

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE B AMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE

**ETUDE DE LA PERCEPTION DES PERSONNELS  
ET DES USAGERS ET L'EVOLUTION DES  
ACTIVITES DE LA SANTE DE LA  
REPRODUCTION PENDANT 1 AN AVANT  
COVID-19 ET 1 AN PENDANT COVID-19 AU  
CSREF CV DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 28/12/2023 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par : Mme. Korotimi DIARRA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).**

**JURY**

**Président :** M. Abdoul AZIZ DIAKITE, Professeur  
**Directeur :** M. Youssouf TRAORE, Professeur  
**Co-Directeur :** M. Mamadou S TRAORE, Maître de recherche  
**Membre :** M. Yacouba CISSOKO, Maître de conférences agrégé

# **DEDICACES ET REMERCIEMENS**

## Dédicaces

### **Je dédie ce travail :**

**A Dieu** : le Créateur des cieux, de la terre et de tout ce qui s'y trouve.

La sagesse commence par la crainte de sa parole, que son nom soit glorifié, magnifié et exalté ; qu'il nous protège et nous guide vers un droit chemin.

Amen!

**Au prophète Mohamad** (Paix et Salut sur Lui) : qui a été pour nous un modèle parfait et le restera pour toujours. Que la paix d'Allah soit sur lui ainsi que tous Ceux qui le suivront jusqu'au jour dernier

A la mémoire de mes grands-parents Dramane DIARRA, Korotimi DIARRA mon homonyme et de mes tantes Salimata Tangara, Oumou DEMBELE, Je vous dédie ce travail.

J'aurais aimé que vous soyez présents pour voir ce jour mais le bon Dieu a voulu autrement. Hélas ! Puisse le TOUT PUISSANT vous accueillir dans son paradis Eternel. Vous avez été pour nous un exemple. Je suis convaincu que vous seriez fiers de ce travail

### ***A mon père bien-aimé : Amidou Diarra***

Papa si l'opportunité était donnée à chaque enfant de choisir son père alors je crois que je n'aurai pas choisi mieux que toi, je suis fière d'être ta fille. Ton courage, ton dévouement et ta persévérance pour le bien être de ta famille font de toi le meilleur père. Tu as cultivé en nous un esprit de partage et de tolérance et de bienfaisance envers les autres. Tu as toujours tout fait que tes enfants se sentent à l'aise. Ce jour est l'aboutissement des résultats de tes efforts et de tes nombreuses prières. Que Dieu t'accorde une longue vie heureuse pour que tu sois plus fier de ta fille chérie.

***A mes mère et mes références : Mme DIARRA Rokia DEMBELE, Mme DIARRA Assan TRAORE***

Votre générosité, votre amour pour votre famille et votre prochain font de vous une mère exemplaire. Vous avez consacré entièrement votre temps à votre foyer et à notre éducation, sans jamais vous lasser, sans jamais vous plaindre et sans jamais flancher. Chères mères, vous nous avez donné ce qu'une mère peut donner de plus précieux à ses enfants : amour, affection, éducation, soutien sans faille, conseils et j'en passe....

Aucun mot au monde ne pourrait mieux expliquer mes sentiments de reconnaissance de vos bienfaits. Je prie le Tout Puissant afin qu'il vous accorde une longue et heureuse vie pleine de bonheur et de santé afin que vous puissiez profiter pleinement du fruit de vos sacrifices.

## Remerciements

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et dont j'ai oublié ici de mentionner le nom sachez tous que vous avez marqué mon existence. Encore à toutes et à tous merci pour toujours. Ce travail est aussi le vôtre.

**A mon fiancé Moussa Dit Badjan MALLE** : mon confident merci pour tes soutiens qu'Allah met baraka dans notre union et nous accorde une progéniture pieuse. Je t'aime en Allah ma moitié.

**A ma chère patrie MALI** : Que la paix demeure dans ton localité BAMALIBA

**A mes maîtres de l'école privée Samba KONARE** de Daoudabougou, **ecole privée Les Cours MATAS** de Guarantiguibou, **lycée privé Samou BAGAYOKO** de Kalaban Coura SUD : merci infiniment pour la formation

**A tous nos maitres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako**

Je vous remercie pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, « Je rendrai à vos enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ».

**A la FMOS** : Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

□ Remerciements infinis à mes encadreurs du service **Pr Soumana O TRAORE, Dr Oumar M TRAORE, Dr Saoudatou TALL, Dr Niagalé SYLLA, Dr Saleck DOUMBIA, Dr Mamadou TRAORE, Dr Nouhoum DIAKITE** ainsi qu'à tous les **DES de Gynéco-Obstétrique et de Chirurgie**: chers maîtres vous êtes des modèles pour moi. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait de la gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V un pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante, je vous en remercierai éternellement.

**A mes aînés du service Dr Ousmane SISSOKO, Dr Adama FOMBA, Dr Adama SISSOKO, Dr Adama DOUMBIA, Dr Ousmane DEMBELE, Dr Kassoum BAGAYOKO, Dr Wally CAMARA, DR Zoumana DEMBELE, Dr Roméo HOUNADE, Dr Koudjéye TOURE, Dr ROMEAL Jean Yoman, Dr Aliou BAGAYOKO ,Dr Mamadou DOUMBO, Dr Bourama DEMBELE,Dr Francis DEMBELE ,Dr Sekou DEMBELE, Dr Sekou KONE, :** merci pour l'apprentissage à vos côtés.

**A mes cadet(tes) Salimata COULIBALY, Affo GAKOYE, Soumaïla CAMARA:** vous resterez pour moi une seconde famille.

**A l'ensemble du personnel médical et paramédical du service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V.**

**A toutes les équipes d'internes :**

- En commençant par mon équipe

- Francic Dembélé et équipe,

- Tahirou Bah et équipe,

- Martin Loua et équipe

- Alfousseni Coulibaly et équipe

Merci pour la collaboration, bon courage et bonne carrière médicale pour chacun.

**A Dr Ousmane DEMBELE et son ami Mr Soumaïla DON, Dr Nouhoum Diamoutene :** merci pour vos soutiens et j'en serai reconnaissante

**A Pr BOCOUM Amadou :** Merci pour votre disponibilité constante

Tout au long de ma thèse. Recevez ici mes vœux les plus sincères de

Bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

**Nous remercions la FIGO pour le financement du travail ;**

**Remerciement aux membres du comité interne et du réseau ainsi qu'à**

**l'unité de gestion du projet Plaidoyer pour l'avortement sécurisé dans la limite de la loi au Mali.**

**A l'ensemble de mes externes de garde :**

Seul Dieu pourra vous récompenser pour tous les nombreux soutiens moraux que vous avez eu à me prodiguer durant mon année de thèse. Puissiez-vous être également de bons exemples envers vos futurs(e) externes.

**A mes frères et soeurs : Aboubarcar DIARRA, Mme DIABY Abibatou DIARRA, Mariam DIARRA, Moussofing DIAARA, Awa DIARRA :** En ce moment solennel de ma vie, il me manque les mots pour vous exprimer ma reconnaissance et mon attachement. Votre gentillesse, votre disponibilité, votre attention et votre esprit de sacrifice m'ont beaucoup marqué. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Qu'ALLAH le tout puissant vous garde longtemps à nos côtés. Amen

**A ma sœur Abibatou Diarra et son époux Moussa Diaby :** Je vous remercie pour vos soutiens moraux et financiers .Que le tout puissant vous donne une bonne part dans ce bas monde ainsi que dans l'autre monde. Allahouma amine

**A mes Tontons : Drissa DIARRA, Lassine DIAARA, Moussa DIARRA , Diakaridia DIARRA , Yakodon DIARRA , Aguebou DIARRA:** Merci pour tous les bénédictions.

☐ **A toute la famille DIARRA :** merci pour tout l'amour que vous m'avez donné. Sachez que je vous aime de tout mon coeur.

**A mon oncle Beguin Malle :** cher oncle merci pour le soutien moral et financier qu'Allah te donne une bonne subsistance

**A mes cousins et cousines : Mamadou, Fatim, Mariam, Coumba, Oumar, Koniba, Dramane, Aminata, Seydou, N'Zélé, Assitan, Ba Môh, Hawa, Ramatou, Sidy, Kadi, Ousmane, Bourama, Mamoutou, Kôkè, Ismaël, Balobo, Gaoussou, etc...**

Que l'esprit de cohésion de nos parents nous anime tous.

**A mes amis : Dr Sagada DIALLO , Dr KONE Komba, Nouima TRAORE, Salimata KONATE , Dr Nana Fatoumata TOURE :** Ces belles amitiés que j'ai partagé et renforcé tout au long de mes études.

