

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



UNIVERSITÉ DE BAMAKO

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

Thèse

**CONSULTATIONS PRENATALES RECENTREES :
CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA
COMMUNAUTE DE DIO-GARE**

**Présentée et soutenue publiquement le/...../2010
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

Par Mr : JOSEPH AMADOMON SAGARA

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

Jury

Président : Pr. Amadou Ingré DOLO

Membres : Dr. Binta KEITA

Dr. Oumar GUINDO

CoDirecteur Dr Ibrahima TEGUETE

Directeur: Pr. Mamadou TRAORE

DEDICACE

Je dédie ce travail de thèse à mon oncle, **David SAGARA**.

Tonton, te dédier ce travail est une manière pour moi de désaltérer ta soif de faire la médecine. Toi qui étais animé d'une volonté manifeste d'être un jour médecin. Reçois ma profonde gratitude pour tout le soutien que tu m'as accordé.

REMERCIEMENTS

Au Père Céleste,

Dieu infiniment Bon, je te rends grâce de m'avoir accordé la vie, la force de franchir une partie des études en médecine. Tu es mon Berger, rien ne saurait me manquer. Que ton Esprit saint soit mon guide dans la pratique de la médecine.

A mes parents :

Papa Emmanuel,

Quelle fierté pour moi d'être ton enfant. Un homme cultivé, qui estime que le savoir est la plus grande richesse de ce monde. Tu t'adresses à tes enfants en ces termes : « cette bibliothèque que vous voyez dans le salon est votre héritage ». Une parole pleine de sens. Une manière pour toi de nous montrer l'importance du savoir. Et tu disais : toute victoire facile est fragile. Toi qui orientes tes enfants, donnes le libre choix dans toute chose et sans cesse tu accompagnes. Papa, j'espère que tu seras fier de ton fils. Que Dieu te donne une longue vie sereine à nos côtés.

Maman Yakungnon Marie Thérèse SAGARA,

C'est un immense bonheur pour moi d'être né de toi. Femme non scolarisée et pourtant n'ignorant point la valeur des études. Tu pousses sans cesse ton enfant vers la gloire. Tu te fais toujours des soucis pour tes enfants car tu es une vraie mère même demain tu me diras : « Joe il y a à manger sur la table ». Cette phrase que tu n'oublies jamais. Jamais ! Je t'aime et je te souhaite de vieillir dans tout le bonheur.

Au Mali :

Les Grecs disent : « nous sommes nés pour notre pays et devons mourir pour lui ». Merci d'avoir investi en moi pendant ces longues années d'études. Ma chère patrie, tu m'as donné des encadreurs de taille depuis l'école maternelle jusqu'à nos jours. Tu as créé les conditions favorables à ma formation. Je prie le Bon Dieu de pouvoir te servir avec honnêteté et loyauté. Tu nous rappelles dans l'hymne national : « ... Nous sommes résolus de mourir... pour l'Afrique et pour toi Mali... »

Au corps professoral de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie :

Monsieur le Doyen, le professeur **Toukara Anatole**, recevez mes sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement qui m'a été dispensé par les éminents enseignants de votre faculté. Je prie Dieu afin que vous et vos collègues voient en moi le digne élève. Merci chers maîtres.

Aux médecins du service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré : **Dr Mounkoro Niani, Dr Traoré Youssouf, Dr Dolo Tidiani, Dr Wane Assitan et à tous les CES**; je vous remercie du fond du cœur pour l'enseignement reçu.

A la population de Dio :

Mes sincères remerciements aux chefs des différents villages, au maire, au médecin chef du centre de santé, à tout le personnel du centre de santé, à l'imam, au pasteur, au président de l'ASACO et à tous ceux qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires. Espérons que ce travail puisse améliorer la santé de la population.

A mes frères et sœurs :

Sagou, Geneviève, Abdoulaye, Marie et Jean recevez vous aussi mes sincères remerciements qui sont sans fin. J'ai eu des motivations avec vous depuis notre table d'étude de l'école primaire. Chaque soir qu'on apprenait ensemble était une ascendance pour moi. On s'encourageait mutuellement et les conseils étaient au rendez vous. Puisse ce travail vous servir aussi.

Mes remerciements vont à l'égard de tous mes oncles sans distinction qui m'ont accordé leur soutien. Il s'agit de : **Lazare, David, Pierre, Souleymane, Dana.**

Mes tantes je vous adresse mes remerciements. Vous avez joué pleinement votre rôle dans l'éducation que j'ai reçue. Merci

A la Famille Bréhima Traoré à Hamdallaye ACI :

Tonton, à travers votre fille, vous nous avez traité comme vos enfants. Vous avez mis à notre disposition votre ordinateur de bureau, votre maison pour que ce travail soit achevé dans la perfection. Merci et que Dieu vous bénisse.

A Marie Louise Coulibaly, merci pour l'écoute qui te caractérise. De me rappeler que la patience est un chemin d'or et quelles qu'en soient les circonstances tu es et tu seras toujours avec moi.

A mes aînés médecins et pharmaciens :

Docteur Banou Clément, Dr Kassogué André, Dr Banou Etienne, Dr Guindo Abdias, Dr Téguette Awa Dougnon, Dr Ouologuem Sory, Dr Koné Charles, Dr Togo Etienne, Dr Guindo Agnés, Dr Dara Victor, Dr Dara Jacob, Dr Dara Antoine, Dr Fomba Amadou, Dr Djiré Mahamadou vous qui êtes considérés comme mes aînés en médecine, je vous remercie pour les conseils.

A Haouwa DIALLO, sage-femme à la direction nationale de la santé, division santé de la reproduction. Vous êtes une chance pour le Mali, un exemple à suivre. Vous avez l'amour de votre métier. Merci de me faire profiter votre générosité.

Au responsable de la salle informatique du CHU Gabriel TOURE, Lamine et toute on équipe pour leur accueil et encouragement.

A mes collègues,

Awa Bréhima Traoré, à cause de ces travaux de thèse nous avons noué une bonne relation amicale. Grâce à toi nous avons été accueillis dans votre famille. Je te remercie pour le temps passé ensemble dans l'attente et surtout l'humour qui te caractérise.

Aminata Oumar Traoré, merci à toi également. Que Dieu réserve un avenir radieux à tout un chacun.

A vous mes amis, avec lesquels j'ai noué des relations de courtoisie et de complicité. Chaque jour passé auprès de vous était un jour d'apprentissage. J'apprenais avec vous le savoir être. Vous êtes si nombreux à me soutenir. Je dirais merci à : **Tchèda, Pabrut, Bouba, Moustaph, Zvonimir Bobane, M'Baha Moussa Sissoko, Diélika Traoré, Dr Diawara Moussa, Dr Maïga Kaïdiatou, Adama Sidi yéha Traoré, Mme Coulibaly Koumba Bagayoko, Fatim Diallo, Ina Sow, Blandine Témé.**

A l'Alliance universitaire pour le renouveau (**ALLURE**). Ce groupe dans lequel j'ai appris le syndicalisme, la vie en société, la responsabilité. Elle m'a ouvert beaucoup de portes. Merci à toutes les générations qui ont succédé au notre pour tout l'estime qu'elles ont eu pour moi. Les ambitions ont été pistonnées par ce groupe. A travers ce groupe j'ai connu des hommes qui méritent mon respect et toutes mes considérations : Dr Bengaly Alassane, Dr Dakouo Florent, Dr Saye Zakari, Dr Traoré Youssouf, Dr Maïga Yanta Ibrahim, Dr Diallo Cheick Bady, Dr Cissé Moussa.

Aux Etats Majors : **Bâtisseurs, Expérience Syndicale, PAREIN, RASERE, Renaissance convergence syndicale.** Merci de rendre mon passage agréable à la faculté, car avec vous j'ai appris les notions du syndicalisme.

Au Comité **A.E.E.M 2005-2006** que j'ai dirigé avec fierté et succès. Je remercie tous les membres du bureau pour la bonne collaboration.

Aux membres des bureaux de coordination de **l'A.E.E.M 2005 - 2006 et 2006 - 2007** dirigés par les camarades secrétaires généraux Safounè Togo et Mohamed Ibrahim Baby acceptez mes remerciements pour l'unité d'action syndicale.

Aux associations et clubs : **C.E.C, Club Alioune Blondin Beye, Prêtez main forte, AMPES – RCD, AJRSCODOS.**

Liste des abréviations

- ASACO** : Association de Santé Communautaire
BW : Bordet et Wasserman
BF : Belles-Filles
BM : Belles-Mères
CCC : Communication pour un Changement de Comportement
CED : Centre d'Éducation pour le Développement
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN : Consultation Périnatale
CPNR : Consultation Périnatale Recentrée
CSCom : Centre de santé communautaire
CSRef : Centre de Santé de Référence
DRPS : Direction Régionale du Plan et de la Statistique
ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines
EDSB : Enquête Démographique et de la Santé Benin
EDSBF : Enquête Démographique et de la Santé Burkina Faso
EDS – M : Enquête Démographique et de la Santé Mali
FAF : Fer + Acide Folique
Gs-Rh : Groupage Sanguin Rhésus
Hb : Hémoglobine
HTA : Hypertension Artérielle
MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
NFS : Numération Formule Sanguine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PF : Planification Familiale
PMA : Paquet Minimum d'Activité
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SA : Semaine d'Aménorrhée
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine
TPI : Traitement Préventif Intermittent
TV : Toucher Vaginal
UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

| | Pages |
|---|--------------|
| I- INTRODUCTION: | 1 |
| II- OBJECTIFS: | 4 |
| III- GENERALITES: | 5 |
| IV- PATIENTS ET MATERIELS: | 16 |
| V- RESULTATS: | 23 |
| VI- DISCUSSION: | 62 |
| VII-CONCLUSION: | 72 |
| VIII- RECOMMANDATIONS: | 73 |
| IX- REFERENCES: | |
| X- ANNEXES: | |

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCTION | 1 |
| II. OBJECTIFS | 4 |
| III. GENERALITES | 5 |
| A. Histoire de la consultation prénatale :..... | 6 |
| B. Aspects techniques de la consultation prénatale :..... | 7 |
| C. Consultation prénatale recentrée :..... | 8 |
| 1. Concept :..... | 8 |
| 2. Conditions et éléments de la CPN recentrée :..... | 8 |
| 3. Première consultation prénatale | 9 |
| 4. Autres consultations :..... | 11 |
| 5. L'examen du neuvième mois :..... | 12 |
| D. Définitions des termes utilisés en CPN :..... | 12 |
| IV. PATIENTS ET MATERIELS :..... | 16 |
| A. Cadre de l'étude..... | 16 |
| B. Période d'étude..... | 18 |
| C. Population d'étude..... | 18 |
| D. Type d'étude..... | 19 |
| E. Aspects éthiques..... | 22 |
| F. Définition opératoire..... | 23 |
| V. RESULTATS | 24 |
| Première partie : Etude transversale | 24 |
| A. Caractéristiques sociodémographiques :..... | 25 |
| 1. Age..... | 25 |
| 2. Ethnie..... | 26 |
| 3. Statut matrimonial..... | 27 |
| 4. Niveau d'instruction | 28 |
| B. Antécédents obstétricaux..... | 28 |
| 1. Gestité..... | 28 |
| 2. Parité..... | 29 |
| 3. Nombre d'enfants vivants..... | 29 |
| 4. Histoire des grossesses précédentes..... | 30 |
| a. Taux de couverture prénatale..... | 30 |
| b. Raisons du non suivi des grossesses précédentes..... | 31 |

| | |
|---|-----------|
| C. Surveillance de la grossesse actuelle..... | 32 |
| 1. Taux de couverture prénatale..... | 32 |
| 2. Raisons du non suivi de la grossesse actuelle..... | 33 |
| D. Consultation prénatale recentrée..... | 34 |
| 1. Concept de CPN recentrée..... | 34 |
| a. Information sur le concept de la CPNR..... | 34 |
| b. Contenu de la CPNR..... | 35 |
| 2. Nombre de CPN..... | 36 |
| a. Nombre de CPN conseillé au cours de la grossesse..... | 36 |
| b. Opinion sur le nombre de CPN..... | 37 |
| 3. Promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides..... | 37 |
| a. Connaissance de l'utilisation des MII..... | 37 |
| b. Respect de l'utilisation des MII..... | 38 |
| c. Raisons du non utilisation des MII..... | 38 |
| 4. Le traitement préventif intermittent..... | 39 |
| a. Information sur la prophylaxie anti palustre avec la SP..... | 39 |
| b. Respect de la prise de la SP..... | 39 |
| c. Raisons du non respect de la prise de la SP..... | 40 |
| 5. La prophylaxie anti anémique avec le fer plus acide folique..... | 41 |
| a. Information sur la prophylaxie anti anémique avec le FAF..... | 41 |
| b. Respect de la prise de FAF..... | 41 |
| c. Raisons du non respect de la prise du FAF..... | 42 |
| 6. Signes de danger au cours de la grossesse..... | 42 |
| a. Information | 42 |
| b. Connaissances des signes de danger..... | 43 |
| 7. Le plan d'accouchement..... | 44 |
| a. Information sur le plan d'accouchement..... | 44 |
| b. Connaissance des aspects du plan d'accouchement..... | 45 |
| c. Implication des époux..... | 46 |
| Deuxième partie : Focus group (Discussion de groupes)..... | 47 |
| A. Groupe N°1 : Membres de l'association de santé..... | 47 |
| B. Groupe N°2 : Membres de l'association féminine locale..... | 50 |

| | |
|---|-----------|
| C. Groupe N°3 : Les femmes primipares..... | 52 |
| D. Groupe N°4 : Les femmes multipares..... | 54 |
| E. Groupe N°5 : Les belles-mères de femmes enceintes..... | 56 |
| F. Groupe N°6 : Les époux de femmes enceintes..... | 58 |
| G. Groupe N°7 : Les leaders d'opinions..... | 60 |
| VI. DISCUSSION..... | 63 |
| A. Aspects méthodologiques..... | 63 |
| B. Evolution de la réalisation des CPN..... | 63 |
| C. CPN recentrée..... | 64 |
| a. Perception de la consultation prénatale par la population..... | 67 |
| b. Les facteurs influençant la bonne marche des CPN..... | 68 |
| VII. CONCLUSION..... | 73 |
| VIII. RECOMMANDATIONS..... | 74 |
| Aux autorités sanitaires..... | 74 |
| Aux autorités politiques..... | 74 |
| A la population..... | 74 |
| IX. REFERENCES..... | |

I. INTRODUCTION

Les consultations prénatales constituent l'un des quatre piliers de la maternité à moindre risque. Les trois autres piliers étant la planification familiale, l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité et les soins obstétricaux essentiels [37]¹.

Dans toutes les sociétés du monde, la grossesse est un événement physiologique particulier qui attire l'attention des couples et des familles. C'est pourquoi les soins prénatals ont été adoptés de façon universelle. Cependant, dans leur réalisation pratique, de grandes différences existent.

Ainsi, selon une compilation de l'OMS sur la couverture prénatale, 98% des femmes enceintes dans les pays développés suivent les consultations prénatales tandis que ce taux restait inférieur à 70% dans la plupart des pays d'Afrique, en Inde et dans les pays asiatiques arabes [36].

Plusieurs facteurs ont été répertoriés comme affectant la fréquentation des centres de consultations prénatales dans ces pays : le statut des femmes, leur situation matrimoniale (la grossesse est honteuse si la femme n'est pas mariée), l'économie et le statut économique (l'économie générale du pays ou de la communauté, le bien-être économique de la famille, la personne qui contrôle les finances dans la famille ou le ménage), les croyances défavorables qui concernent la grossesse, etc. Un autre facteur non moins important est la qualité des services offerts, leur nombre insuffisant et la mauvaise répartition des centres de CPN. Tous ces arguments alourdissent le coût de la grossesse dans les pays en développement et rendent sa prise en charge très aléatoire.

Au Mali, selon la dernière enquête démographique et de santé (EDSM- IV) réalisée en 2006, pour 70 % des naissances, la mère s'était rendue en consultation prénatale, au moins une fois, auprès de personnel de santé (un médecin, une infirmière, une sage-femme ou une matrone/auxiliaire formée) [5]. Ce taux de couverture prénatale variait significativement selon le lieu de résidence, plus élevé en ville qu'en campagne (87 % vs 64 % en milieu rural). Par contre, il faut noter que c'est en milieu rural que la fréquence des consultations prénatales a le plus augmenté depuis l'EDSM-III (64 % en 2006 vs 47 % en 2001).

¹ Cette numérotation renvoie aux références

Par ailleurs, le recours aux soins prénatals était d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé : en effet, 96 % des mères ayant atteint, au moins le niveau secondaire de l'enseignement vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 87 % de celles ayant un niveau primaire ou fondamental et seulement 67 % des mères non scolarisées.

Ces différents constats sont des indices qui indiquent bien que le profil sociodémographique a une influence sur la surveillance prénatale.

Il y a eu une amélioration des indicateurs puisque selon l'enquête démographique et de santé (EDS) Mali II 1995 – 1996 [37], 89% des femmes du District de Bamako ont suivi au moins une fois la CPN au cours de leur dernière grossesse. Ce chiffre est de 81 % pour les zones urbaines du Mali et 35% pour la zone rurale. Une enquête sur la couverture prénatale dans le district de Bamako [30] l'a évalué à 76,5% en Octobre 1996; toutefois 41,9 % seulement de cette population avaient effectué au moins deux visites prénatales après le 6^{ème} mois de grossesse, rendant compte des dysfonctionnements du système même dans les localités les plus favorisées de notre pays.

C'est compte tenu de ce qui précède, qu'un nouveau modèle de consultation prénatale a été préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il met l'accent sur les éléments essentiels qui ont prouvé qu'ils amélioreraient le résultat de la grossesse. Ce modèle qui réduit le nombre de visites prénatales à 4 pour les grossesses à faible risque s'est avéré aussi efficace que l'ancien et coûte moins cher ; ce qui en fait une meilleure option pour les pays pauvres. Toujours dans l'optique de réduire leur coût, le contenu des soins prénatals a été revu conformément aux recommandations du célèbre rapport Rooney [28].

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

Le choix porté sur la commune rurale de Dio-gare n'est pas fortuit, c'est compte tenu de sa spécificité géographique et économique. Certes cette commune dispose d'un centre de santé. Mais son accessibilité par tous les villages reste à savoir du moment où le village le plus éloigné est à 18 km. Le revenu de la population provient essentiellement du maraichage. [21]

Hypothèses de recherche

- La perception de la consultation prénatale recentrée varie selon le profil socio-économique ;
- Cette nouvelle politique n'est pas bien comprise dans la communauté par manque d'information.

I. OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Dio-gare en matière de consultation prénatale recentrée.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la couverture prénatale dans la commune rurale de Dio-gare;
- Evaluer la connaissance des composantes de la CPNR par la communauté ;
- Préciser l'attitude de la communauté vis-à-vis de la CPNR ;
- Evaluer la pratique de la CPNR par la communauté.

II. GENERALITES

A. Historique de la consultation prénatale

L'histoire de la CPN moderne semble avoir débuté en Occident au début du siècle dernier. Les Britanniques ont attribué la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 [19] et les Américains à leur instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 [14].

C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale a été mis au point par le Ministère de la santé du Royaume Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique était ajoutée ou remplacée, une autre jugée dépassée. Ses principes étaient les suivants :

- Prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;
- Détecter et traiter la toxémie ;
- Prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;
- Diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;
- Assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénatals ;
- Reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.

Le programme de consultations prénatales prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin.

Au début des années 1930, la CPN a été remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminuait pas.

Reynolds F.N dans une lettre au Lancet (29 Décembre 1934) précisait que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en prénatale. La réponse des promoteurs de la consultation prénatale a été qu'on n'avait pas donné de chance à un essai randomisé bien conduit sur la consultation prénatale.

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

- la faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ;
- le nombre insuffisant de visites prénatales ;
- le standard de soins inadéquats **[19]**.

Il est vrai qu'en 1935 en Angleterre, la proportion de femmes ayant suivi au moins une consultation prénatale était en moyenne de 50% (73% en milieu urbain et 27% en milieu rural).

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale était devenue habituelle. Les enquêtes confidentielles de décès maternels au Royaume-Uni avaient objectivé et quantifié dès 1955-57 le risque maternel lié à l'âge et à la parité. **[16]** L'inférence aux pays en développement était considérée raisonnable en dépit du fait qu'aucune étude épidémiologique n'avait été menée dans ce contexte.

Les livres d'obstétrique des années 1960-70, destinés à un public de médecins exerçant dans le tiers monde, ont contribué à graver dans les habitudes médicales l'utilisation de la consultation prénatale pour sélectionner les femmes à risque, que ce soit pour éviter les décès périnataux ou maternels. **[16, 15, 34, 29, 22]**

C'est durant la même période que progressivement ont été mises au point des méthodes de mesure du risque dans lesquelles plusieurs facteurs sont agrégés pour fournir un index (risk scoring system) **[18]**.

A la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait « pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque » **[20]** et en 1984, son prolongement méthodologique et conceptuel « L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale) » **[1]**.

Les années 1980, à part quelques remises en question sporadiques **[3, 12,19]**, furent les années d'engouement pour ce nouveau paradigme. La nouveauté résidait dans la mise au point de méthodes de quantification du risque. Cette approche devait, « par la mesure exacte de la probabilité avec laquelle un événement futur du domaine de la santé ou de la maladie a de se produire » **[1]**, permettre d'identifier les femmes à risque et de les orienter vers les services de santé appropriés.

Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décision pour

les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décision programmatique. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier coûteux en argent et en ressources humaines.

B. Aspects techniques de la consultation prénatale :

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux aboutissant à trois objectifs essentiels :

- vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- traiter ou orienter la femme, le cas échéant, vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un facteur de risque décelé ;
- établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence.

C. Consultation prénatale recentrée

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'amélioreraient pas nécessairement les résultats 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 enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent [25].

2. Conditions et éléments de la CPN recentrée :

- **Conditions** : Ce sont,
 - un prestataire qualifié;
 - une éducation sanitaire;
 - un local adéquat.
- **Éléments** : Ce sont :
 - la détection et le traitement précoces des complications de la grossesse ;
 - la prévention des maladies et des complications ;
 - la préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications ;
 - la promotion de la santé [25].

La consultation prénatale recentrée programme quatre visites au cours de la grossesse chez une femme à faible risque :

- Première visite : avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.
- Deuxième visite : entre la 15^{ème} et la 27^{ème} semaines d'aménorrhée ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.
- Troisième visite : entre la 28^{ème} et la 34^{ème} semaines d'aménorrhée.
- Quatrième visite : à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée.

Au cours de cette dernière visite, l'examen du bassin est impératif. Le praticien doit déterminer le pronostic de l'accouchement, la voie d'accouchement ainsi que le lieu d'accouchement.

D'autres visites peuvent être effectuées selon l'état de la femme.

3. Première consultation prénatale :

Elle comporte les temps essentiels suivants :

a. Interrogatoire :

- **Identification de la femme** : Nom, prénom, âge, ethnie, profession, niveau scolaire, état matrimonial et résidence.
- **Antécédents de la femme enceinte**

- Médicaux :

Tels que l'HTA, le diabète, les affections cardiaques, la drépanocytose, et l'asthénie.

- Obstétricaux :

Tels que la gestité, la parité, le nombre de fausses couches spontanées ou provoquées, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants décédés et l'âge de décès de ces enfants, le nombre de mort-nés, le nombre de césarienne, de forceps ou de ventouse.

- **Habitudes alimentaires** : on peut citer : le tabac, l'alcool, le régime alimentaire (variétés d'aliments), etc.
- **Histoire de la grossesse** : Elle comprend :
 - le début de la grossesse (la date des dernières règles);
 - les signes sympathiques de la grossesse : ils apparaissent vers la fin du 1^{er} mois de la grossesse et disparaissent dans le courant du 4^{ème} mois. Il s'agit :
 - des troubles digestifs à type de nausées, de vomissements, de météorisme, d'hyper-sialorrhée, de la modification de l'appétit, de la constipation (pyrosis) ;
 - des troubles neurologiques qui sont : l'irritabilité, la somnolence, la fatigue, etc.
 - des troubles hormonaux qui sont : la tension mammaire, le prurit vulvaire [17].

b. Examen physique : Il comprend,

- **Un examen général** qui précisera : l'état général de la femme enceinte, le poids, la taille, la mesure de la tension artérielle, la température, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, l'auscultation cardio-respiratoire.
- **Un examen obstétrical complet** qui se fait sur la femme en position gynécologique, les jambes légèrement fléchies.

Ce dernier comporte:

- **Examen des seins** : il recherche les modifications mammaires, la tension mammaire, la pigmentation de l'aréole qui s'accroît, l'augmentation du volume des tubercules de Montgomery et la saillie de l'aréole plus ou moins œdémateuse, vue de profil bombée comme un verre de montre, la sécrétion de colostrum généralement plus tardive [17].
- **Examen de l'abdomen** : au palper on recherche l'utérus qui est augmenté de taille.
- **Au spéculum** : on observe l'aspect macroscopique du col et des parois vaginales.
- **TV combiné au palper abdominal** est le mode d'exploration essentiel. Il permet de recueillir les signes les plus sûrs de la grossesse. La vessie étant vide, l'abdomen bien dégagé et détendu, il explore le col, sa position, sa consistance, sa longueur, son ouverture, le corps de l'utérus qui est augmenté de volume en des degrés variables selon l'âge de la grossesse.

Il recherche aussi le signe de Noble (les doigts suivant le cul de sac latéral au lieu de s'enfoncer librement, viennent buter contre le pourtour évasé de l'utérus : signe de Noble positif).

c. Examens complémentaires

Selon les politiques, normes et procédures en vigueur au Mali pour la surveillance prénatale [25] nous avons :

- **les examens obligatoires** à la déclaration d'une grossesse :
 - le groupage sanguin et le rhésus;
 - la sérologie syphilitique selon la technique du BW (Bordet Wassermann);
 - le test d'Emmel;
 - la recherche d'albumine et du sucre dans les urines;
 - le taux d'hémoglobine ou la NFS.

Il faut l'échographie pelvienne de datation en cas surtout de doute sur le terme de la grossesse, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite à tenir ultérieurement. Elle sera demandée aussi pour préciser le siège intra-utérin de la grossesse et son évolutivité.

- **Les examens facultatifs** : Ils seront demandés en fonction des antécédents de la gestante, ou en fonction des signes ou pathologies rencontrés au cours des examens périodiques. Ce sont : la sérologie toxoplasmose et la sérologie rubéole qui seront demandées en cas surtout d'antécédent de fausse couche spontanée; l'azotémie, la créatininémie, l'uricémie, la glycémie et l'échographie doppler, seront demandées en cas surtout d'HTA ; la sérologie VIH sera demandée après consentement de la gestante ; l'ECBU sera demandé en cas de signe d'infection urinaire (pollakiurie, dysurie, brûlure mictionnelle ...) et le prélèvement vaginal sera demandé en cas de signe d'infection génitale (vulvo-vaginite).
- d. Soins préventifs**: MII, SP, VAT, FAF, conseils hygiéno-diététiques.
- e. Préparation à l'accouchement.**
- f. Soins curatifs** si nécessaire.
- g. Donner le rendez-vous de la prochaine visite.**

4. Autres consultations:

a. L'interrogatoire : recherche les signes et les pathologies intercurrents ainsi que les autres plaintes de la gestante.

b. L'examen physique :

Il Comprend toujours un examen général comportant les éléments cités précédemment, et un examen obstétrical qui recherchera en fonction du terme de la grossesse les éléments suivants :

- une galactorrhée à l'examen des seins ;
- le grand axe de l'utérus ;
- la mesure de la hauteur de l'utérus ;
- la présence de bruits du cœur du fœtus ;
- le mouvement actif du fœtus ;
- la présentation du fœtus;
- l'inspection visuelle du col au spéculum ;
- le toucher vaginal.

L'échographie obstétricale sera demandée au deuxième trimestre de la grossesse (22 SA) pour l'étude morphologique du fœtus.

Au troisième trimestre, elle doit être demandée surtout entre 30 et 34 SA, pour déterminer la biométrie fœtale (ce qui permet de s'assurer de son état eutrophique par rapport au terme), l'insertion placentaire, la présentation du fœtus et la quantité du liquide amniotique [17].

5. L'examen du neuvième mois :

Il doit établir le pronostic de l'accouchement, et prévoir les conditions de l'accouchement. Il comprend:

- un examen général et obstétrical qui vont rechercher les éléments cités précédemment.
- l'examen obstétrical doit apprécier l'état du bassin.

Le bassin est apprécié de trois manières :

- La pelvimétrie interne ou toucher mensurateur.
- La radio-pelvimétrie.
- La pelvimétrie externe à l'aide d'un pelvimètre.

Le bassin est soit normal, dans ce cas l'accouchement est favorable par la voie naturelle ; soit il est limite et on fera alors recours à l'épreuve du travail ou il est généralement rétréci ou même peut avoir des déformations (asymétrie, cals osseux ou vicieux et cyphose ou lordose) dans ce cas l'accouchement se fera par césarienne élective.

D. Définitions des termes utilisés en CPN :

a. Qualité de soins :

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

Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable en risque et bénéfices [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 susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.

b. Evolution:

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. Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises pour chaque service offert [27].

d. Les procédures :

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des soins de qualité par les prestataires [25].

e. Mortalité maternelle :

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou le soin qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite [26].

f. Taux de mortalité maternelle:

C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 grossesses, parfois exprimé pour 100 000 femmes en âge de procréer [26].

g. La grossesse:

C'est l'état qui débute par la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction d'un produit de conception [17].

• **Grossesse multiple :**

C'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus deux fœtus ou plus.

• **Grossesse à risque:**

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

- **Gestité :** nombre total de grossesses contractées par une femme
- **Primigeste :** il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.
- **Paucigeste :** c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.
- **Multigeste:** c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.
- **Grande multigeste:** il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.

h. Accouchement : terminaison de la grossesse après 6 mois révolus.

- **Parité** : nombre total d'accouchement d'une femme.
- **Nullipare**: il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare**: c'est une femme qui a accouché une fois.
- **Paucipare**: c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare**: c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.
- **Grande multipare**: il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

i. La maternité à moindre risque:

C'est mettre la femme enceinte dans des conditions qui lui permettent de choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, qu'elle soit rassurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques d'incapacité liée aux complications de la grossesse ou des risques de décès [13].

Cette définition se rapproche de celle de l'OMS donnée à la CIPD sur les femmes (Septembre 1994) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être rassurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liée à la grossesse.

j. Les facteurs de risque:

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle existe, indique que cette grossesse a une probabilité d'être compliquée [17].

Les facteurs de risque se classent en trois catégories:

- Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse
- Les facteurs de risque apparaissant au cours de la grossesse
- Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement

• **Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse :**

Il s'agit de: l'âge de la femme (inférieur à 16 ans ou supérieur à 35 ans), la taille de la femme (inférieure à 1,50 mètres), la grande multiparité, le niveau d'alphabétisation (analphabètes), le statut matrimonial (célibataire), les conditions socio-économiques défavorables, l'intervalle intergénéral inférieur à 24 mois, les antécédents

obstétricaux défavorables : mort-né, mort intra utérine, les antécédents d'extraction instrumentale (ventouse, forceps), les antécédents de césarienne, déchirure périnéale complète compliquée ou d'excision rituelle, le diabète, les pathologies cardio-respiratoires ou cardio-vasculaires sévères, etc.

- **Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de la grossesse :**

Il s'agit des métrorragies (avortement précoce ou tardif, hématome déciduale, placenta prævia, hématome retro-placentaire), de la prise brutale et importante de poids, de l'hypertension artérielle, de l'éclampsie, de la présentation de l'épaule ou du siège chez la primipare, des grossesses multiples, de l'anémie ou la malnutrition etc.

- **Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement :**

Il s'agit de la rupture utérine ou de la souffrance fœtale aiguë, de la dystocie mécanique ou dynamique, de l'hémorragie de la délivrance ...

k. L'aire de santé ou Secteur sanitaire:

Elle représente une zone géographique desservie par une structure sanitaire [9].

l. Carte sanitaire:

C'est la répartition géographique actuelle de l'ensemble des structures de soins d'une circonscription sanitaire. Elle est un instrument de planification pour une utilisation optimale des ressources [9].

m. Le paquet minimum d'activité (PMA):

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres du traitement des maladies courantes, de consultations prénatales et post-natales, de l'accouchement et de la vaccination [9].

n. Evacuation:

C'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours de la grossesse ou du travail. [7].

o. Référence:

C'est l'orientation vers un centre plus spécialisé en l'absence de toute urgence, d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale [7].

IV. PATIENTS ET METHODES

A. Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu dans la commune rurale de Dio-gare du cercle de Kati situé dans la Région administrative de Koulikoro.

a. Aperçu historique

Le village de Dio-gare tire son nom de l'abondance du miel, jadis dans la zone. « Dio » en bambara signifie ruche. Sous l'influence du chemin de fer, le village aurait été créé en 1903 par un ex cheminot du nom de Famoussa Diarra. C'est ainsi qu'est venu l'appellation de « Dio-Gare » qui signifie la « gare sous entendu de train située sous la ruche ». Dio-Gare est aujourd'hui le chef lieu de la commune dudit lieu.

b. Géographie

Avec une superficie de 180,30 km², la commune de Dio-gare, à l'instar des autres communes du Mali, a été créée par la loi N°96-059. Elle est située à 20 km de Kati, côté Ouest. Elle est limitée au Nord par les communes de Kalifabougou et N'tjiba, au Sud par les communes de Dombila et Doubabougou, à l'Est par la commune de Diago et à l'Ouest par celle de Bossofala.

Elle est composée de 7 villages : Dio-gare, chef lieu de la commune, Dio-village, Komi-Komi, Magnambougou, Sotoly, Diffémou et Kalazan.

Le climat est de type tropical, la végétation est peu luxuriante suite à une exploitation abusive de la brousse, le relief quelque peu accidenté est constitué de plaines, plateaux et de collines.

c. Population

Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1998, la commune de Dio-gare comptait 8 386 habitants dont 4147 hommes et 4 239 femmes [4]. La population était estimée à 10 105 habitants en 2003 selon la direction régionale du plan et de la statistique (DRPS) de Koulikoro. Elle est composée essentiellement de bambaras, peulhs, soninkés, maures et malinkés. La langue la plus parlée est le bamanankan.

Les religions pratiquées sont l'Islam (90% de la population), l'animisme et le christianisme [21].

d. Accessibilité

Pour accéder à la commune de Dio-gare en partant de Bamako, deux (2) principales voies peuvent être empruntées :

- voie terrestre, route nationale Kati-Kita bitumée ;
- voie ferrée Bamako-Kayes.

En plus, d'autres pistes relient la commune à ses voisines immédiates.

e. Ressources naturelles

Actuellement la commune accueille une unité de concassage qui extrait du sable en grande quantité. La commune regorge de fruits à l'état naturel, ce qui entraîne une affluence massive des femmes et des enfants vers la cueillette. La commune dispose de cours d'eau (marigots, marres) des terres cultivables, de pâturage, de la forêt etc.

f. Infrastructures, équipements et organisation du CSCOM

La mise en œuvre de la politique sanitaire est assurée par un CSCOM dirigé par un médecin, et trois maternités fonctionnelles.

Le travail au centre se fait du mardi au samedi de 8 heures à 16 heures. L'équipe de garde est constituée d'une obstétricienne et de deux stagiaires. Le médecin se charge de faire les consultations curatives au centre et au besoin se déplace dans les villages que recouvre l'aire sanitaire. Le centre dispose d'une matrone, de deux obstétriciennes (une contractuelle et une bénévole) et d'élèves obstétriciens stagiaires. Les consultations prénatales ont lieu les samedis à Dio-gare mettant à profit le jour du marché et les jeudis à Dio-village. Avant de commencer les CPN, les obstétriciennes s'entretiennent avec les femmes au sujet de la grossesse (alimentation de la femme enceinte, la préparation à l'accouchement...).

Sur le plan éducatif, la commune a un faible taux de recrutement parmi la population scolarisable. Cet état de fait est consécutif au manque de salles de classe et surtout à une insuffisance du personnel enseignant. La commune dispose de cinq (5) écoles publiques de premier cycle (Dio-gare, Magnambougou, Dio-village, Diffémou, Komi-Komi) et une (1) école publique du deuxième cycle (Dio-gare).

La commune dispose d'un CED (Centre d'éducation pour le développement) non fonctionnel et d'un centre d'alphabétisation.

Du point de vue hydraulique, le problème d'eau potable se pose à cause de la rareté des puits de grand diamètre.

Comme infrastructure économique, la commune possède un important marché hebdomadaire à l'état traditionnel situé à Dio-gare où se côtoient tous les samedis des marchands, des négociants, etc. provenant de la commune et même des communes voisines.

A côté de ce grand marché hebdomadaire, un petit marché ordinaire existe dans le village de Dio-gare et draine chaque matin une importante foule. Il y a aussi un petit marché de bétails qui se tient chaque vendredi à Dio-gare. [21]

g. Activités socio-économiques et culturelles

A part les danses traditionnelles et les activités sportives qui sont organisées lors des manifestations de cérémonies de la commémoration de l'indépendance du Mali, l'activité économique reste la seule activité dominante.

- La principale activité est l'agriculture qui est pratiquée par plus de 95% de la population ;
- L'élevage pratiqué par une poignée de la population constituée en grande majorité par les peulhs ;
- La pêche est presque inexistante et devient par conséquent secondaire ;
- L'artisanat est dominé par la menuiserie, la tannerie et le tissage ;
- Le commerce est une activité très importante de la commune. Les produits de cueillette et légumes sont écoulés sur les marchés de la commune. Le secteur du commerce est dominé par les femmes.

Des structures religieuses telles que les mosquées et des lieux de pratiques rituelles traditionnelles existent dans tous les villages de la commune. [21]

B. Période d'étude

L'étude a commencé en Novembre 2007 et a pris fin en Avril 2008 soit une période de 6 mois. Les 3 premiers mois ont été consacrés à la collecte des données sur le terrain. Cette période était favorable pour une enquête dans la communauté dans la mesure où elle se situe en dehors de l'hivernage, période d'intenses occupations agricoles des communautés périurbaines et rurales du Mali. Cela a l'avantage de bénéficier d'une représentativité correcte de l'échantillon.

C. Population d'étude :

L'ensemble de la communauté est concerné par la question de la grossesse dans notre pays. En effet au Mali, la grossesse dépasse le cadre du seul couple qui l'a conçue. Sa prise en charge fait intervenir outre la femme enceinte et son mari, les

beaux-parents qui détiennent souvent le dernier mot pour toutes les décisions à prendre pour la femme enceinte, les femmes du troisième âge qui sont les conseillères et parfois même les prestataires de service.

D. Type d'étude :

Nous avons réalisé deux types d'étude :

- une étude transversale quantitative qui a produit des statistiques ;
- et des discussions de groupe en communauté qui ont permis d'étudier la perception qu'ont les communautés de la nouvelle politique nationale en matière de consultation prénatale.

Pour l'étude transversale nous avons procédé comme suit:

- Echantillonnage :

Trois échantillons ont été constitués dans la communauté :

- Un échantillon de femmes enceintes (belles-filles);
- Un échantillon d'époux de femmes enceintes ;
- Un échantillon de « vieilles femmes » (belles-mères).

- Technique d'échantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage systématique. Tous les sujets répondant au profil d'un des échantillons ci-dessus cités et résidant dans la communauté étaient inclus dans l'étude.

- Taille minimum de l'échantillon :

La taille minimum a été calculée selon la formule de la précision de la prévalence i.

$$i = \varepsilon \alpha \sqrt{PQ/n} \implies n = \frac{\varepsilon^2 \alpha^2 PQ}{i^2}$$

Où i = la précision de la prévalence P

P = taux de couverture prénatale au Mali, 70% selon la dernière EDS

Q = complémentaire de la probabilité P

n = taille minimum de l'échantillon

ε = écart réduit de la loi normale. Pour un α (seuil de significativité) de 5%,

$\varepsilon = 1,96$

La taille minimum calculée a été de 550 femmes enceintes avec une précision i = 4%. Nous avons inclus autant d'époux et autant de femmes âgées et de responsables familiaux.

- **Déroulement de l'étude**

L'étude évalue une nouvelle composante de la politique sanitaire dans notre pays. Pour une meilleure gestion administrative, le protocole a été soumis à l'approbation de la direction nationale de la santé / division santé de la reproduction et à l'équipe socio-sanitaire du cercle de Kati dont relève le village de Dio-gare.

Ensuite une journée de formation des enquêteurs a été réalisée pour que nous nous appropriions le protocole et aussi la fiche d'enquête individuelle élaborée à l'endroit de chacun des échantillons.

Un pré-test des questionnaires a été réalisé dans une zone périurbaine du district de Bamako et a duré deux jours. Les imperfections éventuelles et difficultés sur le terrain ont été exposées à une rencontre entre les enquêteurs et l'équipe de supervision de l'étude. Les corrections nécessaires ont été apportées aux fiches d'enquêtes.

Pour l'enquête sur le site, nous nous sommes présentés d'abord au responsable du centre de santé communautaire puis aux chefs de village accompagnés du responsable du CSCom pour les traditionnelles formalités d'usage.

Pour l'enquête proprement dite, les sujets répondant aux critères d'inclusion dans les échantillons qui étaient dans les domiciles des chefs de village ont été systématiquement interviewés. A la sortie du domicile des chefs de village, nous avons jeté un stylo en l'air. La première maison indiquée par le bout du stylo avait été la première enquêtée. Celle – ci a correspondu à la maison du chef de village, les cas enquêtés dans ce domicile ont été inclus. Ensuite nous avons poursuivi en allant sur notre droite jusqu'à épuiser le pâté de maisons. Et ainsi de suite le processus recommençait.

- **Collecte des données :**

Les données ont été collectées à l'aide de fiches d'enquête individuelles élaborées à cet effet. Ces fiches ont été complétées par interview après obtention du consentement éclairé du sujet.

- **Plan d'analyse et de traitement des données :**

Nos données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 fr de l'OMS et du CDC d'Atlanta. Des tableaux de fréquence des différentes variables et des tableaux de recoupement pour étudier les variations des perceptions en fonction du profil sociodémographique ont été produits. Le test du χ^2 de Pearson a été utilisé pour apprécier les associations entre variables qualitatives. Lorsque les conditions d'utilisation de ce test n'étaient pas remplies, nous avons utilisé le test exact de Fischer ou la correction de continuité de Yates selon l'indication.

Pour les Discussions de groupe (focus group) :

- **But**

La pertinence de la démarche méthodologique s'explique par le fait que pour nous, l'homme n'est pas qu'un être biologique. Il est un tout : social, total et global comme le dit Georges GURWITCH dans la vocation actuelle de la sociologie.

En nous inscrivant dans le sillage de cet auteur, nous voulons montrer que la grossesse dans notre contexte, n'est pas seulement l'affaire du couple ; mais aussi une affaire de famille, de communauté toute entière.

- **Groupes cibles** Cette technique s'est adressée à des groupes constitués de façon homogène sur la base de l'âge, du sexe et du profil socio-économique.
 - o Groupe I : membres de l'association de santé communautaire
 - o Groupe II : membres d'associations féminines locales
 - o Groupe III : belles-filles primipares
 - o Groupe IV : belles-filles multipares
 - o Groupe V : belles-mères de femmes enceintes
 - o Groupe VI : époux de femmes enceintes
 - o Groupe VII : leaders d'opinion (imams, pasteurs, chefs de quartiers, maires, députés etc.)

Ces catégories de personnes ont attiré notre attention par ce que d'une part, nous voulons avoir des informations sur le vécu de la situation par les gestantes et leurs maris, mais d'autre part nous voulons saisir la perception de la famille et des leaders communautaires en matière de surveillance prénatale.

- **Taille de l'échantillon**

Le nombre moyen de participants à ces discussions de groupe dirigées était 12.

- **Collecte des données.**

Un guide d'entretien a été soumis à chacun des groupes. Il s'agissait de questions ouvertes facilitées au besoin. Nous avons veillé à la participation active de tous les membres du groupe. Un dictaphone nous a servi à l'enregistrement des voix pour une meilleure exploitation des idées.

L'entretien a eu lieu dans la langue nationale bamanakan, langue la plus parlée dans la zone pour une meilleure participation.

- **Analyse des données**

Pour les focus group, nous avons réalisé un traitement manuel ou traditionnel des données recueillies.

L'analyse de ces données a été faite sur la base de l'analyse du contenu qui consiste à constituer des regroupements d'idées autour des thèmes retenus dans le guide d'entretien pour dégager les interprétations et conclusions. Quelques fois, nous avons procédé au verbatim c'est – à – dire aux extraits de texte permettant d'argumenter les points de vue des enquêtés et par conséquent, nos propos.

E. Aspects éthiques

Cette étude entre dans le cadre de la recherche opérationnelle afin d'apporter des solutions à l'épineux problème des centres de consultations prénatales dans notre pays. Les résultats obtenus feront l'objet d'une large diffusion auprès des instances de décisions en matière de santé de la reproduction dans notre pays et dans la sous région. Au cours de l'enquête, des séances de communication interpersonnelle et de causerie de groupe ont été organisées à l'attention des femmes enceintes non suivies pour les encourager à fréquenter les services qui offrent des soins prénatals. Les grossesses à risque élevé ont été adressées aux structures de référence appropriées et cela conformément aux politiques normes et procédures en santé de la reproduction du pays. L'anonymat a été gardé lors de l'analyse et il n'a pas été fait mention des identités lors de la présentation des résultats.

F. Définition opératoire

CPN recentrée : politique de réduction du nombre de visites prénatales à 4 pour les grossesses à faible risque avec un accent particulier sur des éléments simples d'efficacité prouvée comme la prophylaxie anti palustre à la SP, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'utilisation de fer acide folique pour la prévention de l'anémie, la connaissance du plan de préparation de l'accouchement et la connaissance des signes de danger au cours de la grossesse.

V. RESULTATS

Les résultats comporteront deux volets. Le premier fait référence aux résultats de l'étude transversale tandis que le second présente les informations collectées au cours des discussions de groupe.

Première partie : Etude transversale

Au terme de l'enquête, nous avons pu inclure 241 femmes en âge de procréer (belles-filles), 232 femmes âgées (belles-mères) et 161 époux. Nous présenterons successivement dans ce chapitre :

- les caractéristiques sociodémographiques des 3 groupes ;
- les antécédents obstétricaux des 2 groupes de femmes ;
- la surveillance de la grossesse en cours ;
- les éléments de la consultation prénatale recentrée.

A. Caractéristiques sociodémographiques

1. Age

Tableau I : Répartition de la population en fonction de l'âge

| Tranche d'âge (ans) | Belles-filles Fréq (%) | Belles-mères Fréq (%) | Epoux Fréq (%) |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------|
| 15 – 19 | 41 (17,1) | - | 2 (1,2) |
| 20 – 24 | 62 (25,7) | - | 7 (4,4) |
| 25 – 29 | 59 (24,5) | - | 15 (9,3) |
| 30 – 34 | 36 (14,9) | 12 (5,2) | 38 (23,6) |
| 35 – 39 | 38 (15,8) | 12 (5,2) | 37 (23) |
| 40 – 44 | 5 (2) | 26 (11,2) | 26 (16,2) |
| 45 – 49 | - | 26 (11,2) | 15 (9,3) |
| 50 – 54 | - | 22 (9,5) | 11(6,8) |
| ≥ 55 | - | 134 (57,7) | 10 (6,2) |
| Total | 241(100) | 232 (100) | 161 (100) |

- **Belles-filles: Minimum: 15, Maximum: 42, Mode: 23, Ecart type: 6,63, Variance : 43,956 ;**
- **Belles-mères : Minimum : 30, Maximum : 96, Mode : 55 Ecart type : 14,674, Variance : 215,312 ;**
- **Epoux : Minimum : 19, Maximum : 65, Mode : 38, Ecart type : 9,387, Variance : 88,112.**

Pour les belles-filles, l'âge minimum était de 15 ans et l'âge maximum= 42 ans. La majorité (50,2%) avait un âge compris entre 20 et 29 ans. L'âge la plus représentée était 23 ans.

Pour les belles-mères, l'âge minimum était de 30 ans et le maximum = 96 ans. La majorité (57,7%) avait un âge supérieur ou égal à 55 ans. L'âge le plus représenté était de 55 ans.

Quant aux époux, ils avaient au moins 19 ans et au maximum 65 ans. Les époux de 30 à 39 ans représentaient 46,6% de cet échantillon. Ceux qui avaient 38 ans étaient les plus représentés.

2. Ethnie

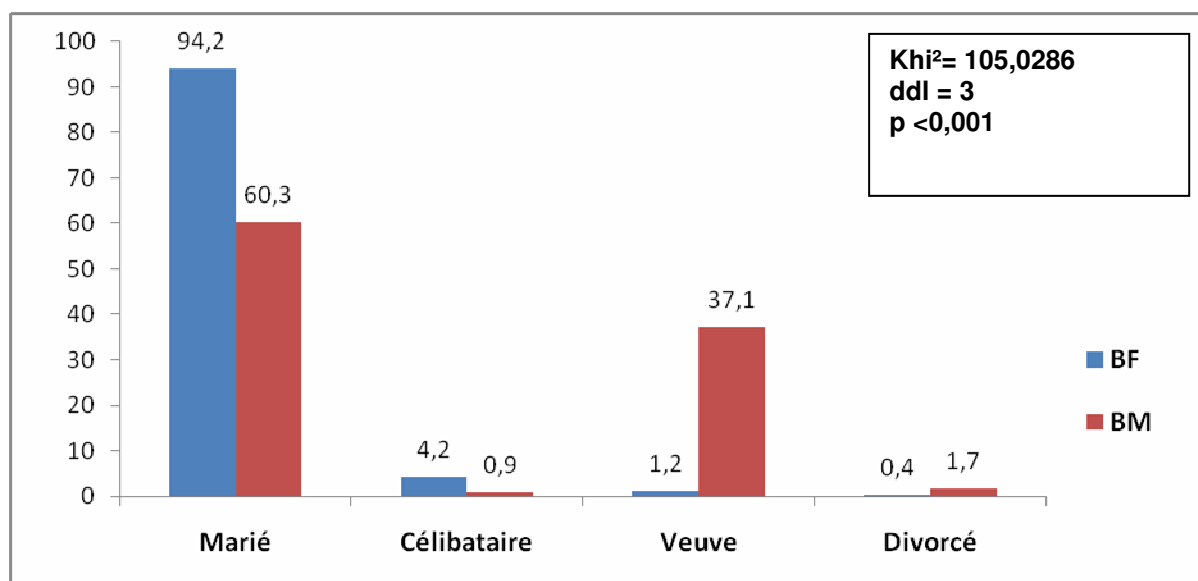
Tableau II: Répartition de la population en fonction de l'ethnie

| Ethnie | Belles-filles | Belles-mères | Epoux |
|----------------|----------------------|---------------------|-------------------|
| | Fréq (%) | Fréq (%) | Fréq (%) |
| Bambara | 170 (70,5) | 128 (55,2) | 110 (68,3) |
| Malinké | 10 (4,1) | 26 (11,2) | 8 (5) |
| Soninké | 14 (5,9) | 16 (6,9) | 2 (1,2) |
| Sonrhäi | - | - | 2 (1,2) |
| Dogon | 2 (0,8) | - | 3 (1,9) |
| Peulh | 28 (11,6) | 4 (18,1) | 17 (10,6) |
| Autres | 17 (7,1) | 20 (8,6) | 19 (11,8) |
| Total | 241 (100) | 232 (100) | 161 (100) |

N.B: Les autres ethnies étaient représentées par les Gana, Guéressé, kakolo, kassoka, Minianka, Mossi, Somono, Wolof, Kankan.

Quel que soit l'échantillon, l'ethnie bambara était la plus représentée et était majoritaire (>50%), suivie de l'ethnie peulh.

3. Statut matrimonial



Graphique 1 : Répartition des belles-mères et belles-filles en fonction du statut matrimonial

Dans plus de 9 cas sur 10 les belles-filles étaient mariées et les belles-mères l'étaient dans 6 cas sur 10 avec un taux élevé de veuves (37,1%).

a. Type de foyer

Dans la proportion de mariées ci-dessus, un peu plus de la moitié (**55,5%**) des belles-filles vivaient dans un foyer polygamique vs **70%** des belles-mères.

Dans ce type de foyer, elles ont occupé les rangs suivants :

- **1^{er} rang** : 28,7% des belles-filles et 59,2% des belles-mères ;
- **2^{ème} rang** : 64,4% des belles-filles et 24,5% des belles-mères ;
- **3^{ème} rang** : 5,9% des belles-filles et 14,3% des belles-mères ;
- **4^{ème} rang** : 1% des belles-filles et 2% des belles-mères.

Et en plus du rang occupé elles vivaient soit avec :

- **Une seule coépouse** : 84,2% des belles-filles et 70,4% des belles-mères ;
- **Deux coépouses** : 14,8% des belles-filles et 23,5% des belles-mères ;
- **Trois coépouses** : 1% des belles-filles et 6,1% des belles-mères.

4. Niveau d'instruction

Tableau III : Répartition de la population en fonction du niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | Belles-filles | Belles-mères | Epoux |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Fréq (%) | Fréq (%) | Fréq (%) |
| Non scolarisé | 176 (73,3) | 200 (86,2) | 106 (65,8) |
| Premier cycle | 59 (24,5) | 22 (9,5) | 45 (28) |
| Second cycle | 4 (1,7) | 8 (3,4) | 7 (4,3) |
| Secondaire | - | - | 3 (1,9) |
| Supérieur | 2 (0,8) | 2 (0,9) | - |
| Total | 241 (100) | 232 (100) | 161(100) |
| Khi²= 38,862 | ddl= 8 | p< 0,001 | |

La grande majorité de notre population d'étude n'avait jamais été scolarisée :73,3% des belles-filles, 86,2% des belles-mères et 65,8% des époux. On peut aussi remarquer que le taux de non scolarisation était plus élevé dans les échantillons de femmes.

B. Antécédents obstétricaux

1. Gestité

Les belles-filles et les belles-mères étaient réparties selon la gestité suivante :

- Primigeste : (35/241) soit 14,5% des belles-filles et (2/232) soit 0,9% des belles-mères ;
- Paucigeste : (76/241) soit 31,5% des belles-filles et (17/232) soit 7,3% des belles-mères ;
- Multigeste : (64/241) soit 26,6% des belles-filles et (21/232) soit 9,1% des belles-mères ;
- Grande multigeste : (66/241) soit 27,4% des belles-filles et (192/232) soit 82,7% des belles-mères.

Khi²= 150,0334 ddl= 3 p< 0,001

Les différences observées ici sont très hautement significatives sur le plan statistique.

2. Parité

Les belles-filles et les belles-mères étaient réparties selon la parité suivante :

- Nullipare : (14/241) soit 5,8% des belles-filles et (0/232) soit (0%) des belles-mères;
- Primipare : (46/241) soit 19,1% des belles-filles et (3/232) soit 1,3% des belles-mères ;
- Paucipare : (74/241) soit 30,7% des belles-filles et (19/232) soit 8,2% des belles-mères ;
- Multipare : (70/241) soit 29% des belles-filles et (26/232) soit 11,2% des belles-mères ;
- Grande multipare : (37/241) soit 15,4% des belles-filles et (184/232) soit 79,3% des belles-mères.

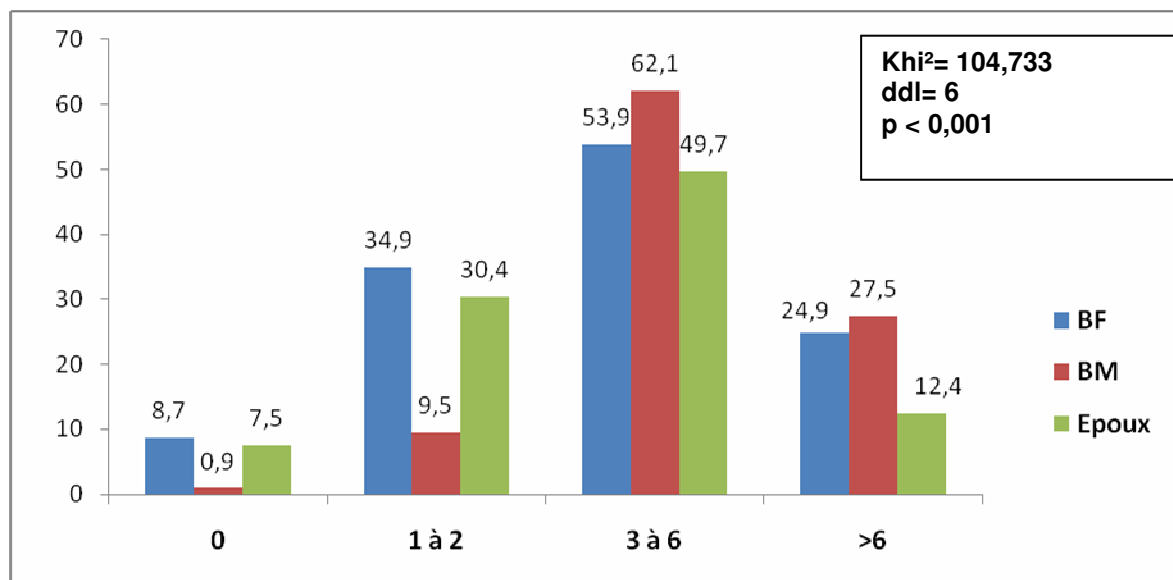
Khi²= 202,11

ddl= 4

p< 0,001

5,8% des belles-filles n'avaient jamais accouché et 15,4% d'entre elles avaient accouché plus de sept (7) fois. Par contre aucune belle-mère n'était restée sans au moins un accouchement et elles étaient 79,3% à accoucher plus de sept (7) fois.

3. Nombre d'enfants vivants

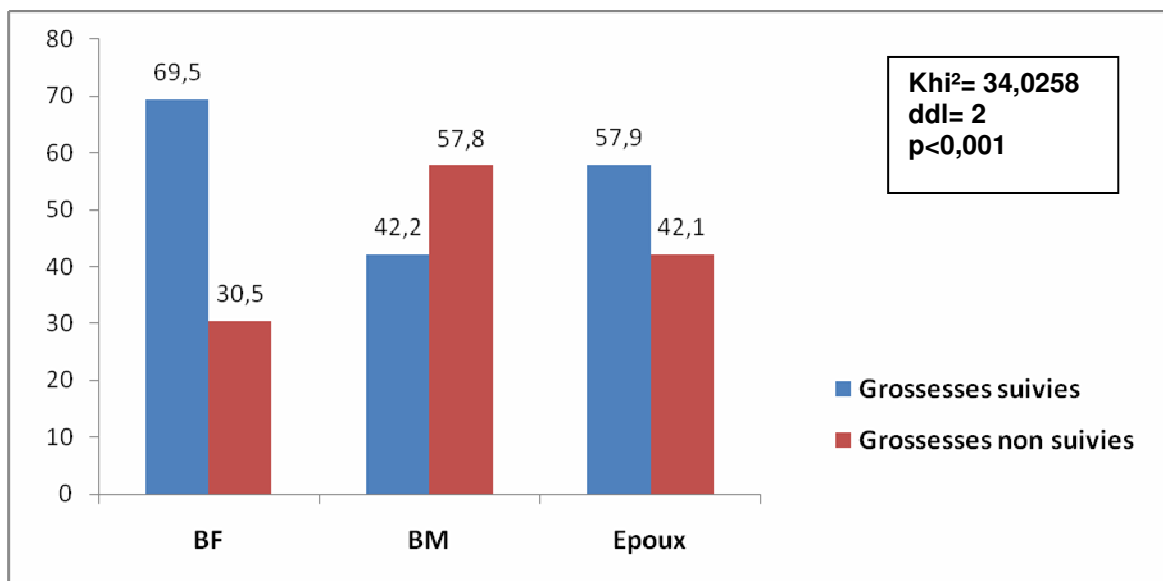


Graphique 2: Répartition de la population en fonction du nombre d'enfants vivants

Dans 5 cas sur 10 les belles-filles et les époux avaient 3 à 6 enfants vivants par contre les belles-mères avaient le même nombre d'enfants vivants dans 6 cas sur 10. (p<0,001)

4. Histoire des grossesses précédentes

a. Taux de couverture prénatale



Graphique 3 : Répartition de population en fonction du suivi des grossesses précédentes

7 belles-filles sur 10 avaient réalisé au moins une CPN au cours des grossesses précédentes vs 4 sur 10 belles-mères. Et selon les époux les femmes avaient réalisé au moins une CPN dans 6 cas sur 10.

b. Les raisons du non suivi des grossesses précédentes

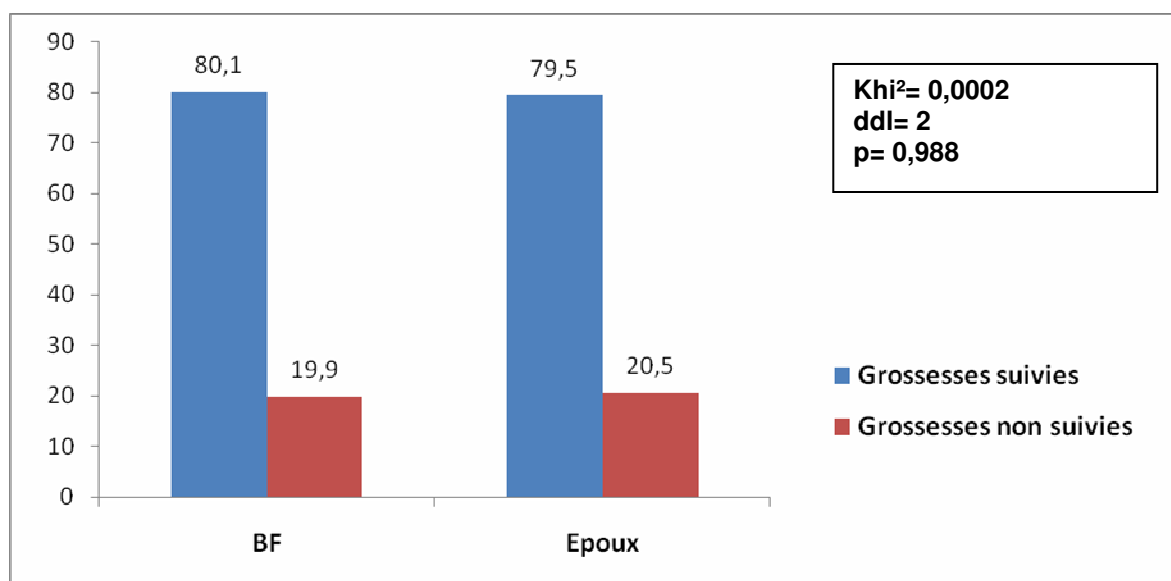
Les raisons évoquées par la population pour expliquer le non suivi des grossesses étaient :

- Financières : 34,3% des belles-filles, 3% des belles-mères et 39,1% des époux ;
- Absence de structures sanitaires : 44,3% des belles-filles, 88,8% des belles-mères et 51,5% des époux ;
- Non autorisation du mari : 2,8% des belles-filles ;
- Sous information : 12,8% des belles-filles, 8,2% des belles-mères et 9,4% des époux ;
- Mauvais comportements des agents de santé : 1,4% des belles-filles ;
- Sans raisons : 0,4% des belles-filles.

Dans tous les cas, l'absence de structures sanitaires a été la raison la plus évoquée pour justifier le non suivi des grossesses précédentes. Cette raison a été évoquée surtout par les belles-mères (88,8%), ensuite par les époux (51,5%) et en fin par les belles-filles (44,3%).

C. Surveillance de la grossesse actuelle

1. Taux de la couverture prénatale



Graphique 4: Répartition des belles-filles et époux en fonction de la surveillance de la grossesse actuelle

N.B : Pendant notre période d'étude nous n'avons pas enregistré de cas de grossesse chez les belles-mères par conséquent elles ne sont pas représentées dans ce graphique.

Dans les deux groupes, le taux de couverture prénatale actuel est estimé à 80%.

2. Les raisons du non suivi de la grossesse actuelle

Les raisons évoquées par les belles filles et les époux pour expliquer le non suivi de la grossesse étaient :

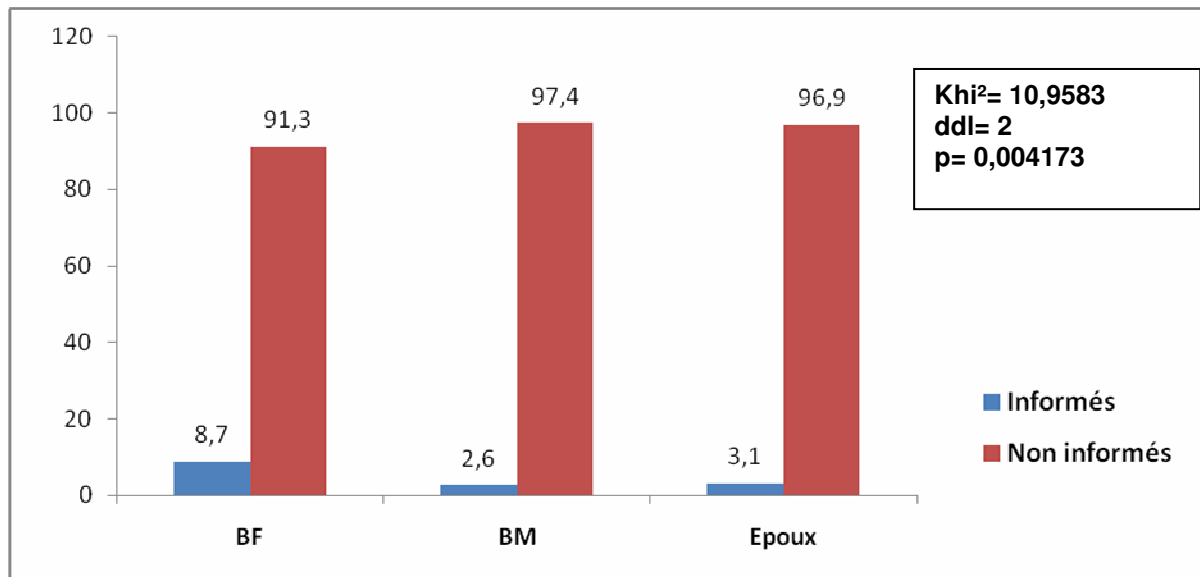
- Financière : 43,8% des belles-filles et 63,7% des époux ;
- Gêne : 4,1% des belles-filles ;
- Non autorisation du mari : 8,3% des belles-filles ;
- Sous information : 35,4% des belles-filles et 24,2% des époux ;
- Absence de structures sanitaires : 12,1% des époux ;
- Mauvais comportement des agents de santé : 2,1% des belles-filles ;
- Sans raisons : 6,3% des belles-filles.

La raison financière a été la première raison pour expliquer le non suivi des grossesses que ce soit par les femmes (43,8%) elles mêmes ou par les époux (63,7%).

D. Consultation prénatale recentrée.

1. Concept de consultation prénatale recentrée

a. Information sur le concept de CPNR



Graphique 5: Répartition de la population en fonction de l'information sur la CPN recentrée

Dans les trois échantillons, dans plus de 9 cas sur 10 l'information sur le concept de CPNR ne leur était pas donnée.

b. Contenu de la CPNR

Tableau IV: Répartition de la population en fonction de la connaissance du contenu de la CPNR

| Nouvelles dispositions | Belles-filles Fréq (%) | Belles-mères Fréq (%) | Epoux Fréq (%) |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Nombre de CPN | 2 (9,5) | 3 (50) | - |
| Date de début des CPN | 1 (4,8) | - | - |
| Examen médical | 13 (61,9) | 3 (50) | 3 (60) |
| Traitement des maladies | 4 (19) | - | - |
| Prophylaxies* | 1 (4,8) | - | 2 (40) |
| Total | 21 (100) | 6 (100) | 5 (100) |

* Prophylaxie anti palustre, antianémique et antitétanique

N.B : 220 belles-filles sur 241 soit 91,3%, 226 belles-mères sur 232 et 156 époux sur les 161 n'ont pas été informés du concept de CPNR donc ne figurent pas dans ce tableau.

Seulement, une belle-fille sur 10 a connu le nombre de visites comme étant un des contenus de la CPNR tandis que les belles-mères étaient 5 sur 10 à le savoir. Par contre, aucun époux ne connaissait cet aspect. Cependant 4 époux sur 10 connaissaient les prophylaxies comme étant le contenu de la CPNR.

2. Nombre de CPN

a. Nombre de CPN conseillé au cours de la grossesse

Tableau V: Répartition de la population en fonction du nombre de CPN conseillé

| Nombre de CPN | Belles-filles | Belles-mères | Epoux |
|---------------|-------------------|------------------|------------------|
| | Fréq (%) | Fréq (%) | Fréq (%) |
| 1 | - | 2 (1,7) | - |
| 2 | 15 (13,9) | 4 (3,4) | 3 (2,9) |
| 3 | 37 (34,2) | 15 (12,9) | 13 (12,4) |
| 4 | 25 (23,1) | 5 (4,3) | 20 (19) |
| 5 | 3 (2,8) | 7 (6,1) | 11(10,5) |
| 6 | 15 (13,9) | 11(9,5) | 29 (27,6) |
| 7 | - | 6 (5,2) | 15 (14,3) |
| 8 | 13 (12,1) | 57 (49,1) | 12 (11,4) |
| 9 | - | 9 (7,8) | 2 (1,9) |
| Total | 108 (100%) | 116 (100) | 105 (100) |

N.B : 133 belles-filles des 241 de l'échantillon soit 55,2%, 116 belles-mères des 232 soit 50% et 56 époux sur les 161 soit 34,8% n'ont pas été informés du nombre de CPN à faire donc ne figurent pas dans ce tableau.

La grande majorité des belles-filles (71,2%) avaient rapporté un nombre de CPN conseillé inférieur à 5, à l'opposé c'était la plus grande majorité des belles-mères (77,7%) et des époux (65,7%) qui avaient rapporté un nombre de CPN conseillé supérieur ou égal à 5.

b. Opinion sur le nombre de CPN

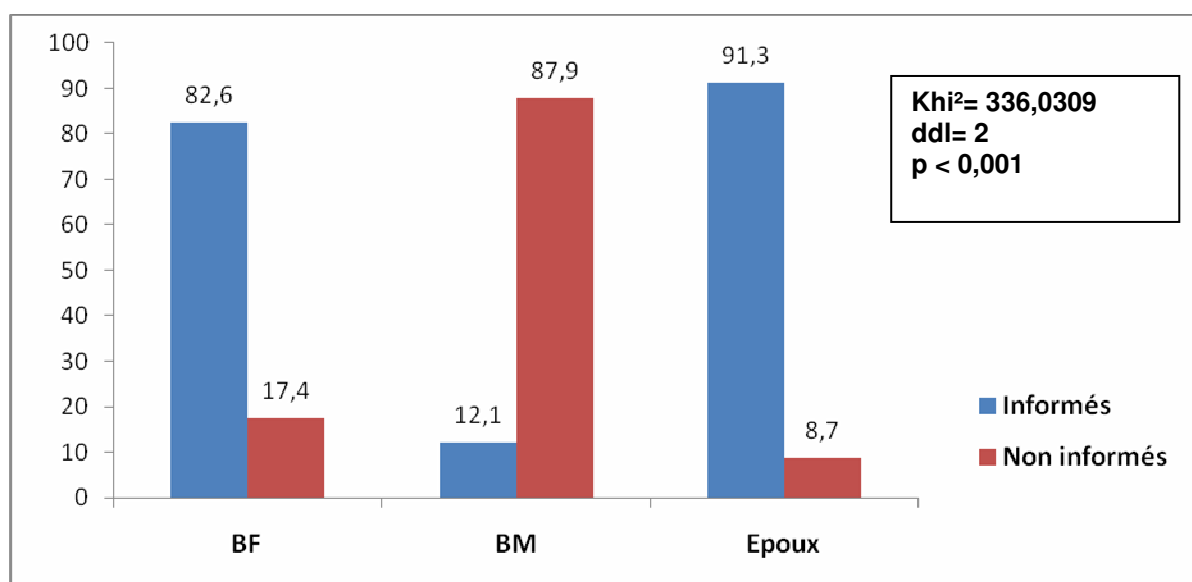
Les groupes ci-dessus ont donné leur avis par rapport au nombre de CPN conseillé ; inférieur à 5 pour la majorité des belles-filles et supérieur à 5 pour la majorité des belles-mères et époux comme suit :

- Bon : 82,4% des belles-filles, 79,3% des belles-mères et 91,4% des époux
- Excessif : 1,9% des belles-filles, 5,2% des belles mères et 4,8% des époux
- Insuffisant : 15,7% des belles-filles, 15,5% des belles-mères et 3,8% des époux

Dans 8 cas sur 10 les belles-filles et les belles-mères pensaient que le nombre de CPN conseillé était bon. Cette proportion était de 9/10 pour les époux.

3. Promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides

a. Connaissance de l'utilisation des MII



Graphique 6: Répartition des femmes en fonction de la connaissance de l'utilisation des MII

Globalement, tous les groupes avaient une très bonne connaissance de l'utilisation de MII au cours de la grossesse.

b. Respect de l'utilisation de la MII

Sur les 199 belles-filles, 147 époux et 28 belles-mères qui ont été informés de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, ceux qui :

- ont dormi sous MII : **80,4%** des belles-filles, **85,7%** des belles-mères et **85,7%** des époux.

- n'ont dormi pas sous MII : **19,6%** des belles-filles, **14,3%** des belles-mères et **14,3%** des époux.

Ces fréquences étaient comparables dans les 3 groupes.

Khi²= 1,8526

ddl= 2

p= 0,396

c. Raisons de la non utilisation des MII

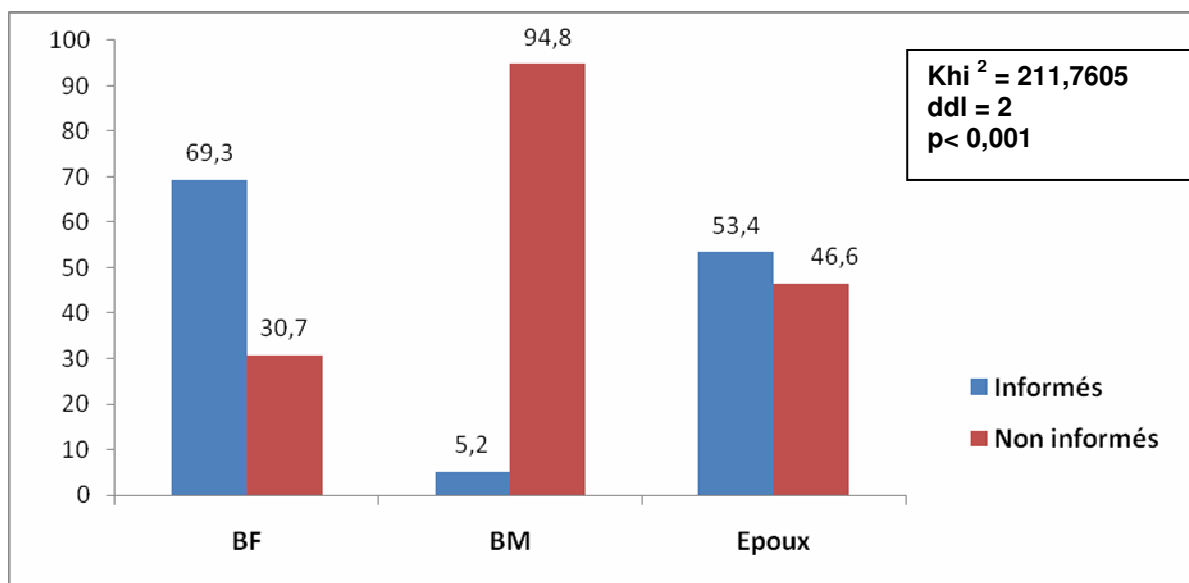
Parmi la proportion de belles-filles, de belles-mères et d'époux qui n'avaient pas respecté de dormir sous MII ont évoqué les raisons suivantes pour expliquer le non respect :

- Manque de MII : 53,9% des belles-filles (21/39), 100% des belles-mères (4/4) et 71,4% des époux (15/21)
- Financières : évoquées seulement par les époux 9,5% (2/21)
- Inconfort (chaleur) : 17,9% des belles-filles (7/39) et 4,8% des époux (1/21)
- Autres raisons (pas de moustiques, priorité aux enfants...) : seules les belles-filles les avaient évoquées 23,1% (9/39)
- Pas de raisons : 5,1% des belles-filles (2/39) et 14,3% des époux (3/21)

Dans tous les cas, c'était le manque de MII qui a été la raison la plus évoquée par la population enquêtée (53,9% des belles-filles, 71,4% des époux et de surcroit par 100% des belles-mères).

4. Le traitement préventif intermittent

a. Information sur la prophylaxie anti palustre avec la SP



Graphique 7 : Répartition de la population en fonction de la connaissance sur la prophylaxie anti palustre.

Les belles-filles et les époux avaient été en moyenne informés du TPI avec la SP (69,3% des belles-filles et 53,4% des époux). Par contre la grande majorité des belles-mères, plus de 9/ 10 n'avaient jamais été informées du TPI avec la SP.

b. Respect de la prise de la SP

Les 167 belles-filles, les 12 belles-mères et les 86 époux informés du TPI avec la SP ont été répartis comme suit :

- **91%** des belles-filles (152/167) ont respecté la prise et **100%** (12/12) des belles-mères et **73,3%** des époux (63/86) ont confirmé le respect de la prise par les belles-filles;
- **9%** des belles-filles (15/167) n'ont pas respecté et **26,7%** des époux (23/86) ont confirmé le non respect.

91% des belles-filles ont fait la prophylaxie anti palustre avec la SP.

c. Raisons du non respect de la prise de SP

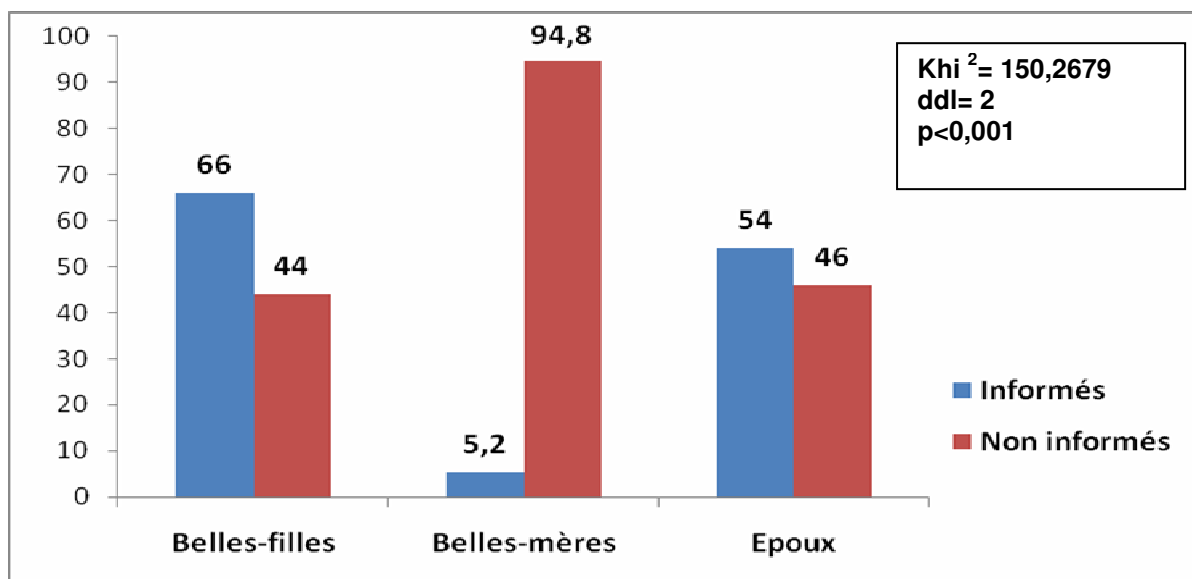
Ceux qui n'ont pas respecté la prise de SP dans les trois échantillons comme indiqué ci-dessus, ont été classés selon les raisons évoquées pour expliquer le non respect de la prise de SP comme suit :

- CPN non faites : 46,6% des belles-filles ;
- SP pas encore prescrite : 40% des belles-filles et 13% des époux ;
- Financières : 6,7% des belles-filles ;
- Abandon du traitement : 6,7% des belles-filles ;
- Sous information : 87% des époux.

La raison capitale du non respect de la prise de SP par les belles-filles était parce qu'elles n'avaient encore réalisé aucune CPN. Et pour les époux c'était la sous information.

5. La prophylaxie anti anémique avec le fer + acide folique

a. Information sur la prophylaxie anti anémique avec le FAF



Graphique 8: Répartition de la population en fonction de l'information sur la prophylaxie antianémique avec le FAF

Dans 7 cas sur 10, les belles-filles avaient reçu l'information sur la prophylaxie antianémique avec le FAF et c'était dans 5 cas sur 10 que les époux avaient l'information. Par contre les belles-mères n'avaient pas l'information dans 9 cas sur 10.

b. Respect de la prise de FAF

Cette proportion de la population informée de la prophylaxie anti-anémique avec le FAF est répartie comme suit :

- 90,6% des belles-filles avaient respecté la prise, 100% des belles-mères (28/28) et 80,5% des époux ont affirmé le respect de la prise par les belles-filles.
- 9,4% des belles-filles n'ont pas respecté la prise et 19,5% des époux ont affirmé le non respect de la prise.

c. Raisons du non respect de la prise du FAF

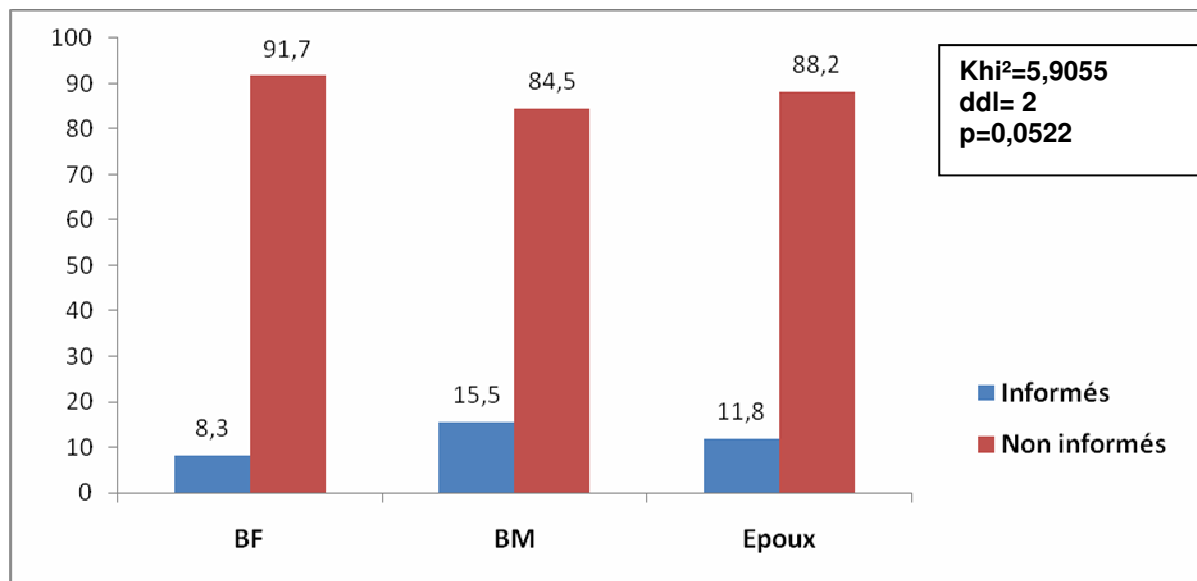
Les raisons suivantes étaient déclarées comme étant le motif du non respect de la prise de FAF :

- CPN non faites : Par 46,6% des belles-filles ;
- FAF pas encore prescrit : par 40% des belles-filles ;
- Financières : par 6,7% des belles-filles et par 47,1% des époux ;
- Oubli : par 6,7% des belles-filles ;
- Inconfort (goût) : par 17,6% des époux
- Sans raisons : par 35,3% des époux

La principale raison évoquée par les belles-filles était la non effectivité des CPN (46,6%) et celle évoquée par les époux était financière par une proportion similaire (47,1%).

6. Signes de danger au cours de la grossesse

a. Information



Graphique 9: Répartition de la population en fonction de l'information sur les signes de danger de la grossesse

Dans 9 cas sur 10, le couple (belles-filles et époux) n'avait pas été mis au courant des signes de danger de la grossesse et c'était 8 belles-mères sur 10 qui n'avaient pas l'information.

b. Connaissance des signes de danger

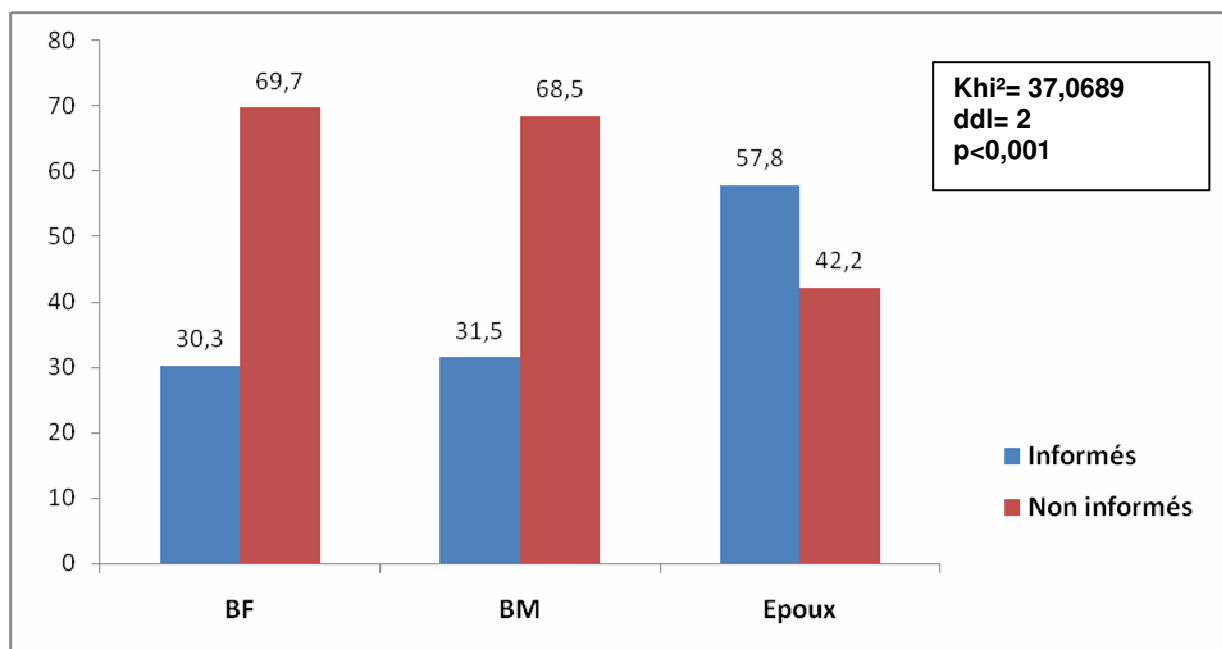
Parmi les 241 femmes interrogées, 20 belles-filles (8,3%) avaient entendu parler d'au moins un signe de danger au cours des CPN et c'était 36/232 belles-mères et 19/161 époux qui en avaient entendu parler. Le niveau de connaissance des signes de danger demandés au cours de l'enquête est ce qui suit :

- Saignements vaginaux = 45% (9/20) des belles-filles, 30,6% (11/36) des belles-mères et 57,9% (11/19) des époux ;
- Respiration difficile = 5% (1/20) des belles-filles, 5,6% (2/36) des belles-mères et 21,1% (4/19) des époux ;
- Fièvre = 25% (5/20) des belles-filles, 55,6% (20/36) des belles-mères et 52,6% (10/19) des époux ;
- Douleurs abdominales graves = 35% (7/20) des belles-filles, 22,2% (8/36) des belles-mères et 52,6% (10/19) des époux ;
- Maux de tête intenses/vision trouble = 5% (1/20) des belles-filles, 5,6% des belles-mères (2/36) et 31,6% (6/19) des époux ;
- Convulsions/perte de connaissance = 5% (1/20) des belles-filles, 15,8% (3/19) des époux ;
- Douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine = 35% (7/20) des belles-filles, 31,6% (6/19) des époux ;
- **Rupture prématurée des membranes = 50% (10/20) des belles-filles, 25% des belles-mères (9/36) et 73,7% (14/19) des époux.**

Le signe de danger le plus connu des belles-filles et des époux était la rupture prématurée des membranes (50% des belles-filles et 73,7% des époux). Par contre c'était la fièvre qui a été le signe de danger le plus connu des belles-mères (55,6%).

7. Le plan d'accouchement

a. Information sur le plan d'accouchement



Graphique 10 : Répartition des femmes en fonction de la connaissance du plan d'accouchement

Sur 10 cas, seulement 3 belles-filles et 3 belles-mères avaient affirmé avoir connu le plan d'accouchement. Tandis que sur 10 cas, c'était 6 époux qui avaient affirmé connaître le plan d'accouchement.

b. Connaissance des aspects du plan d'accouchement

Parmi les 241 belles-filles interrogées, 73 belles-filles (30,3%) avaient entendu parler d'au moins un aspect du plan d'accouchement au cours des CPN et c'était 73/232 belles-mères et 93/161 époux (57,8%) qui en avaient entendu parler.

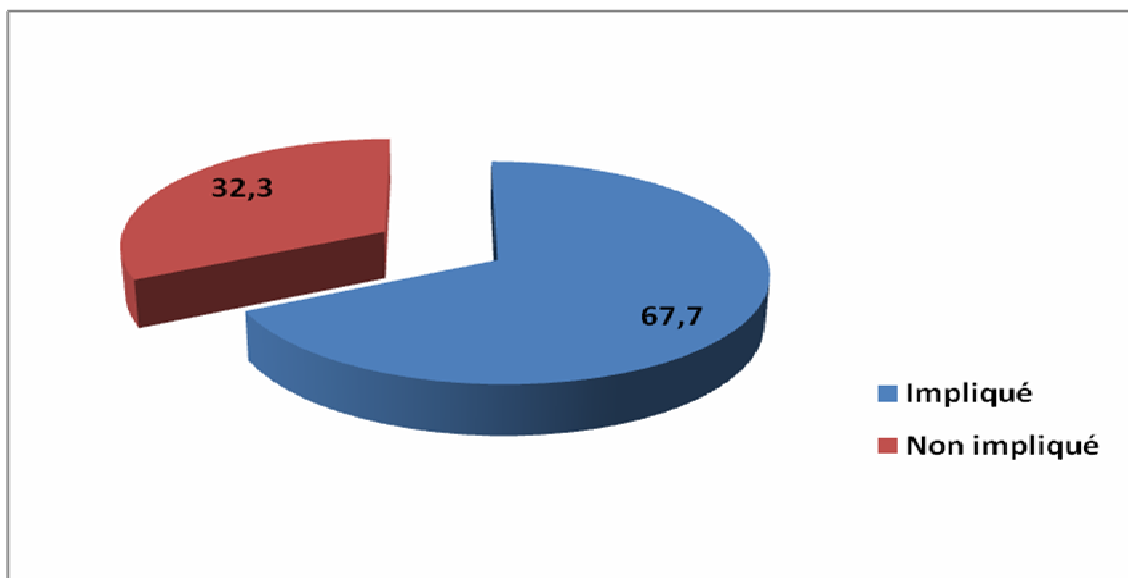
Le niveau de connaissance sur les aspects du plan d'accouchement demandés au cours de l'enquête est ce qui suit :

- Transport = 19,2% (14/73) des belles-filles, 13,7% (10/73) des belles-mères et 25,8% (24/93) des époux ;
- **Trousse pour la mère et le nouveau-né = 74% (54/73) des belles-filles, 71,2% (52/73) des belles-mères 81,7% (76/93) des époux ;**
- Accompagnante = 41,1% (30/73) des belles-filles, 16,4% (12/73) des belles-mères et 64,5% des époux ;
- Lieu d'accouchement = 20,5% (15/73) des belles-filles, 12,3% (9/73) des belles-mères et 37,6% (35/93) des époux ;
- Aspects financiers = 46,6% (34/73) des belles-filles, 35,5% (26/73) des belles-mères et 98,9% (92/93) des époux
- Personnes assurant l'intérim au domicile de la femme en son absence= 23,3% (17/73) des belles-filles, 16,4% (12/73) des belles-mères et 33,3% (31/93) des époux.

L'aspect du plan d'accouchement le plus connu des belles-filles était la trousse pour la mère et le nouveau-né (74%) de même que par les belles-mères (81,7%). Par contre l'aspect du plan d'accouchement le plus connu des époux a été financier 98,9% des époux.

c. Implication des époux

- **Niveau de connaissance**



Graphique 11: Répartition des époux en fonction de leur implication dans la préparation de l'accouchement.

67,7% des époux ont été impliqués dans la préparation de l'accouchement de leurs femmes.

- **Raisons du non implication aux préparatifs de l'accouchement**

Tableau VI: Répartition des époux en fonction des raisons de non implication aux préparatifs de l'accouchement

| Raisons | Effectif | Pourcentage |
|-----------------|----------|-------------|
| Financière | 20 | 38,5 |
| Socioculturelle | 13 | 25 |
| Aucune | 19 | 36,5 |
| Total | 52 | 100 |

38,5% des 52 époux n'ont pas été impliqués aux préparatifs de l'accouchement pour des raisons économiques.

