphabète ; 2=primaire ; 3=secondaire ; 4=supérieur ; 5=étude coranique ;

Q5 Statut matrimonial: /-----/

1=célibataire ; 2=mariée ; 3=veuve ; 4=divorcé

Q6 Provenance : /-----/

1- Aire de San ; 2-Hors de Aire

II. Antécédent Obstétricaux :

Q7 Gestité: /-----/

1-primigeste ; 2-pauci-geste ; 3-multigeste ; 4-grande multi geste

Q8 Parité: /-----/

1-Nullipare ; 2-Primipare ; 3-Paucipare ; 4-Multipare ; 5-Grande multipare ;

Q9 Nombre d'enfant vivant:/-----/

1=0 ; 2= 1 à 2 ; 3= 3 à 4 ; 4= 5 est plus

Q10 Nombre d'enfant décédé:/-----/

1= 0 ; 2= 1 à 2 ; 3= 3 à 4 ; 4= 5 est plus

Q11 Nombre d'avortement:/-----/

1=0 ; 2= 1 à 2 ; 3= 3 à 4 ; 4=5 est plus

Q12 Antécédent médicaux:/-----/

1= HTA ; 2= Diabète ; 3= Drépanocytose ; 4= Asthme ; 5=Cardiopathie ; 6=RAS

Q13 Antécédent chirurgicaux:/-----/

1= Césarienne ; 2= Myomectomie ; 3= Cure de GEU ; 4=kystectomie ; 5=RAS

Q14 Mode d'admission:/-----/

1=Venue d'elle-même ; 2=Référé ; 3=Evacuée ;

Q15 Motif d'admission:/----- /

1= consultation prénatale ;

III. Caractéristiques de la CPN :

Q16 Nombre de CPN:/-----/

1= 0 ; 2= 1 ; 3= 2 ; 4 = 3 ; 5= 4

Q17 Auteurs de l'information sur la CPN:/-----/

1= Sage-femme ; 2= Infirmière obstétricien ; 3= Matrone ; 4= Médecin/GO ;

Q18 Source d'information sur la CPN:/-----/

1= Causerie éducative ; 2= Radio ; 3= Télé ;

IV. Traitement préventifs au cours de la CPN :

Q19 VAT:/-----/

1=Non fait ; 2= VAT 1 ; 3= VAT 2 ; 4= VAT R ;

Q21 SP:/-----/

1=Non fait ; 2= SP1 ; 3= SP2 ; 4= SP3 ; 5= SP4 ; 6= SP5 ;

Q22 Fer acide folique:/-----/

1= Oui ; 2= Non

Q23 Alben :/-----/

1= Oui ; 2= Non

Q24 Intérêt de la CPN:/-----/

1= Dépistage et traitement des pathologies au cours de la grossesse ;

2= Dépistage et prévention des pathologies au cours de la grossesse ;

3= Elaboration du plan d'accouchement ;

4= Réduction de la morbidité et la mortalité néonatale ;

5= Ne sait pas ;

Q25 Avis du Mari pour le suivi prénatal:/-----/

1= Favorable ;

2= Pas favorable pour faute de moyen financier ;

3= Pas favorable sans raison ;

4= Pas d'avis ;

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !