

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

**République du Mali**

**Un Peuple – Un But – Une Foi**



**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE  
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

\*\*\*\*\*

**Année Universitaire 2009 – 2010**

**Thèse N° \_\_\_\_/**

# **THESE**

**Consultation prénatale recentrée : connaissances,  
attitudes et pratiques de la communauté de Sénou**

**Présentée et soutenue publiquement le ..... 2010  
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**

**Par : Madame SANGARE AWA BREHIMA TRAORE  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)**

## **JURY**

<b>President :</b>	<b>Pr. Amadou Ingré DOLO</b>
<b>Membres :</b>	<b>Dr. Binta KEITA</b>
<b>Co-directeur :</b>	<b>Dr. Ibrahima TEGUETE</b>
<b>Directeur de thèse :</b>	<b>Pr. Mamadou TRAORE</b>

## **FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE · 2009-2010**

### **ADMINISTRATION**

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **BOUBACAR TRAORE** – MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : **IBRAHIM I MAIGA** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **IDRISSA Ah. CISSE**-MAITRE ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**-CONTROLEUR  
DES FINANCES

### **LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie traumatologie-Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomies Pathologies Histo-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Medicine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L (Oto-Rhino-Laryngologie)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly Diallo	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

#### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie/Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie/Traumatologie
Mr. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr. Boubacary GUINDO	ORL
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr. Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr.Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr. Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr.Nouhoum DIANI	Anesthésie/Réanimation

Mr. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie/Réanimation
Mr. Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr. Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Boulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiata SIMAGA	Ophtamologie
Mr Seydou BAGAYOGO	Ophtamologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtamologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtamologie
Mr Adama GUINDO	Ophtamologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtamologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alassane TRAORE	Chirurgie Générale

## **D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie/Mycologie

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie- Virologie
Mr Mamadou A THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

## **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie- Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr.Mahamadou DIAKITE	Immunologie/Génétique
Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

Mr Bokary Y Sacko Biochimie

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Mamadou Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

Mr Moussa FANE Parasitologie Entomologie

Mr Blaise DACKOOU Chimie Analytique

Mr Aldiouma GUINDO Hématologie

### **D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Mahamane MAIGA Néphrologie

Mr Baba KOUMARE Psychiatrie, **Chef de D.E.R**

Mr Moussa TRAORE Neurologie

Mr Issa TRAORE Radiologie

Mr Hamar A. TRAORE Médecine Interne

Mr Dapa Aly DIALLO Hématologie

Mr Moussa Y. MAIGA Gastro-entérologie-Hépatologie

Mr Somita KEITA Dermato-Léprologie

Mr Boubacar DIALLO Cardiologie

Mr Toumani SIDIBE Pédiatrie

Mr Mamady KANE Radiologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdel Kader TRAORE Médecine Interne

Mr Siaka SIDIBE Radiologie

Mr Mamadou DEMBELE Médecine Interne

Mr Saharé FONGORO Néphrologie

Mr Bakoroba COULIBALY Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO Gastro-Entéro-Hépatologie

Mme SIDIBE Assa TRAORE Endocrinologie

Mr Adama D. KEITA Radiologie

Mr Sounkalo DAO Maladies infectieuses

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda MINTA	Maladies infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

### 3. MAITRE ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-entérologie
Mr Moussa T DIARRA	Hépto Gastro-entérologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINTO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssuofa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Adoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MINTA	Cardiologie

Mr Souleymane COULIBALY

Cardiologie

## **D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Gaoussou KANOUTE

Chimie analytique, **Chef de D.E.R**

Mr Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO

Matières Médicales

Mr Alou KEITA

Galénique

Mr Benoît Yaranga KOUMARE

Chimie Analytique

Mr Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE

Galénique

Mr Saïbou MAIGA

Législation

Mr Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mr Abdoulaye DJIMDE

Microbiologie-Immunologie

Mr Sekou BAH

Pharmacologie

Mr Loséni BENGALY

Pharmacie Hospitalière

## **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique, **chef de D.E.R.**

Mr Jean TESTA

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Hammadoun SANGHO

Santé Publique

### **2. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun Aly SANOGO	Santé Publique
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire
<b>3. ASSISTANTS</b>	
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoubeirou MAIGA	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheick O.DIAWARA	Bibliographie

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

Gloire à Allah,

Le très miséricordieux d'avoir permis à ce que ce jour arrive;

Le tout miséricordieux de m'avoir donné le courage et l'opportunité pour accomplir ce travail.

Paix et bénédiction soit sur le sceau des prophètes Mohamed (paix et salut sur lui).

## DEDICACES

A mon père Bréhima TRAORE

Papa les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens en ce beau jour, ta rigueur, ton courage, tes soutiens financiers et matériels qui m'ont permis de réussir n'ont fait défaut à aucun moment.

Que Dieu te donne longue vie pleine de santé.

A ma mère Rokiatou SAMAKE

J'ai toujours trouvé auprès de toi amour, tendresse et compréhension. Tes conseils, tes encouragements, tes prières m'ont permis de garder espoir jusqu'à ce jour. Tu as consacré ta vie à notre éducation et à notre réussite. Tes peines tes privations tes sacrifices seront récompensés. Je suis fier de t'avoir. Je t'aime maman.

A mon mari Sidiki SANGARE

Ton amour me donnait la force et l'espoir dans les moments difficiles, merci de m'aimer autant. Que le bon Dieu nous donne une vie de bonheur. Je t'aime.

A ma tante Rosalie N'Diaye

Tes prières et tes encouragements m'ont permis d'avancer et de croire que ce jour viendra. Merci.

A mes frères

Adame, Mouhamadou et Fatoumata

Vous m'avez soutenu pendant ces longues années d'études. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite et vos conseils m'ont servi de guide. Je vous adore.

## Remerciements

**Au département de la FMPOS:** Pour la qualité de la formation reçue.

**Au professeur Dolo, les médecins, les sages femmes du service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré :**

Vous nous avez séduits tout au long de notre séjour dans le service. Merci pour votre disponibilité.

**Au Docteur Téguété :** Qui m'a confié cette thèse et n'a cessé de me guider avec bienveillance, rigueur et compétence.

**A la famille Traoré à Ségou :** Merci pour vos prières

**A la famille Samaké à Bamako coura :** Merci pour vos prières

**A mes tantes et tontons :** Samaké, Coulibaly, Mariko, Konaté, Sogoba, Mallé, Sidibé, Diallo : Merci pour vos bénédictions

**A mon cousin Adama Coulibaly :** Merci pour ton soutien pendant les moments durs au Point G, tes visites avec les gros sachets pour m'encourager et me sentir en ville je ne l'oublierai jamais.

**A mes cousins et cousines :**

Puisse se resserrer les liens fraternels. Ce travail est pour vous.

**A ma belle famille :**

Je vous remercie pour votre sympathie et votre fraternité que Dieu vous garde en bonne santé.

**Au chef de village de Sénou Dramane Coulibaly :** Merci pour ton hospitalité.

**A Ousmane Coulibaly et sa famille** : tu as été mon guide durant mon séjour à Sénou.  
Merci

**Au personnel du CESCO de Sénou** : Merci pour votre collaboration.

**A la famille de feu Papa Koné** : merci pour votre soutien dors en paix.

**A Soumaré B** : ni les mots ni les phrases ne suffiront pour témoigner ma reconnaissance et ma gratitude envers toi, ton soutien sans faille m'a permis de croire à mes capacités. Que le bon Dieu te donne une longue vie pleine de santé.

**A la famille Diarra au Point G** : Durant tout mon séjour au Point G vous m'avez entouré d'une attention particulière et soutenue comme votre fille. Trouvez ici toutes ma gratitude.

**A tous mes professeurs durant mon cursus scolaire** : merci pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu.

**A tous les CES de gynécologie et obstétrique en particulier docteur DAO SEYDOU Z :**

*Pour vos précieux conseils, vos critiques et pour la formation reçue.*

**Aux internes de la gynécologie et d'obstétrique au CHU du Gabriel Touré en particulier Mohamed Djiré, Fomba, Bagayogo** : Merci pour la formation reçue, pour votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait.

**A Lamine Dembélé et Mme Tabouré du service informatique du CHU Gabriel Touré** : pour votre hospitalité, votre soutien et vos prières pendant les moments difficiles.

**Aux clubs Rotaract et Rotary du Mali spécialement le Rotaract et le Rotary Bamako Koulouba.**

**A mes camarades de promotions :**

Coulibaly Coumba Krouma, Diallo Djeneba,

**Joseph Sagara:** reste comme tu es patient courageux et disponible.

**Aminata Traoré :** merci de ta disponibilité

**A mes amis :** Touré Ouanou Traoré, Konaté Valentina, Coulibaly Fatoumata Konaté, Sall Kadidiatou Bouaré, Ag Mariam Sidibé.....

**Aux amis et collègues de ma mère en particuliers :** Alti, Mme Mariko, Ba Coulibaly, et tous le personnel de la Poste .....

**Aux amis de mon père :** Traoré, Djancouba, Niaré, Diallo, Guissé, Doucouré, et tous le personnel de la DNAC et de l'ASECNA .....

**A Awa Diallo :** sage femme à la DNS : merci de nous considérer comme tes enfants et d'avoir guider nos recherches

A la famille Oumar Traoré à hamdallaye : Merci pour vos prières

A la famille Sagara à kalaban :Merci pour vos prières

**A la famille :** Tounkara, Sankaré, Konaté, Djenepo

**A nos chauffeurs de Bus Keita et ses collègues :** merci pour votre gentillesse.

A tous ce qui m'ont aidé et qui ont fait l'honneur de m'accueillir tout en marquant l'intérêt qu'ils portent à ma thèse.

**A notre Maître et Président du jury**  
**Professeur Amadou Ingré DOLO**

- **Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako ;**
- **Chef du service de Gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré ;**
- **Secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie-obstétrique (SAGO) ;**
- **Président du Réseau National de Lutte contre la Mortalité Maternelle ;**
- **Père fondateur de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Point Focal de la VISION 2010 au Mali ;**

**Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

**Honorable Maître,**

**En dehors de votre éloquence, et de votre haute culture scientifique, la rigueur, l'abnégation dans le travail et le sens de la responsabilité sont des atouts que vous nous faites profiter ; vous êtes un éminent enseignant pour le Mali. Vos qualités humaines et scientifiques font de vous une référence pour nous.**

**Nous garderons en mémoire tous les conseils et savoirs acquis lors des séances de staff enrichies par votre expérience, votre expertise et votre esprit de pédagogue.**

**Recevez ici cher maître, toute notre gratitude et l'expression de notre plus profond respect. C'est une fierté pour nous de compter parmi vos élèves.**

**A notre Maître et Juge**

**Dr Binta KEITA**

- **Gynécologue-obstétricienne ;**
- **Membre de la Société Malienne de la Gynécologie et de l'Obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé ;**
- **Chef de division santé de la Reproduction de la Direction Nationale de la Santé (DNS)**

**Cher maître,**

**Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de nous recevoir et d'apporter votre immense connaissance en matière de santé de la reproduction à ce travail. Vous avez dans votre division des personnes animées d'une volonté incommensurable de rendre et à la femme et à leurs futurs enfants une bonne santé et cela grâce à votre qualité de la gestion des ressources humaines. Pour nous vous êtes un exemple à suivre.**

**C'est un honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury.**

**A notre Maître et co-directeur de thèse**

**Docteur Ibrahima TEGUETE**

- **Gynécologue obstétricien ;**
- **Assistant clinique au CHU Gabriel Touré;**
- **Secrétaire Général Adjoint de la SAGO.**

**Cher Maître,**

**Vous avez fait de ce travail le votre. Vous nous avez encadrés avec rigueur.**

**Nous avons tiré un grand profit de votre collaboration ; avec vous nous avons appris la science et aussi l'approche des hommes.**

**Votre souci constant est d'assurer la formation des jeunes, et de leur donner l'amour du travail bien fait.**

**Recevez cher maître notre profonde gratitude.**

**Puisse Dieu, le Tout Puissant vous accorder longue vie afin que vous mettiez votre savoir à la disposition du Mali.**

***A notre Maître et Directeur de thèse***

***Professeur Mamadou TRAORE***

***Professeur agrégé de Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako ;***

***Médecin chef du Centre de santé de référence de la commune V ;***

***Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle ;***

***Secrétaire Général de la SAGO.***

**Merci d'avoir donné à ce travail son caractère scientifique et cela malgré vos multiples occupations. Nous sommes fiers d'être votre étudiant.**

**Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.**

**Que Dieu dans sa grâce vous accorde longue vie.**

## Liste des abréviations

- BF : Belles Filles  
BM : Belles Mères  
BW : Bordet et Wasserman  
CCC : Communication pour un Changement de Comportement  
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement  
CPN : Consultation Prénatale  
CPNR : Consultation Prénatale Recentrée  
ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines  
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  
RN7 : Route National n°7  
SA : Semaine d’Aménorrhée  
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine  
TPI : Traitement Préventif Intermittent  
TV : Toucher Vaginal  
VIH : Virus de l’Immunodéficiência Humaine

## SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>I- INTRODUCTION:</b> .....	<b>1</b>
<b>II- OBJECTIFS:</b> .....	<b>4</b>
<b>III- GENERALITES:</b> .....	<b>5</b>
<b>IV- PATIENTS ET METHODES</b> .....	<b>17</b>
<b>V- RESULTATS:</b> .....	<b>24</b>
<b>VI- COMMENTAIRES</b> .....	<b>63</b>
<b>VII-CONCLUSION:</b> .....	<b>68</b>
<b>VIII- RECOMMANDATIONS:</b> .....	<b>69</b>
<b>IX- REFERENCES</b> :.....	<b>70</b>
<b>X- ANNEXES:</b>	

## **LISTE DES TABLEAUX**

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

**Tableau II** : Répartition de la population en fonction de l'Ethnie

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

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

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

## INTRODUCTION

Les consultations prénatales constituent l'un des quatre piliers de la maternité à moindre risque. Les trois autres piliers sont la planification familiale, l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, et les soins obstétricaux essentiels [33].