Deuxième partie : Focus group (Discussion de groupes)

Dans cette deuxième partie des résultats, nous faisons la narration des entretiens qui ont eu lieu avec les groupes de discussions. Nous avons interviewé sept groupes :

- 1^{er} groupe : Membres de l'association de santé ;
- 2^{ème} groupe : Membres de l'association féminine locale ;
- 3^{ème} groupe : Femmes primipares ;
- 4^{ème} groupe : Femmes multipares ;
- 5^{ème} groupe : Belles-mères de femmes enceintes ;
- 6^{ème} groupe : Epoux des femmes enceintes ;
- 7^{ème} groupe : Leaders d'opinions (imam, pasteur, chef du village, maire).

Le nombre moyen de participants par groupe était de 10,85 le minimum de participants a été 4 et le maximum 12.

Les mêmes questions ont été posées à tous ces groupes pour animer la discussion.

A. Groupe N°1: Membres de l'association de santé

Q1. Que pouvez – vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

La bonne pratique des CPN est entravée par d'énormes difficultés, qui sont entre autres : l'analphabétisme (la majorité de la population), le manque d'information mais aussi et surtout les facteurs social, économique et culturel. Les femmes ne sont pas nombreuses à faire la CPN. L'association de santé communautaire entreprend des initiatives pour palier ces difficultés en mettant l'accent sur le rôle des relais. Ces relais se chargent de faire la CCC dans les villages et faire un feed back au centre.

Q2. Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?

A Dio village, c'est le chef de famille, en l'occurrence l'homme qui est responsable de toute décision concernant la famille. Ceci étant, ce dernier n'est pas forcément le seul à faire face aux dépenses de la famille. L'apport des épouses sera salubre si le mari ne se trouve pas à mesure de donner satisfaction à la demande financière.

Q3. Est – ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?

Jadis, il y avait de grandes difficultés mais grâce à certaines personnes de bonne volonté notamment le Professeur Dolo et d'autres collaborateurs, la population de Dio-gare peut manifester sa satisfaction. Car, il fut un moment où la commune ne disposait même pas de centre de santé.

Q4. Connaissez – vous le contenu de ces consultations ?

Le contenu des CPN est ignoré par les membres de l'ASACO. Les hommes de l'association pensent que cette question est expressément posée pour les femmes. Et la femme du groupe, la trésorière de l'association étant la mieux placée n'a pas réagi à cette question.

Q5. Ont – elles un intérêt pour vous ?

Les CPN ont un grand intérêt, parce que la grossesse, considérée comme un contrat de vie, engage la responsabilité de la femme. C'est à elle de décider du respect ou non de ce contrat. Le respect de ce contrat passe par la surveillance de la grossesse et aboutit à une bonne issue de la grossesse. Car en cas de découverte d'une quelconque anomalie, la femme est informée et l'anomalie est prise en charge. Et le non respect entraîne des conséquences fâcheuses, ici nous faisons allusion à la mortalité materno-fœtale.

Q6. Le coût est – il abordable ?

Selon la population, les frais des CPN sont très élevés. Or pour les membres du bureau de l'association, ils ne le sont pas. La raison est que le CSCOM ne fait pas assez de bénéfiques. Le ticket pour une première consultation coûte 1 100 FCFA. Le prix pour l'accouchement s'élève à 2 500CFA.

Bien avant, pour mieux sensibiliser les femmes qui ne faisaient pas la surveillance de la grossesse, lors de l'accouchement au centre elles payaient un plus en guise d'amende. Ce constat était amer car les femmes préféraient accoucher à domicile que de payer l'amende. Du coup, l'ASACO a jugé nécessaire de sursoir à l'amende.

Q7. En cas de difficultés d'accès aux CPN, comment est résolu le problème ?

- Couple laissé à lui-même
- Contribution financière de la famille
- Caisse associative etc.

Il n'existe pas de caisses associatives pour aider les couples qui sont en difficultés. L'ASACO est en train d'approfondir la réflexion sur la création d'une mutuelle de santé. Et pour cela la proposition est faite à la mairie.

Q8. Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?

L'ASACO a fait de son mieux. Par mois l'ASACO fait une supervision dans les villages, profite pour informer et sensibiliser davantage. Elle propose de mettre l'accent sur la sensibilisation, de multiplier les cases de santé, de construire des maternités dans deux villages qui sont dans la nécessité (Sotoly et Diffémou). Ce n'est pas la peine d'en construire à kalazan qui est composé de 86 foyers.

B. Groupe N°2 : Membres de l'association féminine locale (12)

Q1. Que pouvez – vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

La surveillance de la grossesse est un acte important pour les femmes. Elle rentre dans le cadre de la protection de la femme et de son futur bébé. Une femme enceinte est considérée comme une personne malade. La surveillance permet de traiter les maladies.

Q2. Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?

Le mari est responsable des dépenses concernant la grossesse. Le maraichage étant une activité génératrice de ressources pour les femmes, souvent, il n'est pas nécessaire d'attendre le financement du mari, il suffit de puiser sur le revenu de la vente des légumes. Il arrive des fois que les coépouses tombent enceintes durant la même période et malheureusement cela trouve le mari en situation difficile. Et par conséquent le mari seul ne pourra pas faire face. A chaque femme de se débrouiller.

Q3. Est – ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?

Les femmes sont plus ou moins satisfaites des consultations prénatales. Souvent tout se passe sans problèmes mais quelques fois le problème d'évacuation se pose. Le transport est une nécessité absolue car des femmes ont rendu l'âme entre Dio et Kati. Et cela à cause d'un retard accusé pour l'évacuation. L'ambulance doit quitter Kati pour Dio en cas d'urgence. L'acquisition d'une ambulance est un besoin fortement exprimé par les femmes de Dio.

Q4. Connaissez – vous le contenu de ces consultations ?

Ce que la sage femme fait lors des visites, c'est de demander les plaintes. Et ensuite elle prescrit l'ordonnance (fer).

Q5. Ont – elles un intérêt pour vous ?

Comme dit au départ les CPN ont un intérêt pour les femmes.

Q6. Le coût est – il abordable ?

L'acceptabilité du coût est relative. Les revenus ne sont pas les mêmes, certaines peuvent prendre en charge la grossesse par contre d'autres non.

Q7. En cas de difficultés d'accès aux CPN, comment est résolu le problème ?

- Couple laissé à lui-même
- Contribution financière de la famille
- Caisse associative etc.

En cas de difficultés, l'association octroie une somme remboursable aux femmes qui sont dans la nécessité.

Q8. Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?

Le souhait des femmes est qu'elles soient encore plus nombreuses à suivre les CPN, que l'Etat accorde l'aide en mettant à leur disposition les médicaments à moindre frais et aussi une ambulance.

C. Groupe N°3 : Les femmes primipares (12)

Q1. Que pouvez – vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

La population de Dio a enregistré dans le passé beaucoup de pertes en vie humaine du fait du faible taux de femmes qui fréquentaient le centre de santé. De nos jours les pertes sont moindres.

Q2. Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?

Le mari se charge des frais de la CPN. La femme ne participe pas. L'entraide doit être faite, si le mari se trouve en période de crise il y va de soi que la femme vienne en aide.

Q3.Est – ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?

Les CPN se déroulent assez bien. Il n y a pas de problèmes ni du côté des prestataires ni du côté des infrastructures et équipements.

En un mot la femme enceinte qui fait suivre sa grossesse est tranquille.

Q4. Connaissez – vous le contenu de ces consultations ?

Le contenu des CPN est peut être connu par les femmes. Elles se trouvent mal à l'aise pour décrire la procédure. Aucun élément du contenu des consultations prénatales n'a été cité par les gestantes.

Q6. Le coût est – il abordable ?

La surveillance de la grossesse a plusieurs intérêts pour les femmes. Tantôt elle rend le frais de l'accouchement moins cher, tantôt elle permet la détection à temps des maladies et rend le traitement facile.

Q7. En cas de difficultés d'accès aux CPN, comment est résolu le problème ?

- Couple laissé à lui-même
- Contribution financière de la famille
- Caisse associative etc.

Les caisses associatives accordent un prêt aux femmes qui le sollicitent. Hormis les caisses associatives, les personnes de confiance se prêtent se l'argent. Et dans certaines familles, les dépenses sont prises en charge par un frère ou parfois une contribution de chacun des frères.

Q8. Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?

Il n'y a rien n'a reproché à la manière de faire des CPN. A cet effet, des propositions pour l'amélioration n'ont pas leur raison.

D. Groupe N°4 : Femmes multipares (12)

Q1. Que pouvez – vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

La surveillance de la grossesse est très importante car elle protège la femme contre les « petites maladies ». Une fois que le prestataire découvre une maladie lors de son examen, il prescrit une ordonnance pour la prise en charge et si nécessaire donne les conseils hygiéno-diététiques. Le respect de la prise des médicaments et l'observance des conseils sont des facteurs pour une bonne issue de la grossesse.

Q2. Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?

Seul le mari est responsable des décisions concernant la grossesse. C'est à la femme de faire une « visite si elle a un doute sur son état » ensuite le mari en fonction de sa situation peut juger de la poursuite des CPN.

Q3. Est – ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?

La satisfaction est quasi-totale. Les multipares n'ont rien n'a reproché à cette pratique.

Q4. Connaissez – vous le contenu de ces consultations ?

Lors des CPN, la sage femme procède à l'interrogatoire dans le but de savoir les plaintes, ensuite passe à l'examen général et donne des analyses médicales à faire. A la suite de cette démarche une prescription d'ordonnance est faite.

Q5. Ont – elles un intérêt pour vous ?

L'importance de la surveillance de la grossesse est indéniable. Elle protège à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant. La pratique faite à Dio est irréprochable.

Q6. Le coût est – il abordable ?

Le coût est raisonnable pour certaines tandis que d'autres le trouvent élevé. Le carnet coûte 1100Fcf, la vaccination 300Fcf sans compter le prix des médicaments. Les réalités diffèrent d'une famille à une autre.

Q7. En cas de difficultés d'accès aux CPN, comment est résolu le problème ?

- Couple laissé à lui-même
- Contribution financière de la famille
- Caisse associative etc.

Il y a des voies de recours en cas de difficultés ; une personne de bonne volonté peut répondre aux attentes. Il existe aussi au niveau de l'association féminine dénommé djè kuluton² à Bamabougou (un hameau de Dio-village) une caisse qui a été instaurée pour prêter de l'argent aux femmes qui seront dans le besoin.

Q8. Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?

Il faudrait que les femmes sachent que les CPN, c'est pour leur bonheur. Pour ce faire, l'assiduité aux CPN est capitale. Les femmes doivent avoir d'amples informations sur les CPN afin qu'elles soient nombreuses à faire ces consultations prénatales.

² Littéralement signifie en langue locale, regroupement de personnes

E. Groupe N°5 : Belles-mères de femmes enceintes. (12)

Q1. Que pouvez – vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

La CPN est venue prendre la place qu'occupaient les vieilles (ntin kôro sigilaw)³. Elle est considérée par celles-ci comme étant une pratique imposée par l'Occident, dans l'objectif de les écarter complètement de leur fonction. Il y a une comparaison à faire, l'ancienne pratique a prouvé plus son efficacité que la nouvelle. Car de nos jours, le constat est décevant. Les accidents lors des accouchements sont devenus monnaie courante. Il se pose un autre problème, celui des pilules. Ces comprimés qu'on fait avaler aux filles soit disant pour espacer les naissances rendent plutôt les accouchements difficiles et souvent même entraînent des malformations congénitales voire des décès maternel et néonatal. Or la femme enceinte doit simplement éviter de rester tardivement dans la brousse pour empêcher ces malformations.

Et ce travail, jadis confié aux vieilles est aujourd'hui le travail des « petites »⁴. Quelle femme se ferait consulter par un enfant ? Elles n'ont même pas un minimum de respect pour les gens.

Q2. Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?

Bien vrai que la grossesse est un phénomène qui n'engage que les femmes, celles qui désirent se rendre au centre doivent impérativement informer le chef de famille qui donne l'argent nécessaire pour la CPN.

Q3. Est – ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?

La CPN concerne les femmes qui sont en train d'enfanter. En tout cas « les petites filles » ne font pas correctement leur travail selon ce que nous racontent les belles filles.

³ Littéralement signifie en langue locale, personnes surveillant les femmes en travail

⁴ Terme par lequel, les belles-mères nomment les sages-femmes

Q4. Connaissez – vous le contenu de ces consultations ?

N'étant plus en âge de procréer, toutes ces questions s'intéressent à celles qui sont en activité génitale. Il faudrait plutôt demander aux « filles »⁵. Les belles-filles disent, qu'après avoir pris le ticket, elles sont, par ordre d'arrivée vues par la sage-femme. Cette dernière les interroge et pose des actes sous entendu examen gynécologique. Les belles-mères ne connaissent pas le contenu des CPN. Les CPN sont réservées pour la nouvelle génération. Les informations que les belles-mères ont sur les CPN sont proviennent des causeries des belles-filles sans qu'elles y soient invitées.

Q5. Ont – elles un intérêt pour vous ?

A l'entendement des belles mères, les CPN n'ont pas un intérêt pour la population. Au vu et au su de ce qui se passe, les belles mères jugent cette pratique inadaptée à nos coutumes et mœurs.

Q6. Le coût est – il abordable ?

Le coût est abordable. Il ne coûte pas aussi cher que qu'elles avaient imaginé.

Q7. En cas de difficultés d'accès aux CPN, comment est résolu le problème ?

- Couple laissé à lui-même
- Contribution financière de la famille
- Caisse associative etc.

En cas de difficultés, les femmes préfèrent ne pas faire de CPN. Il n y a aucune façon d'aide. A moins que l'intéressé emprunte de l'argent à ses voisins. Et la dernière alternative c'est de faire recours à l'ancienne pratique ; l'accouchement à domicile.

Q8. Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?

Si on tient réellement aux CPN, Il faudrait au moins prendre les gens plus âgés pour faire les consultations et que les sages femmes respectent les gens, qu'elles ne grondent pas.

⁵ Pour dire femmes en âge de procréer

F. Groupe N°6 : les époux de femmes enceintes (12)

Q1. Que pouvez – vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

Les CPN sont une bonne chose. Elles évitent aux femmes d'être confrontées aux problèmes liés à la grossesse. Elles sont souvent « têtues ». Quand on leur donne l'argent pour aller au centre, elles n'obéissent pas. Elles préfèrent utiliser l'argent pour les tontines⁶. Ce qui fait que les hommes refusent de donner l'argent.

Q2. Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?

Ce sont les hommes qui sont les chefs de famille, alors il va de soi qu'ils soient responsables des décisions concernant la grossesse. C'est la culture du milieu qui nous la dicte (bamanan laada).

Q3. Est – ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?

Les époux sont satisfaits du travail des sages-femmes, elles jouent pleinement leur rôle. Comme dans toutes les professions, il existe souvent des errements, ce qui fait que de temps en temps les malentendus surviennent.

Q4. Connaissez – vous le contenu de ces consultations ?

Les hommes ne savent pas ce qui se passe réellement lors des CPN. De retour du centre, la seule chose que les femmes font c'est de tendre l'ordonnance ou souvent même ne disent que le montant qu'a coûté l'ordonnance.

Q5. Ont – elles un intérêt pour vous ?

Pourrions-nous finir d'énumérer les bienfaits des CPN ? La femme enceinte a vraiment besoin d'une assistance médicale au risque de sombrer un jour dans les différentes complications de la grossesse. Le bien être de l'enfant en dépend.

⁶ Rencontres le plus souvent hebdomadaires des femmes, lors desquelles elles collectent l'argent pour une femme à tour de rôle

Q6. Le coût est – il abordable ?

Le Coût des CPN est à la portée des hommes. Même si souvent ils traversent des moments de difficultés (hivernage). A cette période ce n'est pas du tout facile pour eux de subvenir aux besoins financiers des CPN. Même si les femmes ont l'argent, elles ne font rien pour leur santé.

Q7. En cas de difficultés d'accès aux CPN, comment est résolu le problème ?

- Couple laissé à lui-même
- Contribution financière de la famille
- Caisse associative etc.

En cas de difficultés, la seule solution c'est que les femmes restent à la maison.

Q8. Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?

Les changements que les hommes préconisent, c'est surtout une aide du gouvernement afin de diminuer les frais des CPN. Et aussi améliorer la qualité.

G. Groupe N° 7 : Leaders d'opinions (4)

maire, pasteur, imam, représentant du chef de village

Q1. Que pouvez – vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

Certaines femmes vont pour la surveillance de la grossesse par contre d'autres ont « l'oreille dure »⁷. Elles n'y accordent pas assez d'importance. Pour mieux illustrer cette assertion: la femme de mon petit fils a accouché de trois enfants et aucun enfant n'est vivant. Pour elle c'est « qu'elle s'en fiche d'elle-même ». Donc elle n'a pas fait de CPN ? « au moins qu'elle ne l'ait faite à Kati. Sinon je ne l'ai pas vu faire les CPN à Dio. Je ne l'ai pas remarqué. La réalité c'est qu'elle n'a pas fait les CPN ».

Il ressort qu'il y a beaucoup de femmes qui veulent bien faire la surveillance de la grossesse mais l'aspect financier est un problème majeur. Comme le cas de cette dame qui était en danger ; à la question de savoir les causes, c'est le mari qui n'avait pas donné l'argent. Elles n'ont aucun sou pour se payer le ticket des CPN.

Q2. Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?

C'est au mari que reviennent les décisions concernant la grossesse. Souvent, la femme est mise sous un régime diététique particulier, c'est à l'homme de s'en occuper. Le foyer n'appartient pas à l'homme seulement, la grossesse appartient aux deux. Le sens du mariage, c'est l'entraide. Comme Dieu l'a décrit, tout ce qui arrive dans le foyer, c'est à l'homme et la femme de s'en charger. Donc si le mari n'a pas les moyens alors que la femme en possède, c'est à cette dernière de « prendre le fardeau ». C'est tout à fait normal que les deux prennent en charge les dépenses, mais parlant dans notre contexte, c'est réellement le mari qui « prend le fardeau ». C'est au mari de se débrouiller par tous les moyens. Les foyers ne sont pas les mêmes, sinon à Dio en vérité, c'est l'homme qui demande à la femme de se faire consulter et ensuite il donne de l'argent. Et s'il y a une ordonnance, elle est remise au mari.

⁷ Personnes obstinées

Q3. Est – ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?

Les femmes sortent nombreuses en réalité pour les CPN et les sages femmes les amadouent. Il semblerait qu'il y a des stagiaires (petites filles) qui doivent faire les CPN des femmes de l'âge de leur mère. C'est un problème ! Elles disent que les enfants du même âge que les leurs les consultent. C'est pour cela que d'autres femmes n'acceptent pas de faire les CPN. A l'accouchement, les femmes sont insultées par les matrones. Or avec l'accouchement traditionnel pas question de tout ceci. Il y a une accoucheuse traditionnelle qui a fait accoucher une femme qui était 7 mois de grossesse et l'enfant est bien vivant. Et si aujourd'hui tout est laissé aux enfants. Même si c'est le domaine de la médecine, il y a de ces femmes qui ne doivent pas être consultées par ces « petites stagiaires ».

Q4. Connaissez – vous le contenu de ces consultations ?

Les autorités ne connaissent pas grande chose du contenu des CPN. Il y a de ces paroles que tout homme ayant la moindre intelligence doit comprendre. « Hakilima kan ka kuma dow famu »⁸. En réalité rentrer en profondeur, c'est un sujet tabou donc les participants préfèrent garder le silence.

Q5. Ont – elles un intérêt pour vous ?

Les CPN ont un intérêt. Parce que quel que soit le moment auquel la femme fait la visite, les problèmes de la grossesse sont détectés.

C'est lors des CPN qu'on détermine la voie d'accouchement. Lors des CPN, les conseils sont donnés ; les aliments que la femme enceinte peut manger et les travaux qui sont proscrits. Pendant les CPN les maladies sont détectées et traitées ce qui fait que l'enfant n'aura aucun problème.

Q6. Le coût est – il abordable ?

Pour ce qui est des frais pour les carnets, les participants du groupe ne peuvent pas se prononcer mais quant à l'ordonnance, c'est toujours les mêmes médicaments qu'on prescrit. Il y a des femmes qui ne vont pas pour les CPN parce qu'elles n'ont pas les frais du carnet, et pourtant le carnet est obligatoire.

⁸ En langue nationale, l'esprit doit cerner certaines choses sans qu'on ne les dise

Q7. En cas de difficultés d'accès aux CPN, comment est résolu le problème ?

- Couple laissé à lui-même
- Contribution financière de la famille
- Caisse associative etc.

Comme il a été démontré, chaque famille a ses réalités. La contribution financière de la famille est un moyen de résoudre le problème des difficultés d'accès aux CPN dans quelques rares familles. Mais dans les villages reculés les réalités sont autres, les hommes ne considèrent pas du tout leurs femmes. Certains hommes ont bel et bien les moyens mais c'est tout simplement un refus. Même en cas de maladies, il faut qu'elles atteignent un stade avancé pour qu'ils amènent le malade au centre.

Il n'existe pas d'associations caritatives. Le village est compliqué, sinon dans une famille où il y a plus de 60 personnes l'aide ne doit pas manquer. Le premier soutien doit venir de la famille.

Q8. Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?

Assiduité aux CPN par toutes les femmes, information et sensibilisation des femmes sur l'intérêt des CPN, baisse des frais des CPN sont des éléments nécessaires à la bonne pratique des CPN. Il faudrait une implication effective de toutes les sensibilités. Et enfin, faire assister les « petites filles » par les « vieilles » (accoucheuses traditionnelles).

VI. DISCUSSION

A. Aspects méthodologiques :

Cette étude des connaissances, attitudes et pratiques de la consultation prénatale recentrée dans la communauté de Dio-gare est la première du genre dans cette communauté. Elle a commencé en Novembre 2007 et a pris fin en Mai 2008.

Durant une période de six mois, 241 belles-filles, 232 belles-mères et 161 époux ont été enrôlés et 7 groupes de discussions animés.

Au cours de notre enquête, le recueil des informations a été émaillé d'énormes difficultés à savoir :

- Difficulté d'atteindre la taille de l'échantillon malgré qu'on ait étendu l'enquête à tous les villages de la commune, cela est en rapport avec la population (10 105 habitants) ;
- Difficulté de constitution des groupes de discussion: les femmes sont toujours préoccupées par les travaux ménagers. Elles s'intéressent moins aux réunions leur donnant la parole afin qu'elles expriment leurs points de vue sur la santé de la femme; les hommes ne donnant pas la priorité au sujet relatif à la femme ou du moins disent toujours : « c'est une affaire de femmes » ;
- Rétention d'information par crainte d'une éventuelle réaction des agents de santé s'ils apprenaient leurs propos ou souvent préférant le silence parce qu'elles ont honte de se prononcer sur des sujets en public ;
- La difficulté due à la langue dans laquelle a eu l'entretien.

B. Evolution de la réalisation des CPN

Pour une population composée en moyenne (50,2%) de jeunes femmes de la tranche d'âge 20 – 29 ans avec un taux d'alphabétisation à 26,7%, le taux de couverture prénatale est estimée à 80,1%. Tandis que pendant la période d'activité génitale des belles-mères, ce taux était à 42,2%. Actuellement, ces belles-mères ont en majorité (57,7%) un âge supérieur à 55 ans. Ce progrès relatif s'explique d'une part par la meilleure organisation des structures sanitaires rurales du Mali appelées désormais centres de santé communautaire depuis l'adoption par le Mali de la politique sectorielle de la santé et de population 15 décembre 1990 et mise en

vigueur en 1995. [8]. Et d'autre part par le rapprochement du centre de santé à la population concernée. Jadis, les femmes faisaient les CPN à Kati. Et là, elles n'étaient pas nombreuses à le faire. On comprend alors aisément que l'ouverture du CSCoM a accordé la chance à beaucoup de femmes.

Malgré l'effort du Gouvernement, les centres de santé restent non fréquentés par certaines femmes pour des raisons financières (43,8%) ou du fait de la sous-information (35,4%).

C. CPN recentrée

Le tableau suivant fait ressortir le niveau de connaissance des femmes de certains pays de la sous-région selon leurs EDS respectives (Mali, Burkina Faso et Benin) et de notre zone d'étude sur la CPNR.

Tableau VII: Répartition des composants des soins prénatals en fonction de certains pays de la sous-région

| | Pays et Auteurs | | | |
|--|------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | Mali (EDSM-IV 2006) | Burkina Faso (EDSBF-III 2003) | Benin (EDSB-III 2006) | Notre etude (Dio Mali 2008) |
| Information sur les signes de danger et complications de la grossesse | 29% | 19% | 39% | 8,3% |
| Prise de poids | 94% | 98% | 99% | |
| Examens médicaux | Prise de la taille | 89% | 95% | 96% |
| | Prise de la TA | 88% | 96% | 99% |
| | Prélèvement urine | 45% | 79% | 92% |
| | Prélèvement sang | 35% | 36% | 40% |
| Reçu fer en comprimé ou sirop | 61% | 69% | 86% | **66% |
| Reçu antipaludéens (2 doses SP) | 62% | 64% | 82% | **69,3% |

*Les examens médicaux n'ont pas été détaillés dans notre étude

** Les femmes sont informées de la prise du fer acide folique et de la SP

Le concept de CPN recentrée reste méconnu par la grande majorité de la population rurale (91,3 % des belles-filles, 97,4% des belles-mères et 96,9% des époux). Il se trouve que les belles-filles sont mieux informées que les époux et les belles-mères. Ce concept est encore mieux appréhendé par les populations urbaines et périurbaines (Sabalibougou et Senou)⁹ [33, 32].

Quant au contenu de la CPNR, les belles-filles ont cité plus de composantes que les belles-mères et les époux mais malheureusement elles n'étaient pas assez nombreuses à en citer (le nombre de CPN par 9,5%, le traitement des maladies par 19% et la prophylaxie par 4,8%). Les belles-filles étaient 71,2% à rapporter un nombre de visites prénatales inférieur à 5, dans cette proportion elles étaient 23,1% à rapporté un nombre = 4.

On observe que le niveau de connaissance sur certains moyens de prévention tels que les MII est élevé car c'est un des moyens les plus usités dans la zone et qui fait actuellement l'objet d'une grande promotion par les autorités du ministère de la santé à travers le programme national de lutte contre le paludisme, qui a rendu la distribution gratuite à la suite de l'UNICEF. [24].

Par ailleurs, 8,3% des belles-filles avaient entendu parler au moins d'un signe de danger. Le signe de danger le plus connu par la population était la rupture prématurée des membranes (50%) et elles étaient 45% à connaître le saignement vaginal parmi les signes de danger de la grossesse. Ce même signe de danger était connu par 81,2% des femmes au Sénégal [31].

Nous avons constaté que la notion de plan d'accouchement n'était connue que par 30,3% des belles-filles. Et l'aspect le plus connu fut la trousse pour la mère et le nouveau-né (74%).

Dans l'ensemble la CPN recentrée est mieux connue par les belles-filles que les époux et les belles-mères ceci se comprend dans la mesure où c'est elles qui fréquentent les CSCOM. Elles n'ont pas la chance de raconter à leur mari ce qui s'est passé au centre de santé avec les prestataires. La grossesse est un moment pendant lequel les maris s'éloignent de leurs femmes. Elles ont tendance à être laissées à leur sort. Le bienfait de l'affection maritale sur l'évolution de la grossesse est rapporté dans la littérature. Cette cubaine raconte : « je voudrais que mon mari aime le fœtus d'un amour pareil à celui qu'il a pour moi » [35]. Et dans d'autres pays

⁹ Zones urbaine et périurbaine du Mali dans lesquelles une étude du même que la notre a été menée durant la même période et utilisant les mêmes méthodes et matériels.

comme la Thaïlande, le mari observe un arrêt du travail pour assister sa femme pendant les dernières semaines de la grossesse et aussi pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement [35].

La consultation prénatale recentrée regorge encore d'assez d'insuffisance. Le tableau VIII nous montre le retard qu'accuse le Mali en matière de CPNR par rapport au Burkina Faso et au Bénin.

a) Perception de la Consultation prénatale par la population

La CPN serait une série de visites que la femme enceinte doit faire dans un centre pour s'assurer de la bonne évolution de sa grossesse. Elle est très importante car permet de détecter les maladies qui évoluent en période de gestité. Et le cas échéant le médecin ou la sage-femme prennent les dispositions pour le traitement. C'est la déduction que nous faisons des propos de cette multipare « ***Si tu viens pour les CPN par exemple et qu'on détecte une maladie, on te fait une prescription d'ordonnance et tu seras guéri après le traitement*** ». Cet avis est partagé par la majorité de la population. Par contre une frange de la population, surtout les personnes âgées, ne soutenant pas cette thèse, prétendent que les CPN seraient la cause des « incalculables » mort-nés et morts maternelles qu'enregistre la population. Une belle-mère nous raconte « ***La CPN est venue prendre la place qu'occupaient les vieilles (nTin kôrô sigilaw). Et pourtant aujourd'hui nous constatons plus de catastrophes lors des accouchements. Il se pose un autre problème celui des pilules. Ces comprimés qu'on fait avaler à nos filles soit disant pour limiter la naissance, or ils rendent les accouchements difficiles et souvent même entraînent des malformations congénitales*** ».

b) Les facteurs influençant la bonne marche des CPN

De nombreux facteurs empêchent la bonne pratique des CPN. Cependant, quelques facteurs promoteurs ont été identifiés. Parmi ces facteurs promoteurs, nous pouvons énumérer :

- l'effectivité de la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- la stratégie mise en place par l'ASACO pour inciter les femmes à faire les CPN : le jour de CPN coïncide avec le jour du marché. Le commerce étant une activité indispensable pour les femmes, une fois venues à la foire du samedi, elles feront en même temps le suivi des grossesses ;
- l'existence de cases de santé dans certains villages (komi-komi et diffémou) ;
- l'organisation de causerie en groupe sur des thèmes divers (nutrition de la femme enceinte, plan d'accouchement, etc.) tous les samedis avant les CPN.

Par contre les facteurs entravant la bonne pratique des CPN étaient :

- **Coût**

La raison financière était en tête de liste des raisons expliquant le non suivi des grossesses actuelles (43,8% des belles filles et 63,7% des époux).

Le faible revenu de la population ne lui permet pas de subvenir aux frais des CPN. Les revenus diffèrent selon les individus. Ce qui fait qu'il y a des gens qui peuvent subvenir aux besoins et d'autres pas. A s'en tenir au propos de cette dame « ***Selon certaines même à 2500 FCFA c'est raisonnable. Par contre pour d'autres, même si c'est à 100 FCFA c'est couteux. Même avec les 300 FCFA, les gens ont du mal à s'acquitter de ça*** ». En fin, certaines femmes trouvent que le frais des CPN est une offre alléchante ; il s'agit tout simplement d'une question de moment même s'ils ne sont pas nombreux à le dire comme ce monsieur « ***Pendant l'hivernage il n'est pas du tout facile pour nous de subvenir aux besoins financiers des CPN*** ».

La revue de la littérature nous enseigne que la limite de la mise en œuvre des CPNR dépend des individus, à cause de l'inadéquation des ressources financières. [2]

- **Analphabetisme**

Le poids de ce fléau se remarque dans tous les domaines de la vie. L'analphabetisme occupe une grande part de responsabilité dans la non efficacité des politiques en matière de santé de la reproduction et dans notre cas précis un membre de l'association nous a confié « **Les femmes sont analphabètes en majorité... Tout cela constitue un handicap à leur assiduité aux CPN** ». Un proverbe bambara ne dit-il pas que : l'analphabète vit dans les ténèbres. Dans la littérature, il a été trouvé que le faible niveau de scolarisation ne permet pas d'accéder à une bonne information en matière de santé sexuelle et reproductive [23].

- **Comportement des agents de santé**

Si dans les politiques, normes et procédures en santé de la reproduction au Mali, la qualité du prestataire est une des conditions de la CPN, à Dio elle est loin d'être le cas selon une bonne frange de la population. Les belles-mères de femmes enceintes nous ont dit « **...Elles (sages-femmes) n'ont même pas un minimum de respect pour les gens** ». Cet homme membre du groupe de l'autorité nous affirme que « **à l'accouchement, les femmes sont insultées par les matrones** ». Les thaïlandaises et les saoudiennes se plaignent beaucoup du manque de courtoisie des prestataires [35].

- **Sous-information**

On dit souvent " qu'une sous alimentation vaut mieux qu'une sous information". A propos des CPN, notre population d'étude n'est pas bien informée dans son ensemble. Une grande partie de la population a de la peine à citer à fortiori à décrire le contenu des CPN. « **Nous ne savons pas ce qui se passe réellement lors des CPN** ». La femme en milieu rural subit une influence culturelle, elle est réservée. Elle ne demande pas l'intérêt de chaque acte posé par le prestataire. Et de surcroît elle ne demande pas d'explication au prestataire au sujet de ce qui lui arrive. Ceci illustre parfaitement le manque d'épanouissement de la femme. Dans la littérature, nous avons constaté que cet état de fait n'est pas particulier au Mali seulement. [35].

- **Manque d'infrastructures et moyens de transport**

Au cours de notre enquête nous nous sommes rendu compte qu'il y avait un besoin accru en infrastructures sanitaires à certains niveaux, comme l'a si bien souligné un

participant du groupe de l'association de santé «... **multiplier les cases de santé, construire des maternités dans deux villages qui sont dans la nécessité (Sotoly et Diffémou). Ce n'est pas la peine d'en construire à kalazan (86 foyers)** ».

L'infrastructure n'est pas la priorité pour les cubaines, elles préfèrent marcher des kilomètres pourvu qu'elles aient en fin de chemin un très bon prestataire [35].

En cas de nécessité d'évacuation, la population ne dispose pas de moyen de transport médicalisé sauf si on fait appel à l'ambulance de Kati. Et cela à ses conséquences « **...Souvent tout se passe sans problèmes mais des fois le problème d'évacuation se pose. J'ai même une sœur qui a perdu la vie entre Dio et Kati. L'ambulance doit quitter Kati pour venir prendre les cas d'évacuations et cela prend assez de temps** ».

- **contexte socioculturel**

Dans le tableau IX, nous faisons transparaître les différentes croyances qu'ont divers pays : Argentine, Cuba, Thaïlande, Arabie Saoudite et notre zone d'étude de la CPN.

Tableau VIII : Répartition des femmes en fonction des croyances, de leur préférence du type et du genre de prestataire selon les pays.

| | Pays et auteurs | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| | Argentine | Cuba | Thaïlande | Arabie Saoudite | Notre étude (Dio Mali) |
| Contexte culturel | Mélange des valeurs religieuses (Christ*) et pragmatiques | Valeurs pragmatiques | Valeurs traditionnelles | Croyance religieuse (Islam) | Valeurs traditionnelles |
| Type de prestataires | Pas de préférence particulière entre les spécialistes et les traditionnalistes | Les femmes cubaines préfèrent les spécialistes | Les femmes n'ont pas de préférence particulière mais croient hautement aux valeurs traditionnelles | Les femmes préfèrent les prestataires familiaux. | Accoucheuses traditionnelles |
| Genre du prestataire | Pas de préférence particulière | N'ont pas de préférence particulière | Ont une préférence pour les femmes | Ont une préférence pour les femmes | Elles n'aiment pas se faire consulter par les très jeunes. |

*christ : christianisme

La revue de la littérature que nous avons réalisée nous permet de confirmer que les us et coutumes ont une importance particulière et doivent être tenus en compte dans les programmes de santé si lesdits programmes veulent obtenir les résultats escomptés. Et ces aspects varient d'un pays à l'autre comme l'atteste le tableau IX qui rapporte des enquêtes en population au Cuba, en Thaïlande, en Argentine et en Arabie Saoudite. Et particulièrement le genre du prestataire a été évoqué en ayant une importance dans l'acceptation du service par les gestantes. Cet aspect n'a pas été étudié dans notre cas. Cependant, et les belles-mères, et les belles-filles et leurs époux ont insisté leur désapprobation d'être consultés par les prestataires de l'âge de leur enfant. Notre zone d'étude est un milieu dans lequel les habitants sont fortement attachés à la tradition. Ce monsieur nous confie « les accoucheuses traditionnelles disposent des formules et incantations pour faciliter les accouchements. Chose qui n'existe pas en médecine moderne ».

De ce fait les nouvelles politiques auront du mal à être appliquée, surtout s'il s'agit de la reproduction qui est réservée aux personnes d'un certain âge.

Selon certaines croyances, la femme enceinte doit éviter de partir en brousse ou si elle le fait, elle doit retourner à la maison avant la tombée du soleil. Si jamais, elle y reste, elle est exposée aux génies. Alors elle pourrait mettre au monde un enfant malformé.

Les croyances en Thaïlande dispensent la femme enceinte de certaines activités et la soumette à un régime alimentaire particulier. Par exemple une femme raconte : « Je ne dois pas manger les œufs pendant la grossesse sinon l'enfant aura une mauvaise odeur » [35]

L'introduction d'une nouvelle politique dans la communauté ne doit pas se faire sans tenir compte des us et coutumes de ladite communauté.

Notre étude a mis l'accent sur le niveau de connaissance des gestantes, les personnes âgées et les époux en matière de CPNR. Il serait encore intéressant d'évaluer et le niveau de connaissance des prestataires et leurs compétences dans le domaine de la CPNR.

VII. CONCLUSION

Au terme de notre étude, réalisée dans la commune rurale de Dio-gare, nous nous sommes intéressés aux réponses des questionnaires soumis à 241 femmes enceintes, 161 époux, 232 belles-mères et 7 focus group. Ces résultats nous ont permis de faire l'état des consultations prénatales recentrées.