Dans toute société, la grossesse est un évènement physiologique particulier qui attire l'attention des couples et des familles. C'est pourquoi les soins prénataux 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 [32].

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, et le 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 (EDS IV – M) réalisée en 2006, pour 70 % des naissances, la mère s'était rendue en consultation prénatale, au moins une fois, auprès de personnel de santé, soit 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 contre 47 % en 2001).

Par ailleurs, le recours aux soins prénataux 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 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 [33], 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 les zones rurales. Une enquête sur la couverture prénatale dans le district de Bamako [27] 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<sup>ème</sup> 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 [24].

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 politique, normes et procédures des services de santé de la

reproduction au Mali. Deux ans après son adoption, il paraît opportun d'initier un travail pour apprécier la perception qu'ont les communautés de cette nouvelle orientation.

### **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 Sénou en matière de consultation prénatale recentrée.

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la couverture prénatale dans la commune rurale de Sénou;
- 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 débuter 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 [17] et les Américains à leur instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 [12].

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 prénataux ;
- 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.

F. Neon Reynolds 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 [17].

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 [14]. 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 [14, 13, 30, 25, 19].

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) [16].

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* » [18] 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, 10, 17], furent les années d'engouement pour ce nouveau paradigme mais 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 décisions pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décisions programmatiques. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier coûteux en argent et en ressources humaines.

### **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 [21].

### 2. Conditions et principes 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 problèmes et complications de la grossesse ;
- la prévention des maladies et des complications
- La préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications [21].
- La promotion de la santé.

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

- Première visite : avant la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.
- Deuxième visite : entre la 15<sup>ème</sup> et la 27<sup>ème</sup> semaine ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.
- Troisième visite : entre la 28<sup>ème</sup> et la 34<sup>ème</sup> semaine.

- Quatrième visite : à la 36<sup>ème</sup> 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, l'asthénie ...

- **Obstétricaux** :

On précise : 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, la ration 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<sup>er</sup> mois de la grossesse et disparaissent dans le courant du 4<sup>ème</sup> 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 [15].

## **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 [15].

✓ **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 dégonflé 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 [21], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse :

- le groupage sanguin et le rhésus;
- la Serologie syphilis 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 ultérieure. 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 ...).
- le Prélèvement Vaginal sera demandé en cas de signe d'infection génitale (vulvo-vaginite).

d. Les soins préventifs (FAF, SP, MII, VAT, conseil)

e. La préparation à l'accouchement

f. Les soins curatifs si nécessaire

g. Le rendez-vous ( la date pour la prochaine consultation)

**4. Autres Consultations :**

**a. L'interrogatoire :**

Recherche les signes et les pathologies intercurrentes 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 [15].

Selon la CPNR l'examen a ce stade doit cibler sur les plans et observations (préventifs, évaluation du plan d'accouchement, traitement et le rendez-vous )

### **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 un examen 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 fait recours à l'épreuve du travail ; soit il est généralement rétréci dans ce cas l'accouchement se fait exclusivement par la césarienne.

## **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 [9].

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 [23].

### **d) Les procédures :**

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des soins de qualité par les prestataires [21].

### **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 [22].

### **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 [22].

### **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 [15].

#### **h) 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 [15].

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 (inférieur à 16 ans ou supérieur à 35 ans), la taille (inférieure à 1,50 mètres), la grande multiparité, le niveau d'alphabétisation (analphabètes), le statut matrimonial (célibataire), les conditions socio-économiques défavorables, l'intervalle intergénénesique inférieur à 24 mois, les antécédents obstétricaux (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 retroplacentaire), 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 de 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 ...

- i) Grossesse à risque:**

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

- j) Grossesse multiple :**

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

- **Gestité :** nombre total de grossesses contractées par une femme
- **Primigeste :** il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.
- **Paucigeste :** c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.

- **Multigeste:** c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.
- **Grande multigeste:** il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.
- **Accouchement :** terminaison de la grossesse après 6 mois révolus.
- **Parité :** nombre total d'accouchements d'une femme.
- **Nullipare:** il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare:** c'est une femme qui a accouché une fois.
- **Paucipare:** c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare:** c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.
- **Grande multipare:** il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

**k) 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 [11].

Cette définition se rapproche de celle de l'OMS donnée à la CIPD (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.

**l) L'aire de santé ou Secteur sanitaire:**

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

**m) Carte sanitaire:**

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

**n) Le paquet minimum d'activité (PMA):**

Il signifie l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Il comporte des activités préventives, curatives et promotionnelles. Il s'agit entre autres du traitement des maladies

courantes, de consultations prénatales et post-natales avec accouchements et vaccinations [9].

**o) Evacuation: (Référence en urgence)**

C'est le transfert en urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication [7].

**p) Référence:**

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

### **III. PATIENTS ET METHODES**

#### **A. Cadre de l'étude**

Notre étude a eu lieu dans le quartier de Sénou de la commune VI du District de Bamako.

##### **1. Historique**

Elle est l'une des six (6) Communes du District de Bamako. La commune VI est située sur la rive droite du fleuve Niger (appelé Djoliba) qui divise la capitale du Mali en deux. Elle a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34 CMLN du 18 Août 1978.

La Commune VI du District de Bamako compte dix (10) quartiers administratifs qui sont : Banankabougou, Dianégoula, Faladiè, Magnambougou, Missabougou, Niamakoro, Sénou, Sogoniko, Sokorodji, Yirimadjo.

Elle comptait 271 876 habitants en (2006) pour une superficie de 8882 hectares et est la plus vaste commune du district de Bamako.

Autrefois village, Sénou est actuellement l'un des quartiers composant la commune VI du district de Bamako. Sénou abrite l'aéroport international du Mali, il est situé au Sud Est de Bamako et est presque traversé en son milieu par la RN7.

A défaut d'avoir une histoire écrite, nos recherches auprès des autorités traditionnelles, communales et auprès de la mairie du district de Bamako, nous permettent d'affirmer que le Village de Sénou a été créé au XVII<sup>ème</sup> siècle par des Coulibaly venus de l'ancien royaume de Ségou sous la conduite de leur chef Fodé Coulibaly. Ce dernier choisit le site en fonction de l'étendue et de la fertilité des terres cultivables mais aussi et surtout en raison de l'importance prise dans la région par le karité synonyme de ballon d'oxygène en cas de disette.

Rasé à deux reprises par les troupes(Sofa) de l'Almamy Samory Touré, Sénou dû abandonner son 1er site situé à côté de l'usine BRAMALI.

Il comptait plus de 30000 âmes comprenant une multitude d'ethnies: Bamanan, Peulh, Bobo, Dogon etc.

Les activités principales sont l'agriculture et l'élevage mais le tertiaire (partie de la population active employée dans les services tels que la banque, le commerce et l'administration.) prend de plus en plus de l'importance.

De sa création à nos jours, il n'y a eu que des Coulibaly qui se sont succédés comme Chefs de village. Le 1<sup>er</sup> chef de village s'appelait Fodé et l'actuel est Dramane Coulibaly. Quartier loti mais non viabilisé, Sénou est un véritable dortoir. On y rencontre des fonctionnaires, des cultivateurs.

## **2. Infrastructures et équipements**

En matière d'infrastructures quelques réalisations existent et méritent d'être protégées: entre autre

- La RN7 ;
- Une école publique ;
- 9 établissements de base (privé) ;
- Une garderie d'enfants ;
- Une école communautaire ;
- Une caisse d'épargne ;
- Un centre secondaire d'état civil ;
- Un CSCOM qui a été créé en 1992 par des maires francophones :

le personnel du CSCOM était composé d'un médecin, d'une sage femme, d'une matrone, d'une infirmière, d'une gérante, d'un gestionnaire, d'un chauffeur, de manœuvres, et d'un gardien.

Il y a une maternité, une salle de consultations du médecin, une salle de la sage femme maitresse pour les CPN, une salle d'hospitalisation, une salle pour les infirmiers et stagiaires, une pharmacie, un hangar pour la vaccination et les causeries. Le CSCOM assure le paquet minimum d'activités.

- Beaucoup d'unités industrielles ;
- Un marché ;
- Une place publique pour prière ;
- 12 mosquées ;
- Une mosquée de vendredi ;
- 2 terrains de sports ;

- 5 forages ;
- 2 cimetières ;
- 2 bois sacrés;
- Un collecteur naturel central.

### **B. Période d'étude**

L'étude a commencé en Novembre 2007 et à pris fin en Avril 2008 soit une durée de 6 mois dont les 3 premiers 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 situait en dehors de l'hivernage, période d'intenses occupations agricoles des communautés périurbaines et rurales du Mali. Cela permettait de représenter correctement l'échantillon.

### **C. Population d'étude :**

L'ensemble de la communauté était 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 mêmes parfois 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 groupes en communautés qui ont permis d'étudier la perception qu'avaient les communautés de la nouvelle politique nationale en matière de consultation prénatale

L'étude transversale a été réalisée comme suit :

#### ➤ **Echantillonnage**

Trois échantillons ont été constitués dans chacune des trois communautés étudiées :

- Un échantillon de femmes enceintes

- Un échantillon d'époux de femmes enceintes
- Un échantillon de « vieilles femmes »

➤ **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 à Sénou ont été inclus dans l'étude.

➤ **Taille minimum de l'échantillon**

Chacun des échantillons a été représenté selon le critère populationnel proportionnel dans la communauté.

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

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

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

$\varepsilon$  = écart réduit de la loi normale. Pour un  $\alpha$  (seuil de significativité) de 5%,  $\varepsilon = 1,96$

La taille minimum calculée a été de 550 femmes enceintes avec une précision  $i = 4\%$ . Nous nous attendons à enquêter autant d'époux et la moitié de femmes âgées.

➤ **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 Division Santé de la Reproduction/ Direction Nationale de la Santé, de la Direction Régionale de la Santé du district de Bamako dont relèvent Sénou.

Ensuite une journée de formation des enquêteurs a été réalisée pour que nous nous appropriions du protocole et aussi de 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. Les fiches

d'enquête complétées lors du pré-test ont été enregistrées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 fr où ont été conçus les masques de saisie pour l'enregistrement des données.

Pour l'enquête sur le site retenu pour l'étude, nous nous sommes présentés d'abord aux responsables de centre de santé communautaire puis au chef de quartier 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 du chef de quartier ont été systématiquement interviewés. A la sortie du domicile du chef de quartier, nous avons jeté un Bic en l'air. La première maison indiquée par le Bic avait été la première enquêtée. Celle – ci a correspondu à la maison du chef de quartier, 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 ont été produits et des tableaux de recoupement pour étudier les variations des perceptions en fonction du profil sociodémographique ont été produits. Le test du  $\chi^2$  de Pearson a été utilisé pour apprécier les associations entre variables qualitatives. Lorsque les conditions d'utilisations de ce test n'était pas rempli nous avons utilisé le test exact de Fischer ou la correction de continuité de Yates selon l'indication.

Pour les discussions de groupes (focus group):

➤ **But**

La pertinence de démarche méthodologique s'expliquait par le fait que pour nous, l'homme n'étant 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 avons voulu montrer que la grossesse dans notre contexte, n'était pas seulement l'affaire du couple ; mais aussi une affaire de famille, de la communauté toute entière.

➤ **Groupes cibles**

Cette technique s'était adressée à des groupes constitués de façon homogène sur la base de l'âge, du sexe et du profil socio-économique.

- ❖ Groupe I : Membres de l'association de santé communautaire
- ❖ Groupe II : membres d'association féminine locale
- ❖ Groupe III : femmes primipares
- ❖ Groupe IV : femmes multipares
- ❖ Groupe V : belles-mères de femmes enceintes
- ❖ Groupe VI : époux de femmes enceintes
- ❖ Groupe VII : leaders d'opinion (imams, pasteurs, chefs de quartiers, maires, députés etc.)

Ces catégories de personnes avaient attiré notre attention parce que d'une part, nous avons voulu avoir des informations sur le vécu de la situation par les gestantes et leurs maris, et d'autre part, nous avons voulu 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 groupes dirigées était de 12.

➤ **Collecte des données.**

Un guide d'entretien a été fourni à chacun des groupes. Il s'agissait de questions ouvertes facilitées au besoin par l'enquêteur qui veillait à la participation active de tous les membres du groupe.

➤ **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 consistait 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 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'intention des femmes enceintes non suivies pour les encourager à fréquenter les services qui offrent des soins prénataux. Les grossesses à risque élevé ont été adressées aux structures de référence appropriées si cela n'était pas le cas, 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 accents particuliers 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 dangers au cours de la grossesse.

#### **IV. 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 groupes.

##### **Première partie : Etude transversale**

Au terme de l'enquête, nous avons pu inclure 600 femmes en âge de procréer (belles-filles), 250 femmes âgées (belles-mères) et 450 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**

<b>Age (ans)</b>	<b>Belles-filles Fréq (%)</b>	<b>Belles-mères Fréq (%)</b>	<b>Epoux Fréq (%)</b>
≤ 14	2 (0,3)	-	-
15 – 19	115 (19,2)	-	2 (0,5)
20 - 24	162 (27)	-	32 (7,1)
25 - 29	140 (23,3)	-	76 (16,9)
30 – 34	93 (15,5)	-	104 (23,1)
35 – 39	64 (10,7)	-	112 (24,9)
40 – 44	24 (4)	1(0,4)	42 (9,3)
45 – 49	-	53 (21,2)	20 (4,5)
50 – 54	-	68 (27,2)	11 (2,4)
≥ 55	-	128 (51,2)	51(11,3)
<b>Total</b>	<b>600 (100)</b>	<b>250 (100)</b>	<b>450 (100)</b>

- **Belles-filles: Minimum: 14, Maximum: 49, Mode: 20, 69,5% des belles-filles avaient moins de 30 ans.**
- **Belles-mères : Minimum : 42, Maximum : 70, Mode : 55, 78,4% des belles-mères avaient plus de 55 ans.**
- **Epoux : Minimum : 18, Maximum : 76, Mode : 30, 85,8% des époux avaient moins de 50 ans**

## 2. Ethnie

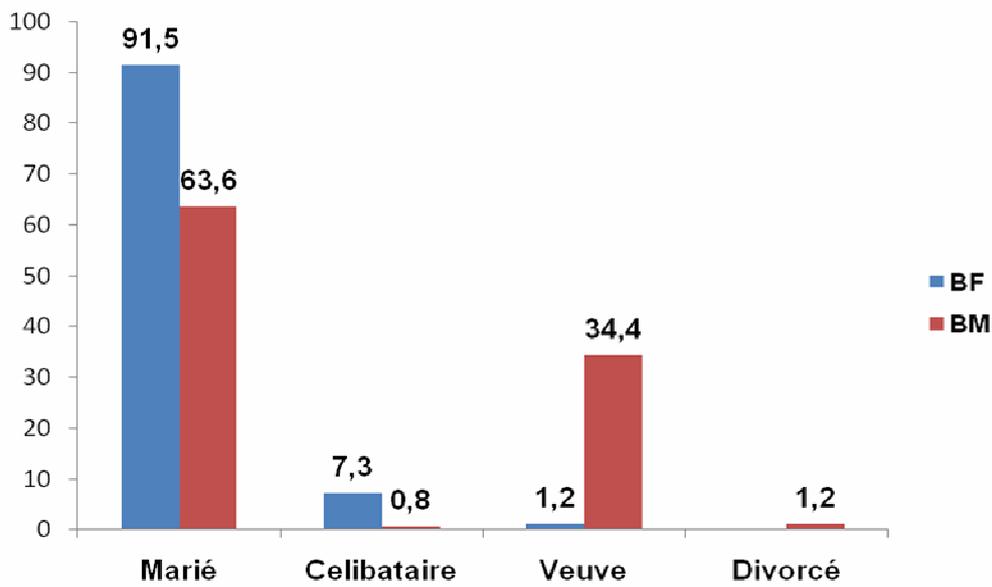
**Tableau II : Répartition de la population en fonction de l’Ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Belles-filles Fréq (%)</b>	<b>Belles-mères Fréq (%)</b>	<b>Epoux Fréq (%)</b>
<b>Bambara</b>	302 (50,3)	123 (49,2)	271 (60,2)
<b>Malinké</b>	38 (6,3)	43 (17,2)	47 (10,4)
<b>Soninké</b>	13 (2,2)	3 (1,2)	4 (0,9)
<b>Sonrhaï</b>	10 (1,7)	11 (4,4)	11 (2,4)
<b>Dogon</b>	71 (11,8)	7 (2,8)	9 (2)
<b>Peulh</b>	-	10 (4)	25 (5,6)
<b>Bozo</b>	4 (0,7)	4 (1,6)	-
<b>Autres</b>	162 (27)	49 (19,6)	83 (18,4)
<b>Total</b>	600 (100)	250 (100)	450 (100)

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

Quel que soit l'échantillon, l'ethnie bambara était la plus représentée et était majoritaire (>50%), suivie de l'ethnie dogon pour les belles-filles et de l'ethnie malinké pour les belles-mères et les époux.

### 3. Statut matrimonial



**Graphique 1 : Répartition des femmes en âge de procréer et des belles-mères en fonction du statut matrimonial**

Dans 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 (34,4%).

### a. Type de foyer

Dans la proportion de mariées ci-dessus, 29,7% des belles-filles vivaient dans un foyer de régime polygamique vs 59,7% des belles-mères. Dans ce dernier elles ont occupé les rangs suivants :

- **1<sup>er</sup> rang** : 42,3% des belles-filles et 76,8% des belles-mères ;
- **2<sup>ème</sup> rang** : 50,3% des belles-filles et 22,1% des belles-mères ;
- **3<sup>ème</sup> rang** : 6,7% des belles-filles et 1,1% des belles-mères ;
- **4<sup>ème</sup> rang** : 0,7% des belles-filles.

Et en plus du rang occupé elles vivaient soit avec :

- **Une seule coépouse** : 77,4% des belles-filles et 84,2% des belles-mères ;
- **Deux coépouses** : 20,2% des belles-filles et 12,6% des belles-mères ;
- **Trois coépouses** : 1,9% des belles-filles et 3,2% des belles-mères.

## 4. Niveau d'instruction

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

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Belles-Filles Fréq (%)</b>	<b>Belles-Mères Fréq (%)</b>	<b>Epoux Fréq (%)</b>
<b>Non scolarisé</b>	517 (86,2)	<b>234 (93,6)</b>	<b>337 (74,9)</b>
Premier cycle	34 (5,7)	15 (6)	78 (17,3)
Second cycle	36 (6)	1(0,4)	21(4,8)
Secondaire	8 (1,3)	-	7 (1,5)
Supérieur	5 (0,8)	-	7 (1,5)
Total	600 (100)	250 (100)	450 (100)
<b>Khi<sup>2</sup> =68,33</b>	<b>ddl=8</b>	<b>p&lt;0,001</b>	

La grande majorité de notre population d'étude n'avait jamais été scolarisée (86,2% des belles-filles, 93,6% des belles-mères et 74,9% des époux. On remarque donc que le taux de non scolarisation était plus élevé dans les échantillons de femmes.

## **B. Antécédents obstétricaux**

### **1. Gestité**

Le profil de la gestité était différent entre les deux groupes de femmes ( $p < 0,001$ ). En effet ; on notait :

- Primigeste : 18,3% soit (110/600) des belles-filles vs 0,4% soit (1/250) des belles-mères.
- Paucigeste : 38% soit (228/600) des belles-filles vs 1,6% soit (4/250) des belles-mères.
- Multigeste : 22% soit (132/600) des belles-filles vs 21,6% soit (54/250) des belles-mères.
- Grande multigeste : 21,7% soit (130/600) des belles-filles vs 76,4% soit (191/250) des belles-mères.

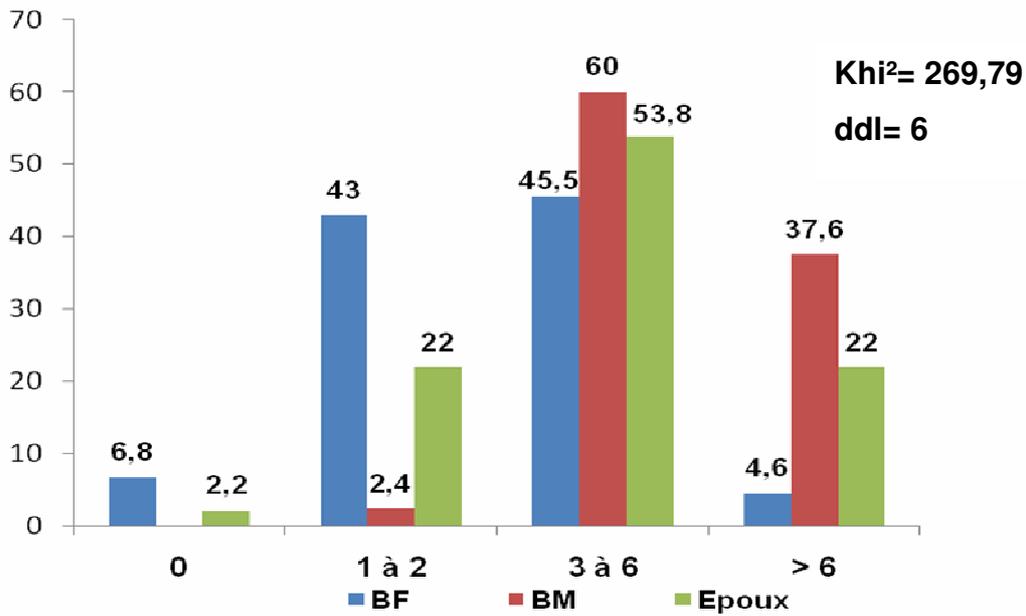
### **2. Parité**

Comme la gestité, les deux groupes étaient très différents selon l'étude la parité ( $p < 0,001$ ).

En effet on notait :

- Nullipare : (34/600) soit 5,7% des belles-filles et aucune belle-mère n'était nullipare.
- Primipare : (121/600) soit 20,2% des belles-filles et (1/250) soit 0,4% des belles-mères.
- Paucipare : (202/600) soit 34% des belles-filles et (15/250) soit 6% des belles-mères.
- Multipare : (127/600) soit 21,1% des belles-filles et (56/250) soit 22,4% des belles-mères.
- Grande multipare : (116/600) soit 19% des belles-filles et (178/250) soit 71,2% des belles-mères.

**a) Nombre d'enfants vivants**

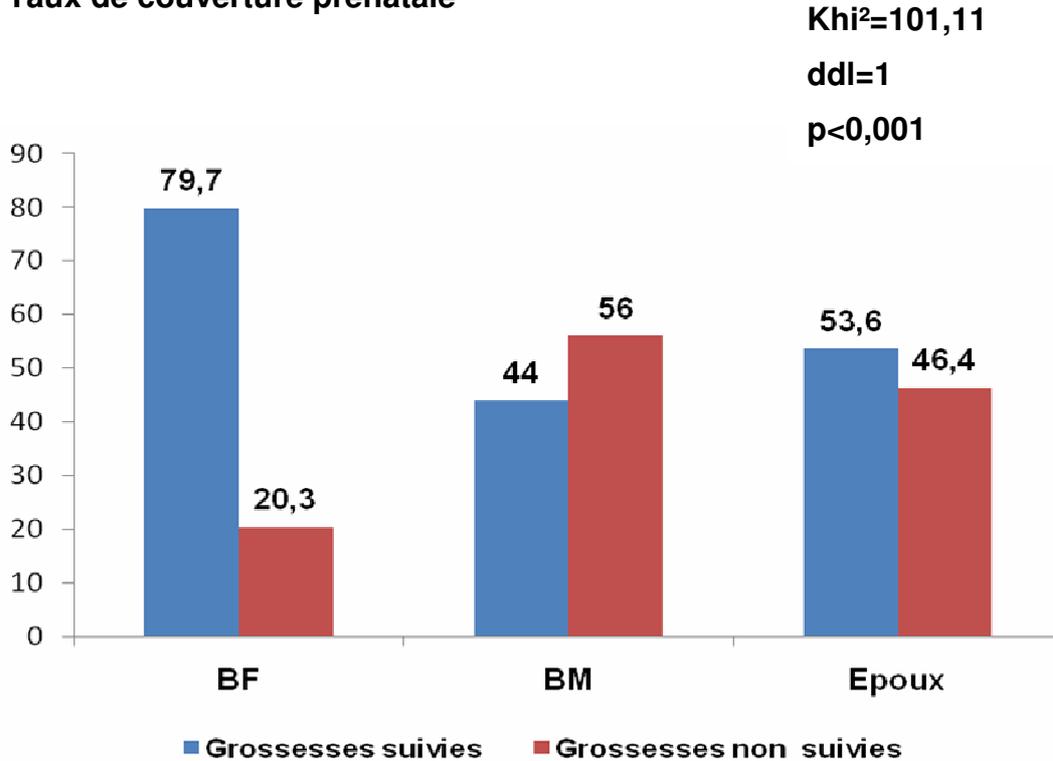


**Graphique 2 : Répartition de la population en fonction du nombre d'enfants vivants**

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. ( $p < 0,001$ ).

## b) Histoire des grossesses précédentes

### a. Taux de couverture prénatale



### Graphique 4: Répartition de la population en fonction du suivi des grossesses précédentes

8 belles-filles sur 10 avaient réalisé au moins une CPN au cours des grossesses précédentes par contre 6 sur 10 des belles-mères n'avaient réalisé aucune CPN. Et selon les époux les femmes avaient réalisé au moins une CPN dans 5 sur 10.

### b. Les Raisons du non suivi des grossesses précédentes

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

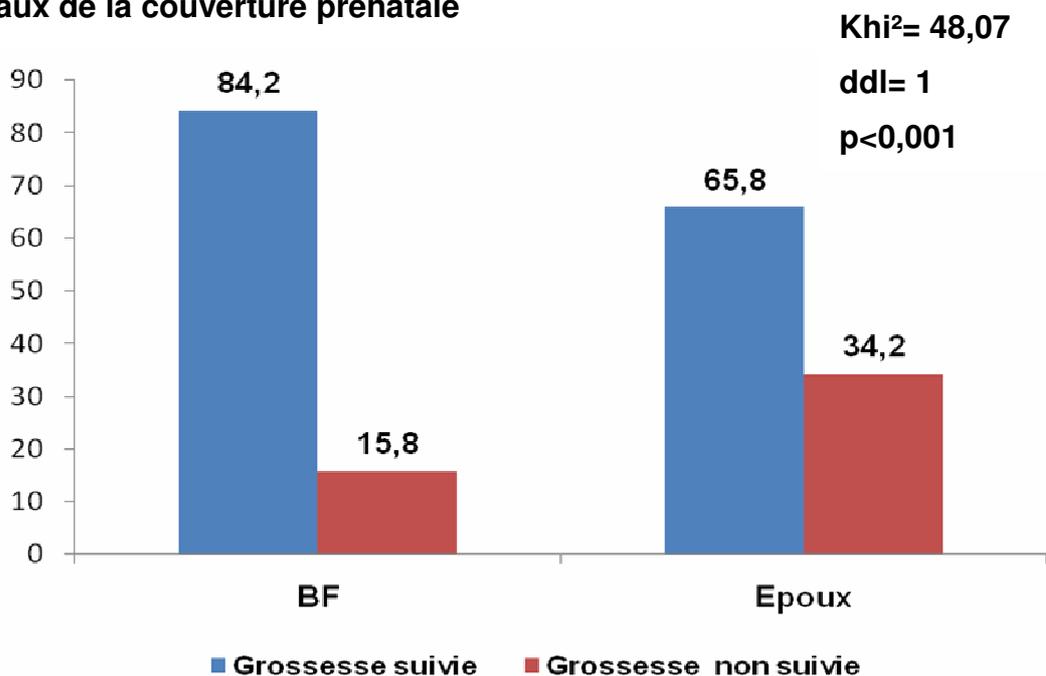
- Financières : 71,3% des belles-filles, 25% des belles-mères et 49,8% des époux ;
- Absence de structures sanitaires : 3,5% des belles-filles, 39,3% des belles-mères et 8,1% des époux ;
- Gêne : 4,3% des belles-filles ;
- Sous information : 3,5% des belles-filles, 11,4% des belles-mères et 7,2% des époux ;

- Mauvais comportement des agents de santé : 0,9% des belles-filles et 2,4% des époux ;
- Sans raisons : 16,5% des belles-filles, 24,3% des belles-mères et 32,5% des époux.

La raison la plus évoquée pour justifier le non suivi des grossesses précédentes était d'ordre financier chez 71,3% des belles-filles, 49,8% des époux et chez 39,3% des belles-mères s'étaient l'absence de structures sanitaires.

## 5.1 Surveillance de la grossesse actuelle

### a. Taux de la couverture prénatale



**Graphique 4 : Répartition des belles filles et époux en fonction du suivi 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.

**84,2%** des belles-filles avaient réalisé au moins une (1) CPN au cours de leur grossesse actuelle et c'était **65,8%** des époux qui avaient avoué que leur femme avait réalisé au moins une CPN.

## b. Les raisons du non suivi de la grossesse actuelle.

Les raisons évoquées par les belles-filles et les époux pour justifier le non suivi étaient :

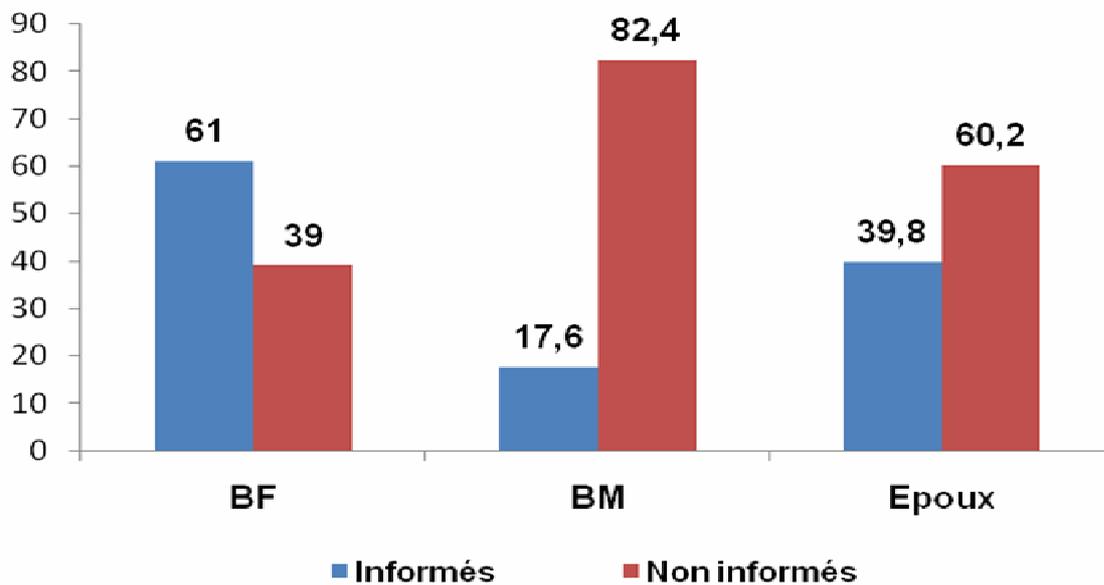
- Financières : 71,6% des belles-filles et 58,4% des époux ;
- Gêne : 6,3% des belles-filles ;
- Sous information : 6,3% des belles-filles et 3,9% des époux ;
- Mauvais comportement des agents de santé : 1,1% des belles-filles et 7,1% des époux ;
- Sans raisons : 14,7% des belles-filles et 30,5% des époux ;

La raison la plus évoquée pour justifier le non suivi de la grossesse était d'ordre financier chez 71,6% des belles-filles et 58,4% des époux.

## C. Consultation prénatale recentrée

### 1. Concept CPN recentrée

#### a) Information sur le concept de la CPNR



$\text{Khi}^2 = 142,63$

ddl = 2

$p < 0,001$

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

La majorité des époux (60,2%) et des belles-mères (82,4%) n'avaient pas l'information sur le concept de consultation prénatale recentrée par contre chez les belles-filles l'information était donnée à la majorité (61%).

**b) contenu de la CPNR**

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

Contenu de la CPNR	Belles-filles		Belles-mères		Epoux	
	Fréq	%	Fréq	%	Fréq	%
MII	24	6,5	8	18,2	37	20,7
MII et Bilans prénataux	82	22,4	18	40,9	0	0
MII, FAF, Bilans prénataux, SP	150	41	8	18,2	15	8,4
MII, FAF, SP	46	12,6	0	0	108	60,3
MII, Bilans prénataux, SP	48	13,1	0	0	0	0
MII et SP	10	2,7	0	0	0	0
Bilans prénataux	6	1,7	10	22,7	0	0
Suivi régulier des CPN	0	0	0	0	11	6,1
MII, Vaccination, Contraception			0	0	8	4,5
Total	366	100,0	44	100,0	179	100,0

Les **MII, FAF, Bilans prénataux** et **SP** avaient été les plus cités comme contenu de la CPNR par 41,0% des belles-filles, 18,2% des belles-mères et seulement 8,4% des époux. Cependant en tenant compte de toutes les associations, on constate que la MII était citée par 98,3% des belles-filles, 77,3% de belles-mères, 93,9 des époux qui avaient une information sur la CPNR, les bilans prénataux ont été cités par 78,2% des belles-filles, 81,8% de belles-mères et seulement 8,4% d'époux, le FAF a été cité par 53,6% des belles-filles, 68,7% des époux et la SP par 69,4% des belles-filles, 68,7% d'époux tandis que le FAF et la SP n'avaient été cités que par moins d'une belle-mère sur 5 (18,2%).

## 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 CPN conseillé	Belles-filles		Belles-mères		Epoux	
	Fréq	%	Fréq	%	Fréq	%
1	8	1,6	0	0	5	1,7
2	8	1,6	3	2,3	5	1,7
3	19	3,7	2	1,6	12	4,1
<b>4</b>	<b>397</b>	<b>78,3</b>	19	14,7	<b>221</b>	<b>75,4</b>
5	4	0,8	6	4,6	2	0,7
6	68	13,4	63	48,9	43	14,7
7	0	0	4	3,1	0	0
8	2	0,4	0	0	1	0,3
9	1	0,2	32	24,8	4	1,4
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100</b>	<b>129</b>	<b>100</b>	<b>293</b>	<b>100</b>

**NB :** 93/600 belles filles, 121/250 belles mères et 157/450 époux de l'échantillon n'étaient pas informés du nombre de CPN qu'une femme doit faire au cours de la grossesse ne figurent pas dans ce tableau.

Le nombre 4 de CPN recommandé lors de la CPNR a été rapporté par 78,3% des belles-filles et 75,4% des époux. Par contre 81,4% des belles-mères avaient rapporté un nombre de CPN supérieur à 5.

### b) Opinion sur le nombre de CPN

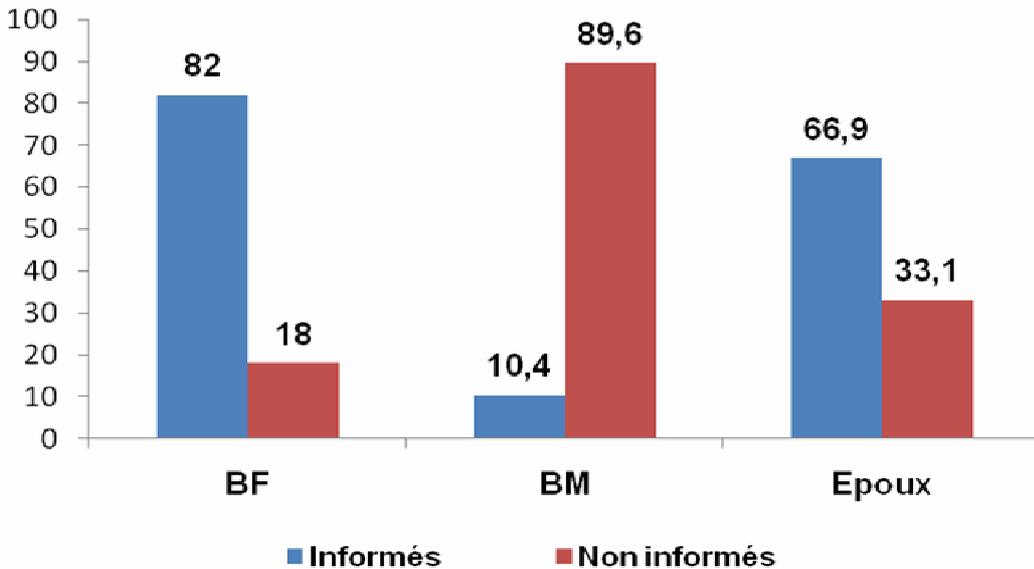
Les groupes ci-dessus ont donné leur avis par rapport au nombre 4 de CPN conseillé : 4 pour la majorité des belles-filles et époux et supérieur à 5 pour la majorité des belles-mères comme suit :

- Bon : 98% des belles-filles, 81,4% des belles-mères et 99,4% des époux;
- Excessif : 0,6% des belles-filles, 15,5% des belles-mères et 0,3% des époux;
- Insuffisant : 1,4% des belles-filles, 3,1% des belles-mères et 0,3% des époux.

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

### 3. Promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

#### a) Connaissance de l'utilisation des MII



$\text{Khi}^2= 392,58$

ddl= 2

$p<0,001$

**Graphique 6 Répartition de la population en fonction des connaissances sur l'utilisation des MII.**

Huit (8) belles-filles et sept (7) époux avaient été informés de l'utilisation des MII au cours de la CPN et c'était seulement une (1) belle-mère sur 10 qui avait reçu l'information que la femme enceinte doit dormir sous MII par leurs belle-fille.

### **b) Respect de l'utilisation de la MII**

Le respect de l'utilisation de MII est ce qui suit :

- avaient respecté de dormir sous MII : 80,1% des belles-filles, et avaient été confirmé par 34,6% des belles-mères et 94,7% des époux
- n'avaient pas respecté de dormir sous MII : 19,9% des belles-filles, et était apporté par 65,4% des belles--mères et 5,3% des époux.

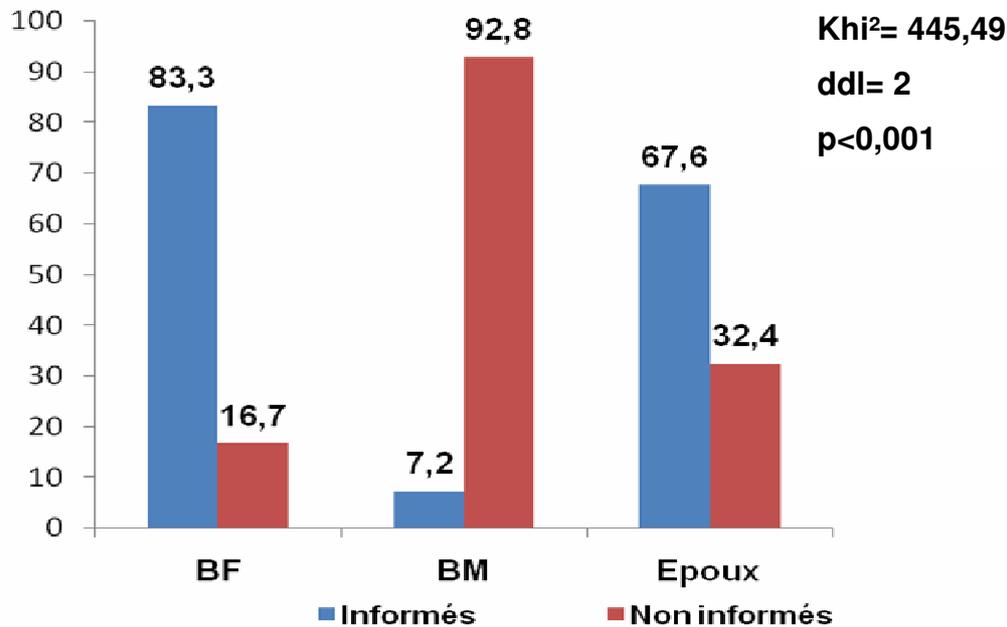
### **c) Raisons du non utilisation de la MII**

Les raisons **évoquées** pour justifier le non utilisation des MII furent classées comme suit :

- Inconfort : 4,1% des belles-filles, confirmé par 6,2% des époux,
- Manque de MII : 91,8% des belles-filles, confirmé 68,8% des époux,
- Pas de raison : 4,1% des belles-filles,
- Financières : 25% des époux,
- Inexistence des MII : 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 avec la SP.**

Huit (8) sur dix (10) des belles-filles avaient été informées lors de la CPN de la prophylaxie anti palustre avec la SP au cours de la grossesse et confirmé par 7 sur 10 des époux, 9 sur 10 des belles-mères l'ignoraient.

##### b) Respect de la prise de la SP

Parmi les femmes (499 BF et 18 BM) et les époux 289 qui avaient été informés ou avaient entendu parler de la prophylaxie anti palustre avec la SP au cours de la grossesse, 8 sur 10 des belles-filles avaient fait la prophylaxie anti palustre avec la SP, 9 sur 10 des époux et 6 sur 10 des belles mères avaient affirmé que les belles-filles avaient fait la prophylaxie anti palustre avec la SP.

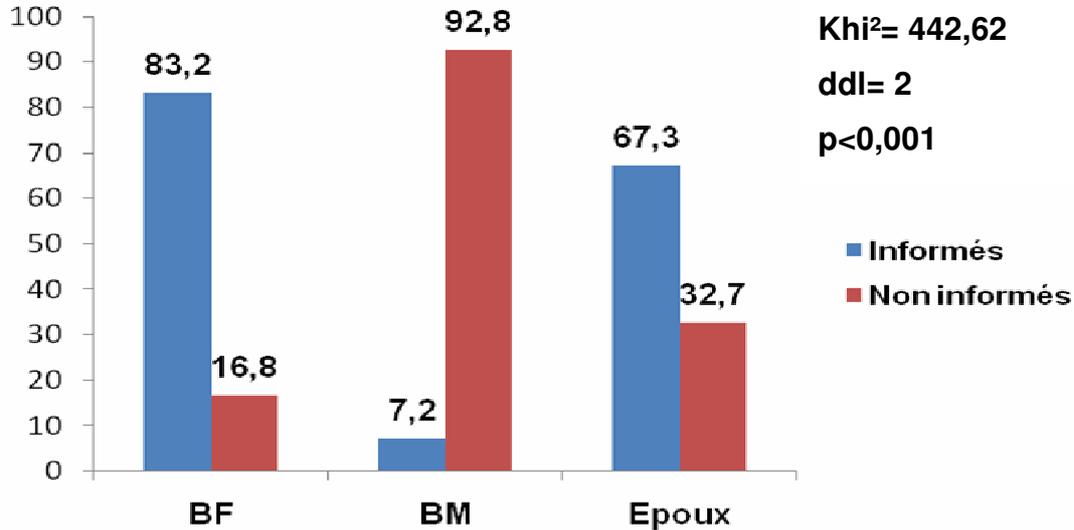
**c) Raisons du non respect de la prise de la SP :**

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 :

- financières : 81,5% (22/27) des belles-filles, 66,7%(10/15) des époux et 25%( 2/8) de belles-mères qui avait été informé par les belles-filles.
- Elle n'aime pas les comprimés : 7,4%(2/27) belles-filles, 13,3%(10/15) ; des époux dont les femmes n'avaient pas respecté la prise de la SP ;
- Elle n'était pas malade : 11,1%(3/27) belles-filles ;
- prophylaxie avec la chloroquine : 75,0%(6/8) des belles-mères avait affirmé prendre la chloroquine à leur grossesse passée.
- sans raisons : 6,7%(1/15) des époux ;
- non prescrit : 13,3%(2/15) des époux ;

## 5. La prophylaxie anti anémique avec le fer plus 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 anti anémique avec le FAF**

Dans 8 cas sur 10, les belles-filles avaient reçu l'information sur la prophylaxie anti anémique avec le FAF et c'était dans 7 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 :

- 94,4% des belles-filles avaient respecté la prise, 66,7% des belles-mères (12/18) et 92,7% des époux ont affirmé le respect de la prise par les belles-filles.
- 5,6% des belles-filles n'ont pas respecté la prise, 33,3% des belles-mères et 7,3% des époux ont affirmé le respect de la prise.

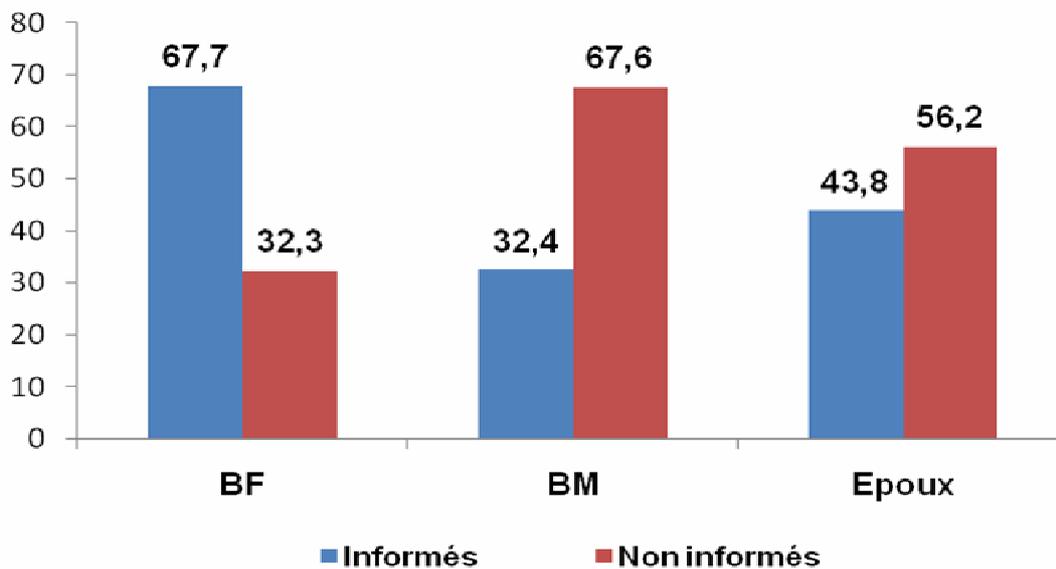
### c) Raisons du non respect de la prise du FAF :

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

- financières : 71,4% des belles-filles, 66,7% des belles-mères, 45,5% des époux
- Inconfort (goût) : 28,6% des belles-filles, 33,3% des belle- mères, 54,5% des époux

## 6. Signes de danger au cours de la grossesse

### a) Information



$\text{Khi}^2 = 109,59$

$\text{ddl} = 2$

$p < 0,001$

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

Dans la majorité des cas, 7 sur 10 des belles-filles et 6 sur 10 des époux avaient reçu l'information sur les signes de danger au cours de la grossesse cependant 7 sur 10 des belles-mères n'avaient pas l'information.

## b) Connaissance des signes de danger

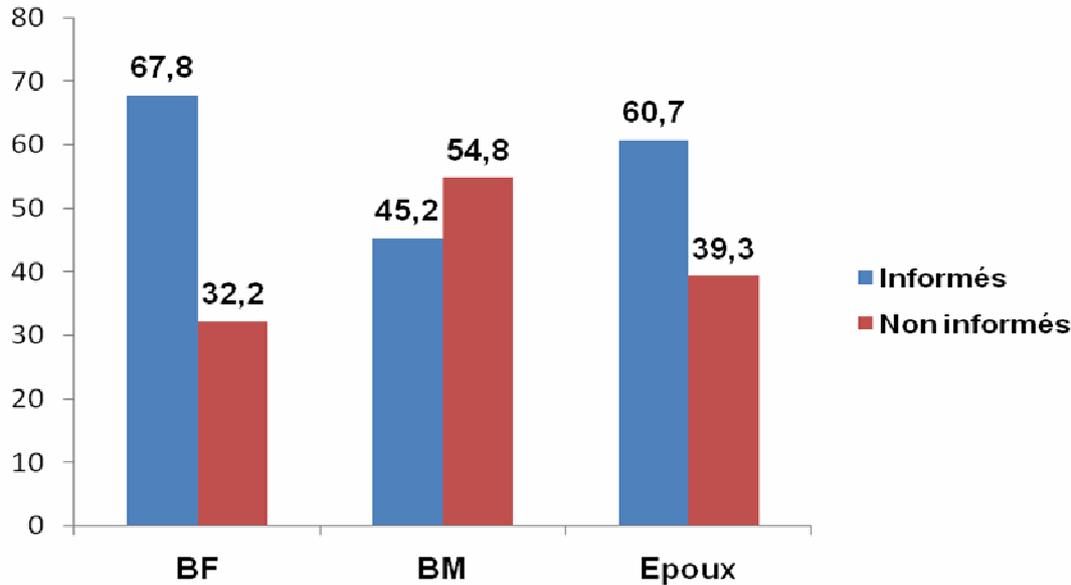
Parmi les femmes (600 belles-filles et 250 belles-mères) et époux (450) interrogés : 406 BF (67,7%), 81 BM (32,4%) et 197 époux (43,8%) avaient entendu parler d'au moins un signe de danger au cours des CPN. Le niveau de connaissance des signes de danger demandés au cours de l'enquête est ce qui suit :

- Saignements vaginaux = 58,6% (238/406) des BF, 70,4%(57/81) des BM, 72,6% époux,
- Respiration difficile = 20,7% (84/406) des BF, 7,4%(6/81) des BM, 36,5(72/197) des époux,
- **Fièvre = 98,5%(400/406) des BF, 98,8%(80/81) des BM, 96,4%(190/197) des époux**
- Douleurs abdominales graves = 91,9%(373/406) des BF, 90,1%(73/81) des BM, 80,2%(152/197) des époux
- Maux de tête intenses/vision trouble = 35,2%(143/406) des BF, 7,4%(6/81), 14,7%(29/197) des époux,
- Convulsions/perte de connaissance = 19,0%(77/406) des BF, 6,2%(5/81), 6,6%(13/197) des époux,
- Douleur de l'accouchement avant la 37<sup>ème</sup> semaine =71,4%(290/406) des BF, 90,1%(73/81) des BM, 58,9% (116/197) des époux
- Rupture prématurée des membranes = 50,0%(203/203) des BF, 88,9%(72/81) des BM, 62,4%(123/197) des époux,

Le signe de danger le plus connu de la population était la fièvre suivie des douleurs abdominales.

### 5.4.7 Plan d'accouchement

#### a. Niveau de connaissance



$\text{Khi}^2=38,03$

$\text{ddl}=2$

$p<0,001$

**Graphique 10: Répartition de la population en fonction des connaissances du plan d'accouchement**

7/10 des BF, 5/10 des BM et 6/10 des époux connaissaient le plan d'accouchement.

#### b. Connaissance des aspects du plan d'accouchement

Parmi les femmes (600 BF et 250 BM) et 450 époux interrogés, 407 BF (67,8%), 113 BM (45,2%) et 273 époux (60,7%) avaient entendu parler d'au moins un aspect du plan d'accouchement au cours des CPN.

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

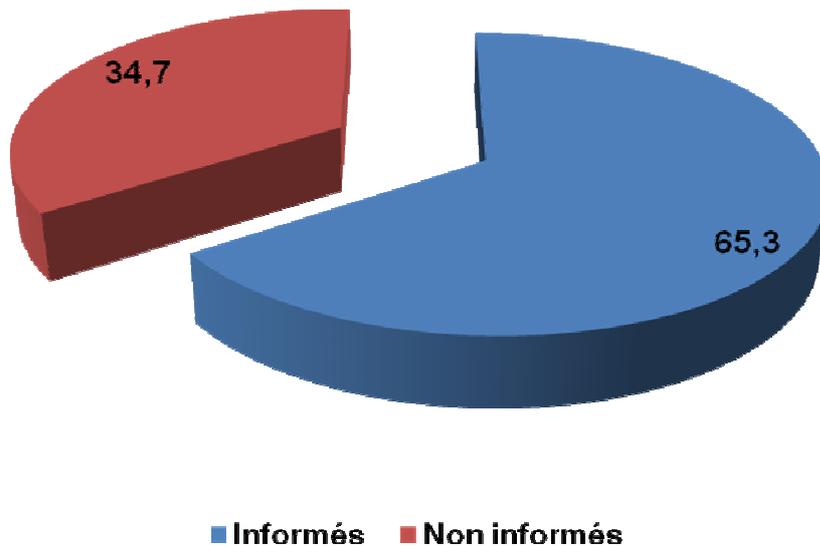
- Transport = 69,8%(284/407) BF, 46,9%(53/113) BM et 79,5%(21/273) époux
- Trousse pour la mère et le nouveau-né = 92,1%(375/407) BF, 99,1%(112/113) BM et 76,9%(210/273) époux
- Accompagnante = 91,9%(374/407) BF, 99,9%(112/113) BM et 81,3%(222/273) époux

- Lieu d'accouchement = 88,5%(360/407) BF, 84,1%(95/113) et 73,6%(201/273) époux
- Aspects financiers = 84,5%(344/407) BF, 95,6%(108/113) BM et 94,9%(259/273) époux
- Personnes assurant l'intérim au domicile de la femme en son absence =90,4%(368/407) BF, 97,3%(110/113) BM et 93,0%(254/273) époux

Globalement les aspects du plan d'accouchement sont bien connus dans la communauté de Sénou.

#### 5.4.8 Implication des époux dans la préparation de l'accouchement

##### a. Information des époux sur le plan d'accouchement :



##### b. Raisons du non implication des époux dans la préparation de l'accouchement

Parmi les 450 époux interrogés 156(34,7%) qui n'avaient pas été impliqués dans la préparation de l'accouchement de leur femme avaient évoqué les raisons suivantes :

- Financière : 64,1%(100/156)
- Socioculturelle : 24,4%(38/156)
- Ne sait pas : 11,5%(18/156)

La raison financière a été la plus évoquée par 64,1% des époux.

## **Deuxième partie : Focus group (Discussions de groupes)**

Dans cette deuxième partie des résultats, nous faisons la narration des entretiens qui ont lieu avec les groupes de discussion. Nous avons interviewé 8 groupes :

- 1<sup>er</sup> groupe : Femmes primipares ;
- 2<sup>ème</sup> groupe : Membres de l'association féminine locale ;
- 3<sup>ème</sup> groupe : Epoux de femmes enceintes ;
- 4<sup>ème</sup> groupe : Femmes multipares ;
- 5<sup>ème</sup> groupe : Groupes de femmes primipares (célibataires) ;
- 6<sup>ème</sup> groupe : Belles-mères de femmes enceintes ;
- 7<sup>ème</sup> groupe : Membres de l'association de santé communautaire ;
- 8<sup>ème</sup> groupe : Leaders d'opinions

## **Récit des différents groupes :**

### **A. Groupe N°1 : Groupe de femmes primipares**

Les femmes de ce groupe étaient au nombre de 12, elles avaient 15 à 20 ans pour la majorité non scolarisée et sans source de revenu.

#### **Question1 : Que pouvez-vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?**

Les femmes fréquentaient les services de CPN mais le suivi n'était pas régulier et elles ne respectaient pas les recommandations du médecin.

Le bilan prénatal était un facteur défavorisant selon les propos d'une femme : *<Nous voulons bien fréquenter les centres de CPN. Cependant, une source de démotivation pour nous est le coût élevé des examens complémentaires. Et si par manque de ressources financières nous n'arrivons pas à honorer ce bilan, les agents de santé refusent de nous recevoir pour une nouvelle consultation.>*

Les femmes de ce groupe étaient toutes analphabètes et la majorité ne travaillait pas, elles vivaient avec le faible revenu de leur mari d'où le suivi irrégulier de la CPN.

#### **Question2 : Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?**

Dans la famille la décision concernant la grossesse revenait toujours au mari car c'est le père et le chef de famille qui assure les dépenses de la CPN.

Dans certains foyers c'est au cours du troisième trimestre que le mari donnait l'argent pour que leur femme commence la CPN. *<<Selon ces hommes il n y a aucun problème tant que la femme est bien portante. >>*

Quelques belles-mères décidaient à la place du couple. Il s'agit des cas où le mari n'a pas assez de moyens pour que sa femme fasse la CPN.

#### **Question3 : Est-ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?**

La CPN répondait à leur attente selon la moitié du groupe, quelques commentaires de 2 femmes:

*<<Elle nous permet d'être fixée sur l'évolution du fœtus, et nos maris sont contents lorsque nous rapportons que le médecin a dit que l'enfant se portait bien. >>*

*<<Nous ne savons pas comment l'enfant vit dans notre ventre c'est le médecin qui peut te mettre en confiance car c'est son travail, faisons leur confiance. >>*

L'autre moitié n'était pas du même avis. Ces dernières pensaient que la CPN se faisait dans le désordre *<<quand elles arrivaient on les accueillait si mal qu'elles n'avaient plus envie de revenir. >>*

Les sages-femmes qui s'occupaient des CPN ne donnaient pas assez d'informations ni sur les médicaments qu'elles prescrivait ni sur les signes de danger, raison pour laquelle certains époux ne payaient rien car pour eux si la femme est sur les « deux pieds » c'est qu'elle n'a besoin d'aucun médicament.

Souvent nous avons envie de poser des questions disait l'une d'entre elles, mais l'accueil était si désagréable que tu t'abstiens au risque de te faire ridiculiser.

#### **Question 4 : Connaissez-vous le contenu de ces consultations ?**

Aucune femme n'a pu nous parler des nouvelles dispositions qui ont été apportées à la CPN c'est-à-dire la réduction du nombre de CPN à 4, le TPI et la prophylaxie anti anémique, la connaissance des signes de danger au cours de la grossesse et les préparatifs pour l'accouchement.

Les réponses des femmes sur le contenu étaient :

- Prise du ticket ou du carnet
- Interrogatoire (*est ce que tu fais la fièvre ?*)
- Examen gynécologique
- Bilans qui coûtent toujours chers et si elles ne faisaient pas à la prochaine visite les sages femmes n'étaient pas contentes.
- L'ordonnance du fer et de la SP, et si elles ne payaient pas leur produit à la pharmacie du CSCOM elles n'avaient pas droit au MII.

#### **Question 5 : Ont-elles un intérêt pour vous ?**

Pour la majorité de ces femmes la CPN est importante et pour la mère et pour le fœtus.

*<<Si la CPN était bien faite et si on adoptait la CPNR comme vous venez de nous l'expliquer c'est-à-dire la CPN recentrée) pour elles les maladies seraient vite détectées et le coût serait un peu abordable disait une femme. >>*

**Question 6 : Le coût est-il abordable ?**

Toutes les femmes disaient que le coût n'était pas à leur portée car elles n'avaient pas d'argent et que leurs maris ne gagnaient pas assez pour subvenir à tous les besoins de la famille.

**Question 7 : 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.....

Le constat fait dans ce groupe était que le couple était laissé à lui-même en cas de difficultés.

Quelques rares fois la femme se faisait aider par la tontine, et ce n'était pas exactement pour la CPN mais surtout pour le jour du baptême.

**Question 8 : Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?**

- Former les agents de santé à l'accueil (médecins, sages-femmes, infirmiers, les caissiers)
- Assurer une bonne gestion des dons de l'Etat, des associations, des ONG, des personnes de bonne volonté car on remarque que ces dons sont vendus ou donnés aux personnes de leur choix.
- Subventionner les CSCOM pour que le prix des consultations et de l'accouchement diminue.
- Rendre disponible les produits d'urgences dans la pharmacie du CSCOM et à moindre coût.

**B. Groupe N° 2 : Membres de l'association féminine locale**

Elles étaient au nombre de douze (12)

**Question1 : Que pouvez-vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?**

Aucune n'avait fait la CPN au CSCOM. Elles préféraient aller au camp militaire ou dans un centre de référence.

Les raisons évoquées pour justifier ce choix étaient :

- Meilleur accueil
- Personnel plus compétent

C'est seulement pour la vaccination qu'elles partaient au CSCOM.

**Question2 : Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?**

Pour toutes les femmes de ce groupe c'était le mari qui était responsable des décisions concernant la grossesse car c'est lui qui finançait la CPN.

**Question3 : Est-ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?**

La majorité des femmes avaient répondu qu'elles n'étaient pas satisfaites des sages femmes raison qui les poussaient à fréquenter d'autres CSCOM. Leurs raisons étaient :

La sage femme n'explique pas pourquoi tu dois faire les bilans ni pourquoi tu dois prendre tes médicaments et elles ne respectaient pas notre intimité.

**Question 4 : Connaissez-vous le contenu de ces consultations ?**

La nouvelle politique était méconnue de ces femmes elles avaient cité quelques éléments de la CPN :

Examen gynécologique;

Examen obstétrical ;

Bilan prénatal, ordonnance ;

**Question 5 : Ont-elles un intérêt pour vous ?**

La CPN a de l'intérêt : Parmi les avantages on retient :

Détection tôt des maladies et le traitement précoce ;

Connaître la position de l'enfant grâce à l'échographie ;

**Question 6 : Le coût est-il abordable ?**

Elles ont répondu que le coût n'était pas abordable vu qu'elles dépensaient aussi pour aller en ville.

**Question 7 : 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 difficultés le couple était laissé à lui-même.

Certains couples ont été soutenus par la famille de la femme ou la tontine.

**Question 8 : Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?**

Pour ces femmes il faudrait :

- Diminuer les frais de CPN et de l'accouchement;
- Subventionner les CSCOM pour répondre aux attentes de la communauté ;
- Attention particulière aux femmes en travail ;
- Mettre les femmes au même pied d'égalité sans distinction de rang social.
- Donner les MII à toutes les femmes enceintes c'est-à-dire gratuitement sans condition d'avoir payer ou non les médicaments à la pharmacie du CSCOM.

### **C. Groupe N°3 : Les époux de femmes enceintes**

Groupe d'hommes (chef de village et ses conseillers) (10 personnes)

#### **Question1 : Que pouvez-vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?**

Ce groupe disait que leurs femmes fréquentaient les services de CPN et qu'elles respectaient les recommandations du médecin. Souvent les raisons financières les empêchaient de suivre régulièrement la CPN.

#### **Question2 : Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?**

Ils avaient répondu que le couple décidait ensemble c'est-à-dire tous les mois elles partaient au CSCOM pour les CPN.

#### **Question3 : Est-ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?**

Ils avaient répondu que les CPN répondaient à leurs attentes;

Un homme avait répondu que les CPN ne répondaient pas à ses attentes car les sages femmes ne commençaient pas tôt le travail, et leur femme devaient revenir pour préparer le déjeuner.

#### **Question 4 : Connaissez-vous le contenu de ces consultations ?**

Ils avaient cité comme contenu :

- bilans sanguins ;
- Echographie ;
- Ordonnance : SP, Fer ;
- Don de MII après l'achat de l'ordonnance ;
- Examen gynécologique;
- Examen obstétrical;
- Malnutrition des enfants ;
- Salubrité ;
- Vaccination ;

**Question 5 : Ont-elles un intérêt pour vous ?**

La majorité avait répondu que la bonne surveillance de la grossesse d'une femme contribuait à rassurer le mari.

Quelques uns avaient ajouté qu'il n'y avait aucun intérêt car les femmes couraient plus de risques maintenant qu'autres fois ils ont évoqués quelques raisons :

- Les césariennes
- Les mort-nés
- Les enfants malformés.

**Question 6 : Le coût est-il abordable ?**

Le coût était abordable pour la moitié des hommes et non abordable pour l'autre moitié.

**Question 7 : 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.....

La moitié avait répondu que le couple était laissé à lui même;

L'autre moitié avait ajouté que le soutien de la famille et les tontines leur venaient en aide.

**Question 8 : Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?**

Les propositions qui ont été faites par ces hommes étaient les suivantes :

- Former le personnel de santé (raison évoquée : Souvent le médecin nous donne des traitements inappropriés ensuite il vient changer et dit qu'il n'avait pas trouvé le diagnostic.)
- Améliorer l'état des CSCOM (Matériaux, rendre propre et désinfecter les lieux);
- Avoir des agents spécialisés, qualifiés, expérimentés pour éviter les surprises désagréables au cours de la grossesse.
- Mettre dans la pharmacie des médicaments surtout les médicaments d'urgence;
- Diminuer le coût, on sait que vous avez fait des efforts mais on compte sur vous pour les bilans surtout l'échographie.

#### **D.Groupe 4 : Femmes multipares (12 personnes)**

##### **Question1 : Que pouvez-vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?**

La majorité avait répondu que les femmes enceintes fréquentaient les centres de CPN. 2 femmes disaient que certaines ne le faisaient pas car elles n'avaient pas les moyens ou étaient vieilles (des grandes multipares) alors qu'il n'y a que des petites filles qui travaillent au CSCOM.

##### **Question2 : Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?**

La décision leur revenait, elles demandaient de l'argent à leur mari et commençaient les CPN.

Quelques femmes avaient répondu que leur mari décidait de la surveillance de la grossesse, selon elles il fallait le consentement du mari qui est le seul salarié de la famille.

##### **Question3 : Est-ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?**

Elles avaient toutes répondu que les consultations répondaient à leur attente car la grossesse est bien suivie.

##### **Question 4 : Connaissez-vous le contenu de ces consultations ?**

Le contenu selon elles étaient :

Prise de la tension artérielle, du poids et de la hauteur utérine

Bilan biologique et urinaire, Echographie ;

L'examen physique ;

Frais de CPN à chaque consultation qui s'élève à 600fcfa par séance de CPN;

##### **Question 5 : Ont-elles un intérêt pour vous ?**

Dans ce groupe la majorité avait répondu que la CPN avait de l'intérêt car elle permet de se protéger des pathologies de la grossesse et les traiter vite pour faciliter l'accouchement.

Et 2 femmes avaient répondu que la CPN permettait de savoir s'il y a des poussées hypertensives, de connaître aussi la position, le poids et le sexe de l'enfant avant l'accouchement.

**Question 6 : Le coût est-il abordable ?**

Pour toutes ces femmes le coût n'était pas abordable dans leur structure sanitaire.

**Question 7 : 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.....

La majorité avait répondu que le couple était laissé à lui-même en cas de difficultés. Certaines de ces femmes avaient répondu qu'elles bénéficiaient de la contribution financière de la famille (belles-mères en général) en cas de difficulté.

**Question 8 : Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?**

Les propositions étaient les suivantes:

Diminuer les frais de la CPN et de l'accouchement c'est-à-dire si la moitié pouvait revenir à la famille et l'autre au centre.

Avoir des agents de santé qualifiés et expérimentés.

Respecter l'intimité des femmes lors de la CPN.

Améliorer l'accueil.

### **E. Groupe 5 : Groupes de femmes primipares (célibataires)**

Ce groupe étaient composés de jeunes filles célibataires qui avaient un âge compris entre 14 et 18 ans.

#### **Question1 : Que pouvez-vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?**

Faire la CPN n'était pas évidente pour elle car c'est une honte de tomber enceinte étant célibataire. Tu le cachais au maximum et vers le 6<sup>ème</sup> mois tu commençais la CPN pour pouvoir accoucher dans de bonnes conditions, disaient certaines de ces femmes.

#### **Question2 : Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?**

Dans de tels cas la décision revenait à la maman de la fille si le père de l'enfant n'avait pas les moyens ou s'il n'était pas prêt d'assumer les responsabilités de la grossesse.

#### **Question3 : Est-ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?**

Oui la CPN répond à nos attentes nous commençons en retard mais on est satisfait.

#### **Question 4 : Connaissez-vous le contenu de ces consultations ?**

Nous avons constaté qu'elles n'avaient pas assez d'opinions sur les nouvelles dispositions apportées à la CPN, selon elles (tu fais tout pour ne pas durer à la consultation, tellement que c'est une honte tu ne comprends rien de ce que les sages femmes disent, tout le monde se connaît dans le village et le regard de certains te donne envie de te faire toute petite.)

Examen gynécologique les sages femmes leur demandaient si elles ne faisaient pas de fièvre ou si elles ne vomissaient pas trop.

Elle nous donnait l'échographie à faire pour connaître l'âge et l'évolution du fœtus car on avait commencé la CPN en retard.

#### **Question 5 : Ont-elles un intérêt pour vous ?**

<<Si ce n'était pas la pudeur la CPN a un intérêt mais une célibataire qui tombe enceinte ne s'épanouit pas dans notre société. A la maison tu es rejetée par tous. Quand tu sors on te montre du doigt. Si c'était à refaire j'attendrais d'être mariée pour tomber enceinte>> disait l'une d'entre elles. Pire celui qui t'enceinte te fuit.

**Question 6 : Le coût est-il abordable ?**

Le coût n'est pas abordable car on n'avait personne pour nous aider. Les bilans ne sont jamais faits.

**Question 7 : 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.....

Ces grossesses se passent dans une grande difficulté et dans la plupart des cas le couple est laissé à lui-même.

**Question 8 : Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?**

Si on pouvait trouver un endroit ou une salle pour les femmes célibataires car nous avons aussi droit aux soins et l'enfant que nous portons est innocent mais paye toujours les bêtises de leurs parents et de la société car naît souvent malade.

Les propositions faites par ce groupe étaient:

Diminuer le coût des bilans prénataux

Donner plus d'informations sur cette nouvelle politique qu'est la CPN recentrée.

## **F. Groupe N°6 : Belles-mères de femmes enceintes (12)**

### **Question1 : Que pouvez-vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?**

La majorité avait répondu que leurs enfants et belles filles faisaient les CPN. Seule quelques unes restaient à la maison parce qu'elles n'avaient pas les moyens ou leur mari ne voulaient pas car pour eux leur maman avait fait la maternité sans problème.

Deux (2) femmes conseillaient à leurs enfants d'aller en ville car elles n'étaient pas convaincues de la prestation du CSCOM, selon elles il y a beaucoup de complications.

### **Question2 : Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?**

Toutes avaient répondu que c'était le mari qui était responsable des décisions concernant la grossesse car c'est lui le chef de famille.

### **Question3 : Est-ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?**

La majorité avaient répondu que la CPN répondait à leurs attentes puisque la médecine se développait, leurs filles ne devraient plus faire de régime sans sel parce qu'elle était enceinte, mais parce qu'elles avaient une pathologie qui nécessitait ce régime.

Quelques femmes avaient répondu que les CPN ne répondaient pas à leurs attentes car le personnel était incompetent. Les agents tournaient beaucoup avant d'avoir le bon diagnostic.

### **Question 4 : Connaissez-vous le contenu de ces consultations ?**

La majorité disait que c'était :

Prise de la pression artérielle, pesée des femmes enceintes

Examen gynécologique

Les examens complémentaires (bilans sanguins, bilans urinaires, échographie)

Suivi régulier de la CPN

**Question 5 : Ont-elles un intérêt pour vous ?**

Elles avaient toutes répondu que les CPN avaient un intérêt, car permet de prévenir les maladies et de les traiter à temps.

Santé pour la mère et son fœtus.

En cas de césarienne il y a de bons chirurgiens maintenant.

Vaccination de la mère et son enfant

La femme enceinte mange le sel maintenant sauf s'il y a une hypertension associée à la grossesse.

**Question 6 : Le coût est-il abordable ?**

Les 11 femmes sur 12 avaient répondu que dans les grandes familles c'était difficile que la femme fasse normalement sa CPN car c'était trop chère le bilan prénatal, les ordonnances et les charges de la famille, le mari ne pouvait pas tout financer.

Une femme sur les 12 avait dit que dans certains foyers où il n'y a que le mari qui travaille la femme et les enfants le coût était abordable.

**Question 7 : 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.....

Le couple était laissé à lui-même dans la plupart des cas, dans certains foyers les beaux parents contribuaient, parfois la femme demande crédit au niveau de la tontine.

**Question 8 : Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?**

Les propositions étaient :

S'occuper davantage des femmes au moment de l'accouchement.

Faire une formation du personnel par rapport à l'accueil et à la disponibilité du médecin.

Assurer une supervision et une subvention des CSCOM par le gouvernement.

Gérer les dons humanitaires.

Que les grandes multipares ne soient pas insultées à chaque fois qu'elles accouchent.

**G. Groupe N°7 : Membres de l'association de santé communautaire**

**Question1 : Que pouvez-vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?**

Les femmes veulent bien faire les CPN mais elles n'ont pas toujours les moyens pour les examens complémentaires et parfois fois le prix du ticket de consultation.

La CPN n'était pas bien comprise de la population jusqu'à présent et la majorité était constituée d'analphabètes, elles étaient sous informées.

Au centre la CPN constituait la principale source de revenu pour le centre (et au moment de notre enquête on disait aux femmes de venir chaque mois).

Une femme répond que c'était surtout pour ne pas les perdre de vue qu'on leur disait de venir chaque mois.

**Question2 : Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?**

Dans tous les foyers c'est le chef de famille qui était responsable de la décision. Il y a quelques rares femmes qui travaillaient (la majorité était des vendeuses au marché ou le soir devant la porte). Celles-ci prenaient en charge leur CPN.

**Question3 : Est-ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?**

La majorité était satisfaite du service rendu selon les membres de ce groupe il y a eu du progrès dans le CSCOM.

**Question 4 : Connaissez-vous le contenu de ces consultations ?**

Le contenu sera répondu par quelques membres dont la sage femme et les sages femmes stagiaires qui avaient fait la formation sur la CPN recentrée :

Selon elles le contenu de la CPN était :

Réduction du nombre de CPN à 4

Prophylaxie anti palustre avec la SP

Prophylaxie anti anémique avec le FAF

Utilisation du MII

Connaissance des signes de dangers

Préparation à l'accouchement

**Question 5 : Ont-elles un intérêt pour vous ?**

Le groupe a affirmé que les CPN avaient de l'intérêt car elles protégeaient les femmes et prévenaient les maladies et le couple se prépare à l'avance faire face aux signes de danger et prévoir le nécessaire avant le jour de l'accouchement.

**Question 6 : Le coût est-il abordable ?**

Le coût n'était pas abordable car la majorité n'avait pas de revenu fixe. Dire qu'un mari gagnait telle somme par mois n'existait presque pas dans le quartier de Sénou.

Il arrive que les femmes ne fassent pas la CPN ; elles ne se rendent au CSCOM qu'en cas de maladie, ou le jour de l'accouchement.

**Question 7 : 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 d'accès aux CPN le couple était laissé à lui-même, quelques propos d'un membre

<Nous avons une association. Les adhérents doivent prendre la carte qui leur procure des facilités mais rares sont ceux qui adhèrent, ils se disent qu'au cas où ils ne profiteront pas de leur carte ils ne seront pas remboursés.>

**Question 8 : Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?**

Sensibilisation de la population en donnant plus d'informations sur la CPN.

Rendre accessible la CPN a toutes les femmes qui n'ont pas les moyens.

Mettre un médecin gynécologue dans tous les CSCOM.

## **H.Groupe N°8 : Leaders d'opinions**

### **Question1 : Que pouvez-vous nous dire de la surveillance de la grossesse dans votre communauté ?**

Dans notre communauté la surveillance de la grossesse n'est pas régulière, c'est un désordre au CSCOM.

Le problème est que nos femmes n'accordent pas d'importance aux CPN car elles sont sous informées. Les avantages ne leur sont pas bien expliqués, sinon elles dépenseraient elles mêmes pour avoir accès aux CPN disait un membre de ce groupe.

### **Question2 : Qui est responsable au niveau de la famille des décisions concernant la grossesse ?**

Les décisions revenaient au mari dans la majorité des cas car dans ce quartier toutes les décisions concernant la famille étaient gérées par le chef de famille qui était le mari.

L'homme reste le chef de famille et tout ce qui concerne la femme et les enfants restent sous son autorité.

Cependant, ça commence à changer certaines femmes supportent des charges si elles ont les moyens.

### **Question3 : Est-ce que les consultations prénatales dans vos structures répondent à vos attentes ?**

Les membres de ce groupe n'étaient pas contents des services offerts par le CSCOM surtout l'accueil et les attitudes envers les parturientes qui les déplaisaient.

Les CPN ne répondaient pas à leur attente.

### **Question 4 : Connaissez-vous le contenu de ces consultations ?**

Le contenu de la CPN était méconnu dans ce groupe selon eux seul l'ordonnance les intéressait pour payer la facture. Le carnet était gardé par les époux et il devrait leur rappeler la date du prochain rendez vous. Cela était dû au fait que les femmes n'accordaient pas assez d'importance à la CPN et aux papiers en général.

**Question 5 : Ont-elles un intérêt pour vous ?**

Pour ce groupe la CPN a de l'intérêt si elle leur était profitable mais il arrivait que les prestataires fussent incompetents ou que le service offert était le stricte minimum, manque de matériel (le thermomètre, le tensiomètre ou autres éléments indispensable à la CPN), ou que les sages femmes viennent en retard ou si elles étaient à l'heure il leur arrivait de causer.

**Question 6 : Le coût est-il abordable ?**

Le coût est abordable pour certains couples et pas du tout pour d'autres. Le Mali est un pays pauvre, c'est difficile d'assurer la nourriture quotidienne à forte raison le prix de la CPN.

**Question 7 : 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 d'accès à la CPN c'est à la mosquée on demande aux personnes de bonnes volontés de cotiser ou à l'église. Sinon le couple est laissé à lui-même.

Le couple est laissé à lui-même.

**Question 8 : Quelle proposition feriez-vous pour améliorer la consultation prénatale dans votre communauté ?**

Leurs suggestions étaient :

Faire des formations pour les prestataires de service et leur apprendre la politesse et la gentillesse, car nous remarquons qu'elles sont très mal éduquées, disait un membre de ce groupe.

Faire une campagne de sensibilisation sur les CPN recentrées.

Pourquoi pas un jeu où il aura des gagnants pour que nos femmes s'intéressent plus à la question de CPN recentrée, disait un vieux du groupe.

## **V. COMMENTAIRES**

### **A. Aspects méthodologiques**

Nous avons étudié les connaissances, attitudes et pratiques en consultation prénatale recentrée dans la population de Sénou, en interviewant 600 belles-filles, 250 belles-mères et 450 époux. Aussi ont été animées 8 discussions de groupe. Il s'agissait pour nous de savoir si, ce qui a été décidé par les politiques pour réduire la mortalité maternelle et infantile était exécuté à hauteur de souhait par les prestataires et subi par les intéressés.

En effet, le Mali dans sa quête d'une meilleure politique de santé, idoine pour sa population, après la conférence de Alma-Ata en 1978, l'initiative de Bamako en 1987, la nouvelle politique sectorielle de santé en 1990 et la politique de population en 1991, s'est penché sur les consultations prénatales recentrées en 2006. L'effet positif d'une stratégie n'est mieux évalué qu'en tenant compte de l'avis des populations. Quitte à elles aussi de dégager les limites de la stratégie d'où l'intérêt de la méthodologie : focus group.

Cependant, le recueil des informations a été émaillé d'énormes difficultés. Notamment : La réalisation des focus group a pris beaucoup de temps du fait de la réticence des femmes à aborder des questions d'intérêt public en groupe d'une part, et d'autres parts de peur que leurs propos négatifs ne frustrerent les agents de santé et influencer le comportement de ceux-ci vis-à-vis d'elles. Cet aspect remet à jour le véritable problème de l'émancipation des femmes dans notre pays et leur capacité d'influencer les décisions les concernant. Malgré les différents textes leur conférant des prérogatives, les femmes n'interviennent pas à hauteur de souhait dans les décisions les concernant.

Malgré ces difficultés nous pouvons nous prononcer sur les aspects suivants :

### **B. Evolution de la réalisation des CPN**

L'âge moyen des femmes en âge de procréer (belles-filles) était de 20 ans et le taux de réalisation des CPN était de 84,2% tandis que l'âge moyen des belles-mères était de 55 ans avec un taux de réalisation des CPN de 44% lorsqu'elles étaient enceintes.

Ceci traduit un doublement du taux de couverture prénatale en plus de 3 décennies environ.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution de la couverture prénatale. En effet grâce à l'effort sans cesse du Gouvernement depuis la déclaration de la nouvelle politique sectorielle de santé (15 décembre 1990), dont l'objectif majeur était la réalisation de la santé pour tous dans un horizon aussi rapproché que possible. La concrétisation de cet objectif passait par la réalisation des objectifs intermédiaires dont l'essentiel est l'extension de la couverture sanitaire en :

- implantant un dispositif de soins adapté aux réalités socio-économiques du pays et le plus rapproché possible des populations ;
- assurant des services de santé de qualité, géographiquement et économiquement accessibles y compris la disponibilité du médicament essentiel ;
- intensifiant l'utilisation des services par des actions d'information, d'éducation et de communication [8].

Au niveau local, certaines dispositions ont été mises en vigueur notamment :

L'élévation du statut de la femme par une meilleure éducation de la femme et une meilleure implication des hommes, le renforcement de la CCC par la télévision, le téléphone, les affiches, la radio etc.

Malgré ces efforts, les centres de santé restent non fréquentés par certaines femmes pour des raisons financières 71,6% tandis que 1,1% de femmes ont incriminé le comportement des agents de santé.

### **C. CPN recentrée et facteurs influents**

Le concept de CPN recentrée était connu par 61% des belles-filles, ce taux était de 59,3% à Sabalibougou et seulement 8,7% à Dio-gare [29,26]. Le concept de la CPN recentrée était ignoré par 82,4% des belles-mères et 60,2% des époux.

Globalement les éléments du contenu de la CPNR ne sont pas bien connus dans la communauté. En effet moins de 50% de chacun des trois groupes connaissaient le contenu exhaustif de la CPNR. Les MII, FAF, SP et bilans prénataux avaient été cités par 41,0% des belles-filles, 18,2% des belles-mères et seulement 8,4% des époux. Par ailleurs le nombre de visites réduit à 4 au cours d'une grossesse était connu par 78,3%

des belles-filles tandis que 75,4% des époux et les belles-mères en ont rapporté un nombre supérieur à 5.

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. L'utilisation des MII fait actuellement l'objet d'une grande promotion par les autorités du ministère de la santé, qui ont rendu la distribution gratuite depuis 2006 à la suite de l'UNICEF [20]. Ce moyen a été cité par 82% des belles-filles et 66,9% des époux et seulement 10,4 % des belles-mères.

Le traitement préventif intermittent à base de la SP était connu par 83,3% des belles-filles et 67,6% des époux et seulement 7,2% des belles-mères.

L'utilisation du FAF en tant que médicament antianémique était connu par autant de belles-filles 83,2%, autant d'époux 67,3% et autant de belles-mères 7,2%.

Au moins un signe de danger était connu par 67,7% de belles-filles, 43,8% d'époux et 32,4% de belles-mères. Le signe de danger le plus connu par la population était la fièvre (98,5%) des belles-filles, 98,8% des belles-mères et 96,4% d'époux contrairement aux femmes du Sénégal qui ne l'ont connu que dans 12,4% des cas, le saignement vaginal était le plus connu par ces femmes (81,2%) [28].

Nous avons constaté que le plan d'accouchement était connu par plus de la moitié de la population : 67,8% des belles-filles, 60,7% des époux et 45,2% des belles-mères cela était dû au fait que toute la famille se mobilisait à l'approche de l'accouchement.

Nous remarquons toujours que le fossé est plus grand entre les 3 groupes avec toujours une meilleure connaissance des belles filles.

Malheureusement elles ont moins d'influence que les époux et les belles-mères.

Cette anomalie rend compte des difficultés réelles qui sont inhérentes à la prise en charge de la grossesse conçue par un couple, mais pratiquement menée par la femme. La moindre implication des hommes souvent source même de frustrations pour les femmes a été apporté dans la littérature [31].

On comprend tous les problèmes qui jalonnent alors la prise en charge de la grossesse quand on considère le statut qu'occupe la femme dans la société.

Les difficultés rencontrées au cours de l'enquête laissent transparaître un manque de liberté d'expression de la femme ; un goulot à l'émancipation de la femme.

Des expériences éloquentes sur le bien fait de l'implication des époux à été rencontré dans la littérature. En Thaïlande la culture demande à ce que le mari arrête le travail

quelques jours après l'accouchement pour s'occuper de sa femme qui a besoin de beaucoup d'attention [31].

**Les autres facteurs retrouvés dans ce travail sont :**

- **Le Coût**

Le faible revenu de la population ne suffisait pas pour couvrir les frais des CPN. Ce qui faisait qu'il y avait peu de femmes dans les centres pour la CPN. Un mari s'exprime <<*Nourrir une famille de nos jours est difficile si en plus il faut payer la CPN, sincèrement c'est une lourde charge mais incontournable.*>> C'était le problème commun au Ghana et au Kenya selon les femmes les revenus ne sont pas les mêmes à cause de l'inadéquation des ressources financières [2].

- **L'analphabétisme**

L'analphabétisme constituait un grand problème pour la bonne marche des CPN car les femmes ne comprenaient pas toujours le contenu et l'importance de ces CPN. Elles avaient des occupations selon elles plus importantes que les CPN (faire le déjeuner et s'occuper des enfants). Les femmes étaient analphabètes en majorité... Tout cela constitue un handicap à l'assiduité des femmes aux CPN. Surtout si elles devaient venir pour passer toute la matinée avant d'être consulté et subir les insultes des petites filles (les sages femmes) disaient-elles.

- **Comportement des agents de santé**

La qualité du prestataire est une des conditions de la CPN. Les belles mères de femmes enceintes nous ont dit « ...*Elles n'ont pas de respect pour les gens, à l'accouchement, les femmes sont insultées par les matrones* ». Les signes de dangers sont méconnus des femmes puisque les sages femmes ne prennent pas le temps de bien expliquer les signes. Les préparatifs pour l'accouchement ne sont connus qu'à la dernière minute c'est-à-dire au moment où la femme est en travail. Tout ceci contribue à la sous information des femmes

Pour avoir plus d'argent dans le compte de l'ASACO, les sages-femmes faisaient faire plus de visites aux gestantes. Même si cela n'en valait pas la peine sur le plan technique. Une bonne morale des agents de santé est source de motivation. C'est ainsi que certaines femmes enceintes avaient préféré faire des kilomètres pour aller dans les centres de

références ou dans le privé faire leur CPN, au Cuba aussi les femmes préfèrent voyager très loin de leur maison pourvu qu'elles aient toute l'attention escomptée **[31]**.

De notre constat sur cette vision de la communauté sur les agents de santé peut être améliorée en étoffant devant le plateau technique par le recrutement d'autres agents car nous pensons que la charge de travail est importante pour le nombre d'agents existant.

Par ailleurs les matériels de premières nécessités (pèse-personne, stéthoscope etc....) manquaient source de consultation de moindre qualité ne répondant pas aux besoins des femmes enceintes.

Ces insuffisances, doivent être redressées si nous voulons tirer les femmes de la science occulte, des formules magiques et incantations qui sont encore encouragées à Sénou.

C'est une nécessité pour que les nouvelles orientations en matière de CPN puissent aboutir aux résultats escomptés.

## VI. CONCLUSION :

L'étude effectuée de Novembre 2008 à Mai 2009 sur les consultations prénatales recentrées dans le quartier de Sénou nous a permis de savoir que :

- La majorité de la population n'avait jamais été scolarisée ((86,2% des belles-filles, 93,6% des belles-mères et 74,9% des époux)
- Les belles-filles avaient fréquenté la CPN à 84,2% alors que les grossesses précédentes pour les belles-mères étaient suivies à 44%.
- Le concept de la CPNR était connu par 61% des belles-filles, 39,8% des époux et seulement 17,6% des belles-mères.
- La réduction du nombre de CPN à 4 pour les grossesses à faible risque était connue par 78,3% des belles-filles, 75,4% des époux et seulement 14,7% des belles-mères.
- Le MII était connu de 82% des belles-filles, 66,9% des époux et seulement 10,4% des belles-mères.
- La prophylaxie anti palustre avec la SP était connue par 83,3% des belles-filles, 67,6% des époux et seulement 7,2% des belles-mères.
- La prophylaxie anti anémique avec le FAF étaient connue par 83,2% des belles-filles, 67,3% des époux et seulement 7,2% des belles-mères.
- Au moins un signe de danger était connu par 67,7% des belles-filles, 56,2% des époux et 32,4% des belles-mères.
- Le plan d'accouchement était le plus connu de la population, 67,8% des belles-filles, 60,7% des époux et 45,2% des belles-mères.
- Les époux étaient impliqués à 65,3% pour la bonne réussite des CPN de leurs femmes et le reste des époux qui ne s'impliquaient pas avaient des raisons d'ordre financier en majorité 64,1%, des raisons socioculturelles à 24,4% et aucune à 11,5%.

Compte tenu de ce qui précède nous pouvons affirmer que la pauvreté, le faible niveau de scolarisation, le manque d'information et le cadre de vie étaient des facteurs influant sur la nouvelle politique des CPN.

Ainsi nous avons formulé les recommandations suivantes :

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

### **Aux Autorités Sanitaires:**

- ❖ Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel responsable des consultations prénatales recentrées ;
- ❖ Subventionner les CSCom ;
- ❖ Mettre en place des kits d'urgence.

### **Aux prestataires qui s'occupent de la CPN recentrée**

- ❖ Réorganiser les services (commencer tôt les consultations)
- ❖ Informer les gestantes sur la consultation prénatale recentrée (expliquer l'importance des soins préventifs).
- ❖ Rationnaliser les examens complémentaires ;
- ❖ Améliorer l'accueil et respecter l'intimité des gestantes.

### **Aux populations**

- ❖ Impliquer d'avantage les époux et les belles-mères dans le suivi de la grossesse ;
- ❖ Respecter les conseils donnés par les prestataires ;
- ❖ Ecouter et comprendre les agents de santé.

## IX. REFERENCES

1. **Beckett 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, 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 /MS, DNSI** – Annuaire statistique du district de Bamako année 2006, date de publication Novembre 2007, pages 18.
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.
7. **Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale**  
Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, 43.
8. **Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population**, Bamako, 1995  
[www.sante.gov.ml](http://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. **Hall M.H, Chng P.K and Macgillivray I.** Is routine antenatal care worth while? *Lancet*, 1980 2: 78-80.
11. **Haute autorité de santé (HAS).** Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour les professionnels de santé. Ministère de la santé, Bamako Avril 2005.
12. **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.
13. **King M.** *Medical care in developing countries: a symposium from Makerere*, 2nd edn. Nairobi 1970. Oxford University Press.
14. **Lawson J.B. and Stewart D.B.** *Obstetrics and Gynaecology in the Tropics and Developing Countries*, Edward Arnold. London 1967.
15. **Merger R, Levy J, Melchior J** : Précis d'obstétrique. 6<sup>ème</sup> éd, Paris .Masson .1995 . Etude clinique de la grossesse normale 1995 :71-134.
16. **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.
17. **Oakley A.** *The capture womb. A history of the medical care of pregnant women*, Oxford 1984. Basil Blackwell.
18. **OMS.** *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève 1978.*

19. **Philpott R.H.** The organisation of services in Africa. In: *Maternity services in the developing world* Philpott, R.H ed, pp. 131-142. London. 1979 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
20. **Politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali:**  
[www.sante.gov.ml/docs/pdf/politiquepnlp.pdf](http://www.sante.gov.ml/docs/pdf/politiquepnlp.pdf)
21. **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. 23p.**
22. **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>.
23. **Rayton E (Armstrong S.)** Prévention des décès maternels. OMS Genève, 1990 :231p.
24. **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.*
25. **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.
26. **Sagara J.A** - CPN Recentrée : connaissances, attitudes et pratiques dans la communauté de Dio-gare - Kati. Thèse médecine, Bamako 2010.
27. **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

28. **Strategie de Tostan:** *Evaluation du programme d'éducation à base communautaire. Sénégal, Décembre 2001 :16p.*
29. **Traoré A.O** - CPN Recentrée : connaissances, attitudes et pratiques dans la communauté de Sabalibougou - Bamako. Thèse médecine, Bamako 2010.
30. **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.
31. **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>.
32. **World health organization.** *Coverage of maternity care. A tabulation of available information, 3<sup>rd</sup> edn. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. 1993.*
33. **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.*

Ministère de la Santé Publique

\*\*\*\*\*

Cabinet

\*\*\*\*\*

Hôpital Gabriel Touré

\*\*\*\*\*

Service de Gynécologie – Obstétrique

Bamako, le 09 Novembre 2008

## A

### **Monsieur le Médecin chef du CSCOM de Sénou**

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. **Mlle Awa Bréhima Traoré** sera chargé de mener l'enquête à Sénou. Par la présente lettre, nous sollicitons votre accord et soutien administratifs pour leur 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

Ministère de la Santé Publique

\*\*\*\*\*

Cabinet

\*\*\*\*\*

Hôpital Gabriel Touré

\*\*\*\*\*

Service de Gynécologie – Obstétrique

Bamako, le 09 Novembre 2008

## A

### **Monsieur le Maire de la commune rurale de Sénou**

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. **Mlle Awa Bréhima Traoré** sera chargé de mener l'enquête à Sénou.

Par la présente lettre, nous sollicitons votre accord et soutien administratifs pour leur 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

Ministère de la Santé Publique

\*\*\*\*\*

Cabinet

\*\*\*\*\*

Hôpital Gabriel Touré

\*\*\*\*\*

Service de Gynécologie – Obstétrique

Bamako, le 09 Novembre 2008

## A

### **Monsieur le Médecin chef du Centre de santé de la commune VI**

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. **Mlle Awa Bréhima Traoré** sera chargé de mener l'enquête à Sénou.

Par la présente lettre, nous sollicitons votre accord et soutien administratifs pour leur 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

## **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=mariée 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 parlé 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<sup>ème</sup> 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= Sonrhaï            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=ooui 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=ooui2=non /\_\_\_/
- Si non pourquoi
- Q14. Savez – vous qu'elle doit faire la prophylaxie anti-palustre avec la SP** 1=ooui
- 2= non /\_\_\_/
- Si oui l'avez-vous respecté 1=ooui2=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=oui 2=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<sup>ème</sup> 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 ?**

### **Serment d' Hippocrate**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Je le jure !**