Le taux de couverture prénatale était estimé à 80,1% pour les belles-filles vs 42,2% pour les belles-mères. Les belles-mères avaient été confrontées à un manque d'infrastructures, raison pour laquelle elles n'étaient pas nombreuses à faire les CPN. Actuellement, le problème qui se pose aux femmes est celui des finances. Malgré les efforts consentis, la nouvelle politique des CPN recentrées a du mal à être adaptée dans la commune rurale de Dio-gare. La population est en général analphabète avec un taux de scolarisation des belles-filles de 26,7%, le taux de scolarisation des époux de 34,2% et celui des belles-mères de 13,8%. Cette population ignorait les nouvelles dispositions concernant les CPN:

- Pour 61,9% des belles-filles, c'était l'examen médical qui était la nouvelle disposition ;
- Pour la plupart d'entre elles (34,2%) le nombre de CPN à faire était 3 ;
- Seulement 8,3% d'entre elles connaissaient les signes de danger de la grossesse ;
- Et c'était 30,3% des belles-filles qui connaissaient la préparation du plan d'accouchement.

Les époux et les belles-mères étaient aussi mal éclairés sur les nouvelles dispositions de la CPN.

A propos des prophylaxies anti palustre avec la SP et anti anémique avec le FAF, les belles-filles étaient nombreuses à être informées, 69,3% pour la prophylaxie anti palustre et 66% pour la prophylaxie anti anémique. L'utilisation des MII était connue par 82,6% des belles-filles.

Compte tenu de ce qui précède nous affirmons que le faible niveau de scolarisation, le manque d'information, la pauvreté et le cadre de vie (l'influence socioculturelle) sont autant de facteurs qui influencent négativement la nouvelle politique des CPN recentrées.

Fort de ce constat nous allons formuler des recommandations.

VIII. RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires:

- Renforcer les campagnes de communications pour le changement de comportement en matière de CPN recentrées ;
- Contrôler le mouvement des ressources humaines par une politique de gestion plus rationnelle (matrones stagiaires dans les cases de santé) ;
- Renforcer la compétence des relais et les membres de l'ASACO pour une meilleure sensibilisation de la population sur la CPNR.

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 ;
- Dynamiser les centres d'éducation pour le développement et les centres d'alphabétisation ;
- Mettre en place un système de transport adéquat entre le CSCom et le CSréf.

A la population:

- Inciter les femmes à créer les mutuelles de santé par le groupement de femmes ;
- Inciter les hommes à plus d'implication dans la CPNR.

IX. REFERENCES

1. **Backett M, Davies A.M. and Petros-Barvazian A.** *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)*, Genève: OMS. 1984
2. **Birungi et Harriet.** "Adapting focused antenatal care in three African countries," *FRONTIERS Program*. Washington, DC: Population Council 2008. *Brief* N° 11.
3. **Chng P.K, Hall M.H and Macgillivray I.** An audit of antenatal care: the value of the first antenatal visit. *B. M. J.* 1980. 281: 1184-1186.
4. **CPS MALI, DNSI :** Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) région de Koulikoro. Bamako 1998
5. **CPS/MS, DNSI, DHS.** – Rapport préliminaire de l'*Enquête démographique et de santé au Mali (EDSM)* Macro International. Bamako, Avril 2007.
6. **CPS/MSSPA, DNSI, DHS -** *Enquête démographique et de santé au Mali (EDSM)*, Bamako. 1995 - 1996, 375 p.
7. **Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE.**
Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43
8. **Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population.** Bamako, 1995 ; www.sante.gov.ml
9. **Donabedian A.** Exploration in assessment and monitoring, vol I-the definition of quality and approaches to it's assessment. Health administration press an arbor, Michigan, 1980.
10. **Enquête démographique et de santé.** Rapport de synthèse, Ouagadougou 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ956.pdf

11. **Enquête démographique et de santé (EDSB-III).** Cotonou 2006.
<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR197/FR197.pdf> 26 Avril 2010 à 15h25
12. **Hall M.H, Chng P.K. and Macgillivray I.** Is routine antenatal care worth while?
Lancet, 1980 pp. 78-80.
13. **Haute autorité de santé (HAS).** Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour les professionnels de santé. Ministère de la santé, Bamako Avril 2005.
14. **Kessel E.** Maternity care: its opportunity and limit to improve pregnancy outcome.
In: Omran, A.R., Martin, J. and Aviado, D.M. (Eds.) *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*, Ott Publishers Thun. Switzerland 1987 pp. 375-393.
15. **King M.** *Medical care in developing countries: a symposium from Makerere*, 2nd edn..Nairobi 1970. Oxford University Press.
16. **Lawson J.B and Stewart D.B.** *Obstetrics and Gynaecology in the Tropics and Developing Countries*, Edward Arnold. London 1967
17. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Etude clinique de la grossesse normale. Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd, Paris .Masson .1995. Page: 71 à 134.
18. **Nesbitt R and Aubry R.** High risk obstetrics: II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1969. 103: 972-985.
19. **Oakley A.** *The capture womb. A history of the medical care of pregnant women*, Oxford 1984.Basil Blackwell.
20. **OMS.** *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève 1978.*

21. **PDESC 2005-2009** : *Plan de développement économique, social et culturel 2005-2009, commune rurale de Dio-gare. SSSC Dio Page 6-7.*
22. **Philpott R.H.** The organisation of services in Africa. In: *Maternity services in the developing world* Philpott, R.H ed. London. 1979 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. pp. 131-142.
23. **Plan d'Accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso, feuille de route.** Ministère de la santé du Burkina Faso, Octobre 2006. Page 57
24. **Politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali.**
www.sante.gov.ml/docs/pdf/politiquepnlp.pdf 12-Mai 2009 à 21h 30
25. **Procédures en santé de la reproduction, la santé de la femme.** *Soins prénatals recentrés, soins prénatals, soins post-natal, soins après avortement, pathologies génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme. Volume 4. juin 2005. Ministère de la santé de la république du Mali. Page 23*
26. **Puech F, Levy G et al.** Mortalité maternelle; synthèse du rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle:
<http://www.sfmp.net/site/publications/journal/mortmat.htm> 12 Mai 2010 à 21h 45
27. **Rayton E (Armstrong S).** *Prévention des décès maternels. OMS Genève, 1990, 231P*
28. **Rooney C.** *Antenatal care and Maternal Health. How effective is it? A review of the evidence. Maternal and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. 1992*
29. **Ross D.A.** The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus. In: Mangay-Maglacas, A. and Simons, J. (Eds.) *The potential of the traditional birth attendant*,. Geneva 1986: WHO. pp. 8-20

30. **Sacko M.** *Couverture prénatales et dépistage des facteurs de risque dans le district de Bamako. Enquête n°1.* Thèse de santé publique de l'Université de Paris VI (ISD), 1998.
31. **Stratégie de tostan.** *Evaluation du programme d'éducation à base communautaire. Sénégal, Décembre 2001 page 16*
32. **Traoré A.B.** CPN Recentrée : connaissances, attitudes et pratiques dans la communauté de Senou - Bamako. Thèse médecine, Bamako 2010
33. **Traoré A.O.** CPN Recentrée : connaissances, attitudes et pratiques dans la communauté de Sabalibougou - Bamako. Thèse médecine, Bamako 2010
34. **Van der does C.D and Haspels A.A.** Antenatal care. In: Van der Does, C.D. and Harpels, A.A. (Eds.) *Obstetrical and gynaecological hints for the tropical doctor.*, Utrecht: 1972 A. Oosthoek's. pp. 1-6
35. **Womens' opinions on antenatal care in developing countries: results of a study in Cuba, Thailand, Saudi Arabia and Argentin:**
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/17>
36. **World Health Organization.** *Coverage of maternity care. A tabulation of available information, 3rd edn. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. 1993.*
37. **World Health Organization** *Mother – Baby Package : Implementing Safe Motherhood in countries. Practical guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. 1994.*

QUESTIONNAIRE FEMME ENCEINTE ou ACCOUCHEE RECENTE

Fiche d'enquête N° /___/

Q1. Nom et prénoms

Q2. Age /___/

Q3. Ethnie /___/

- 1= Bambara 2 = Malinké 3= Soninké
4= Sonrhāï 5= dogon 6= Peulh
7= Bozo 8= Autres à préciser

Q4. Lieu de résidence 1= Sabalibougou 2= Senou 3=Dio /___/

Q5. Statut matrimonial 1=marié 2=Célibataire 3=Veuve 4=Divorcée /___/

Q6. Type de foyer 1=Monogame 2=Polygame /___/

Q7. Si polygame, préciser le nombre de coépouses /___/

Si polygame, préciser le rang 1, 2, 3 ou 4 /___/

Q8. Niveau d'instruction (nombre d'années d'éducation) /___/

Profil obstétrical

Q9. Gestité /___/

Q10. Parité /___/

Q11. Nombre d'enfants vivants /___/

Q12. Toutes vos grossesses précédentes ont-elles été suivies 1=oui 2=non

/___/

Sinon préciser les raisons

Q13. Votre grossesse actuelle est elle suivie ? 1= oui 2= non /___/

Si non préciser les raisons

Q14. Etes vous au courant des nouvelles dispositions concernant les consultations prénatales ? 1= oui 2= non

/___/

Si oui lesquelles

Q14. Quel est le nombre de CPN qui vous a été conseillé ? /___/

Q15. Que pensez vous de ce nombre? 1=bon 2=excessif 3=insuffisant /___/

Q16. Vous a-t-on conseillé de dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide 1= oui 2= non /___/

Si oui l'avez-vous respecté 1=oui 2=non /___/

Si non pourquoi.....

Q17.Vous a-t-on parlé de la prophylaxie anti-palustre avec la sp

Si oui l'avez-vous respecté 1=oui 2=non /___/

Si non pourquoi.....

Q18.Vous a-t-on parle de la prophylaxie anti-anémique avec le fer acide

folique ? 1=oui 2=non /___/

Si oui l'avez-vous respecté ? 1=oui 2=non /___/

Si non pourquoi.....

Q19.Vous a t- on parlé des signes de danger ? 1=oui 2=non

/___/

Si oui lesquels ?

- saignements vaginaux, 1=oui 2=non /___/
- respiration difficile, 1=oui 2=non /___/
- fièvre, 1=oui 2=non /___/
- douleurs abdominales graves, 1=oui 2=non /___/
- maux de tête prononcés/vision trouble, 1=oui 2=non /___/
- convulsions / perte de connaissance 1=oui 2=non /___/
- douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine, 1=oui 2=non /___/
- rupture prématurée des membranes 1=oui 2=non /___/

Q20.Vous a t- on parlé de la préparation à l'accouchement ?

1 = oui 2 = non /___/

Si oui quel aspect ?

Transport 1 = oui 2 = non /___/

Trousse pour la mère et le nouveau-né 1=oui 2 = non /___/

Accompagnante 1 = oui 2 = non /___/

Lieu d'accouchement 1 = oui 2 = non /___/

Aspects financiers 1 = oui 2 = non /___/

Personnes assurant l'intérim au domicile de la femme en son absence
1 = oui 2 = non /___/

Autres aspects à préciser

QUESTIONNAIRE EPOUX

Fiche N° /___/

Q1.Nom et prénoms

Q2.Age /___/

Q3.Ethnie

1= Bambara 2 = Malinké 3= Soninké /___/

4= Sonrhāï 5= dogon 6= Peulh

7= Bozo 8= Autres à préciser

Q4.Lieu de résidence 1=Sabalibougou 2=Senou 3=Dio /___/

Q5.Niveau d'instruction (nombre d'années d'éducation) /___/

Q6.Nombre d'enfants vivants /___/

Q7.Toutes les grossesses précédentes de ta femme ont-elles été suivies

1=oui 2=non /___/

Si non préciser les raisons

Q8.Sa grossesse actuelle est elle suivie ? 1= oui 2= non

/___/

Si non préciser les raisons

Q9.Etes vous au courant des nouvelles dispositions concernant les consultations prénatales ? 1= oui 2= non /___/

Si oui lesquelles

Q10.Quel est le nombre de CPN qu'une femme doit faire? /___/

Q11.Que pensez vous de ce nombre? 1= bon 2= excessif 3= insuffisant /___/

Q12.Etes vous au courant qu'une femme enceinte doit dormir sous MII

1= oui 2=non /___/

Q13.A-t-elle respecté cela 1=oui2=non /___/

Si non pourquoi

Q14. Savez – vous qu'elle doit faire la prophylaxie anti-palustre avec la SP

1=oui 2= non /___/

Si oui l'avez-vous respecté 1=oui2=non /___/

Si non pourquoi.....

Q15.Savez – vous qu'elle doit faire la prophylaxie anti-anémique avec le fer acide folique ? 1=oui 2=non /___/

Si oui l'avez-vous respecté ? 1=oui2=non /___/

Si non pourquoi

Q16. Savez-vous qu'il y a des signes de danger au cours de la grossesse?

1=oui 2=non /___/

Si oui lesquels ?

- saignements vaginaux, 1=oui 2=non /___/
- respiration difficile, 1=oui 2=non /___/
- fièvre, 1=oui 2=non /___/
- douleurs abdominales graves, 1=oui 2=non /___/
- maux de tête prononcés/vision trouble, 1=oui 2=non /___/
- convulsions / perte de connaissance 1=oui 2=non /___/
- douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine, 1=oui 2=non /___/
- rupture prématurée des membranes 1=oui 2=non /___/

Q17. Savez – vous qu'il y a une préparation pour l'accouchement ?

1 = oui 2 = non /___/

Si oui quels aspects ?

Transport 1 = oui 2 = non /___/

Trousse pour la mère et le nouveau-né 1=oui 2 = non /___/

Accompagnante 1 = oui 2 = non /___/

Lieu d'accouchement 1 = oui 2 = non /___/

Aspects financiers 1 = oui 2 = non /___/

Personnes assurant l'intérim au domicile de la femme en son absence

1 = oui 2 = non

Autres aspects à préciser

Q18. Avez-vous été impliqués dans cette préparation ? 1=oui 2=non /___/

Si non, pourquoi ?

- 1= raisons économiques
- 2=raisons socioculturelles
- 3=ne sait pas.

Questionnaire discussion de groupe

Q1. Que pouvez – vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?

Q2. Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?

Q3. Est – ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?

Q4. Connaissez – vous le contenu de ces consultations ?

Q5. Ont – elles un intérêt pour vous ?

Q6. Le coût est – il abordable ?

Q7. En cas de difficultés d'accès aux CPN, comment est résolu le problème ?

- Couple laissé à lui-même
- Contribution financière de la famille
- Caisse associative etc.....

Q8. Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?

Ministère de la Santé Publique

Cabinet

Hôpital Gabriel Touré

Service de Gynécologie – Obstétrique

Bamako, le 09 Novembre 2007

A

Monsieur le Médecin chef du CSCOM de Dio

Monsieur,

Dans le cadre des thèses de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, nous souhaitons initier cette année des études sur la consultation prénatale recentrée dans le district de Bamako (Sabalibougou) et dans les communes rurales de Sénou et Dio.

Mr Joseph Amadomon SAGARA sera chargé de mener l'enquête à Dio. Par la présente lettre, nous sollicitons votre accord et soutien administratifs pour lui faciliter ce travail.

La durée du travail de terrain est de 6 mois.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer, Monsieur, mes sentiments distingués.

Pr Amadou Dolo

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Chef du service de Gynécologie -Obstétrique

HGT – Bamako, Mali

Ministère de la Santé Publique

Cabinet

Hôpital Gabriel Touré

Service de Gynécologie – Obstétrique

Bamako, le 09 Novembre 2007

A

Monsieur le Maire de la commune rurale de Dio

Monsieur,

Dans le cadre des thèses de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, nous souhaitons initier cette année des études sur la consultation prénatale recentrée dans le district de Bamako (Sabalibougou) et dans les communes rurales de Sénou et Dio.

Mr Joseph Amadomon SAGARA sera chargé de mener l'enquête à Dio.

Par la présente lettre, nous sollicitons votre accord et soutien administratifs pour lui faciliter ce travail.

La durée du travail de terrain est de 6 mois.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer, Monsieur, mes sentiments distingués.

Pr Amadou Dolo

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Chef du service de Gynécologie- Obstétrique

HGT – Bamako, Mali

Ministère de la Santé Publique

Cabinet

Hôpital Gabriel Touré

Service de Gynécologie – Obstétrique

Bamako, le 09 Novembre 2007

A

Monsieur le Médecin chef du Centre de santé de Kati

Monsieur,

Dans le cadre des thèses de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, nous souhaitons initier cette année des études sur la consultation prénatale recentrée dans le district de Bamako (Sabalibougou) et dans les communes rurales de Sénou et Dio.

Mr Joseph Amadomon SAGARA sera chargé de mener l'enquête à Dio.

Par la présente lettre, nous sollicitons votre accord et soutien administratifs pour lui faciliter ce travail.

La durée du travail de terrain est de 6 mois.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer, Monsieur, mes sentiments distingués.

Pr Amadou Dolo

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef du service de Gynécologie - Obstétrique

HGT – Bamako, Mali

Fiche signalétique

Nom : SAGARA

Prénoms : Joseph Amadomon

Titre de la thèse : Consultations prénatales recentrées : connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Dio-gare.

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique, Santé publique et socio-anthropologie.

E-mail : amadomonjoseph@yahoo.fr ; Tel : (223)76028659, (223) 66699596

Résumé :

Objectif : Etudier les connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Dio-Gare en matière de consultation prénatale recentrée.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale quantitative et qualitative (Focus group : discussion de groupes).

L'étude a porté sur l'ensemble des femmes enceintes et accouchées récentes, leurs époux ainsi que leurs belles-mères pendant la période d'étude. Le focus group a concerné les primipares, multipares, époux, belles-mères, membres de l'association féminine locale et association de santé communauté et les leaders d'opinions.

Résultats :

Cette étude nous a permis de faire l'état de la surveillance de la grossesse à Dio-gare. Ainsi, sur les 241 femmes enceintes et accouchées récentes, le taux de couverture prénatale était 80,1% contre 42,2% pour les 232 belles-mères. Les raisons du non suivi des grossesses variaient d'une époque à l'autre. Au temps des belles-mères, c'était le manque de structures sanitaires pour 88,8% d'entre elles or de nos jours, les gestantes et les accouchées récentes ont souligné le manque de ressources financières (43,8% des belles-filles) et de plus, les époux qui sont chargés des finances ont soutenu les propos de leurs conjointes (63,7% des 161 époux). La CPNR qui est censée de résoudre ce problème, n'est pas bien assimilée par notre population. La quasi-totalité de la population d'étude n'a pas été informée du concept de CPNR (91,3% des belles-filles, 97,4% des belles-mères et 96,9% des époux). Pour la plus part d'entre, la CPNR consiste à introduire l'examen clinique dans la CPN. Cependant, la population a une large information sur les prophylaxies anti palustre par l'utilisation des MII (82,6% des belles-filles) par l'utilisation de la SP (69,3% des belles-filles) et anti anémique (66% des belles-filles). Par contre la reconnaissance des signes de danger au cours de la grossesse et la préparation du plan d'accouchement étaient ignorées par la grande majorité de la population (91,7% des belles-filles pour les signes de danger et 69,7% pour la préparation du plan d'accouchement. Elle a formulé des propositions pour améliorer le taux de couverture prénatale.

Mots clés : Consultations prénatales recentrées, connaissances, attitudes, pratiques