Merci chers amis pour les bons moments que nous avons passé ensemble. Aucun mot ne saurait exprimer mes sentiments de considérations et reconnaissance envers votre soutien et vos encouragements. Vous avez toujours donné l'exemple d'amis attentifs et fidèles, des camarades serviables et amusants.

Ces belles amitiés que j'ai partagé et renforcé tout au long de mes études.

Merci chers amis pour les bons moments que nous avons passé ensemble. Aucun mot ne saurait exprimer mes sentiments de considérations et reconnaissance envers votre soutien et vos encouragements. Vous avez toujours donné l'exemple d'amis attentifs et fidèles, des camarades serviables et amusants

**A mon amie Dr DIARRA Komba KONE :** Les mots me manquent pour t'exprimer ma gratitude et mon admiration profonde, t u as été pour moi comme une grand-sœur merci infiniment pour tes conseils qu'Allah t'accorde une belle part dans ce bas monde ainsi que dans l'autre monde

**A mes tantes :Fatoumata dite Mayini Malle, Mme DIABY Maimouna DIARRA, Mme FOMBA Assetou DIARRA , Mme MALLE Salimata DIARRA ,Mme COUMARE Safiatou DIARRA, Djenebou DIARRA , Djenebou DIARRA ,Gnecoura DIARRA , Sadio KONATE, Flatenin DIALLO, Oumou COULIBALY , Korotoumou DEMBELE, Setou COULIBALY, Mamou BOUARE , :merci pour vos bénédictions**



# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

## **Hommages aux membres du jury**

### **A notre maître et Président du Jury**

#### **Professeur Abdoul Aziz DIAKITE**

- Professeur Titulaire en pédiatrie ;
- Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré ;
- Spécialiste en hématologie pédiatrique ;
- Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales ;
- Responsable de l'unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytose au CHU Gabriel Touré ;
- Président de la commission médicale d'établissement du CHU Gabriel Touré et du Groupe Technique Consultatif pour les Vaccins et Vaccination au Mali (GTCV) ;
- Membre de l'association malienne de pédiatrie, de l'association malienne des pédiatres d'Afrique noire francophone et du collège ouest africain des médecins.

#### **Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales et morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien, vos qualités d'homme de sciences font de vous un Maître exemplaire. Recevez cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

## **A notre maître et Directeur de thèse**

### **Pr Youssouf TRAORE**

- Professeur Titulaire en Gynécologie-Obstétrique ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;
- Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)
- Responsable de la Prévention de la transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali ;
- Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthodologie en Recherche Clinique » de Bordeaux I ;
- Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthodes et Pratiques en épidémiologie » de Bordeaux II ;
- Vice-Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- Membre de African Federation of Obstetrics and Gynecology (AFOG) ;
  - Titulaire d'un certificat de « Cancer and prevention course » de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) ;
- Enseignant chercheur

Cher maitre,

Merci pour nous avoir fait l'honneur de bien vouloir participer à l'élaboration de ce travail. Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques vos multiples qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait ont fait de vous un maitre admiré de tous. Nous vous adressons nos plus vifs remerciements.

## **A maître et Co-Directeur de thèse**

### **Professeur Mamadou Salia TRAORE**

- Directeur général adjoint à l'hôpital Gabriel TOURE
- Maître de recherche
- Ancien Secrétaire général de la société malienne de gynécologie Obstétrique
- Titulaire d'un DFMSA à l'université Paris Descartes
- Titulaire des cours de gynécologie obstétrique à l'INFSS

### **Honorable maître,**

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude

## **A notre maître et Membre du Jury**

### **Professeur Yacouba CISSOKO**

- Médecin infectiologue ;
- Titulaire d'un master en immunologie et Infection
- Titulaire de DESS de Gestion des Programmes de Santé
- Praticien hospitalier au CHU du point G ;
- Maître de conférences agrégée de maladies infectieuses et tropicales;
- Secrétaire général de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales

### **Cher Maître,**

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury, nous admirons vos qualités scientifiques, humaines ainsi que la courtoisie et la sympathie qui font de vous un scientifique admirable. Veuillez recevoir ici, cher maître l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

# LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

### **Liste des abréviations**

<b>ACE2</b>	Enzyme de conversion de l'angiotensine 2
<b>ARN</b>	Acide ribonucleique
<b>CCSC</b>	Communication pour le changement social et de comportement en santé de la reproduction
<b>CIPD</b>	Conférence internationale pour la population et le développement
<b>ICTV</b>	Comité international de taxonomie virale
<b>CPN</b>	Consultation prénatale
<b>CPON</b>	Consultation postnatale
<b>COVID-19</b>	(Corona Virus Disease 2019
<b>CRP</b>	Protéine C réactive
<b>CSREF CV</b>	Centre de santé de référence de la commune V
<b>DES</b>	Diplôme d'étude spécialisée
<b>DESS</b>	Diplôme d'étude supérieure spécialisée
<b>DFMSA</b>	Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie
<b>EPI</b>	Equipement de protection individuelle
<b>FIGO</b>	Fédération Internationale de la Gynécologie Obstétrique
<b>GCSF</b>	Facteur de stimulation des colonies de granulocytes
<b>ICT</b>	Tests immun chromatographiques
<b>ICTV</b>	Comité international de taxonomie virale
<b>IFN</b>	Interférons
<b>INFSS</b>	Institut national de formation en sciences de la santé
<b>IO</b>	Infirmière obstétricienne

---

---

<b>IST</b>	Maladie sexuellement transmissible
<b>MERS CoV</b>	Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PCIME</b>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
<b>PEV</b>	Programme élargie de vaccination
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PRFI</b>	Pays à revenu faible et intermédiaire
<b>PRR</b>	Pattern Recognition Receptor
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission mère-enfant
<b>RT-LAMP</b>	Reverse transcription Loop mediated isothermal amplification
<b>RT-PCR</b>	Reverse transcription-Réaction en chaîne par polymérase
<b>SAA</b>	Soins après avortement
<b>SARS-CoV-2</b>	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigüe
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'immuno déficience acquise
<b>SMI</b>	Santé maternelle et infantile
<b>SR</b>	Santé de la reproduction
<b>SSRAJ</b>	Santé sexuelle et reproductive des adolescents(es) et des jeunes
<b>TMPRSS2</b>	Protéase transmembrane à série 2
<b>TROD</b>	Tests sérologiques d'orientation rapide
<b>VIH</b>	Virus immun no déficience humaine



# SOMMAIRES

## SOMMAIRE

<i>Introduction</i> .....	2
<i>I. Généralités</i> .....	8
<i>II. Méthodologie</i> .....	27
<i>III. Résultats</i> .....	35
<i>IV. Discussion et commentaires</i> .....	65
<i>Conclusion</i> .....	74
<i>RECOMMANDATIONS</i> .....	75
<i>Références bibliographiques</i> .....	77
<i>Annexes</i> .....	84

# LISTE DES FIGURES

## Liste des figures

<b>Figure 1:</b> Cycle de réplication virale du SRAS-Cov 2.....	10
<b>Figure 2:</b> Montrant la projection des sécrétions respiratoires .....	11
<b>Figure 3:</b> TDM images de condensation avec verre dépoli, bilatérales, prédominant en périphérie dans un contexte de COVID 19 .....	17
<b>Figure 4:</b> TDM : image de nodule excavé évoquant un abcès chez un malade COVID- .....	18
<b>Figure 5:</b> Radiographie de thorax : pneumopathie alvéolo-interstitielle bilatéraleprédominant aux bases chez un COVID +.....	19
<b>Figure 6:</b> Echographie thoracique : image du rideau avec atténuation des lignes A avec larges lignes B.....	20
<b>Figure 7:</b> Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako .....	29
<b>Figure 8:</b> proportion du personnel ayant rapporté avoir déjà enregistré un cas de COVID-19 dans le service .....	37
<b>Figure 9:</b> Fréquence des personnels selon leur perception sur l'influence de la COVID-19 sur la fréquentation du service .....	38
<b>Figure 10:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de la covid-19 sur les habitudes de travail au service.....	39
<b>Figure 11:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur la réorganisation de l'espace de travail pendant la pandémie COVID-19.....	40
<b>Figure 12:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'inquiétude de la COVID 19 .....	42
<b>Figure 13:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'existence des mesures barrières.....	43
<b>Figure 14:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur la disponibilité des équipements de protection individuelle .....	44
<b>Figure 15:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'infection du personnel au service pendant la pandémie .....	44
<b>Figure 16:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur la réduction du nombre de personnel .....	46
<b>Figure 17:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'existence d'un plan de contingence .....	47
<b>Figure 18:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur les difficultés financières pendant COVID-19.....	55
<b>Figure 19:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur les problèmes de santé pendantCOVID-19 .....	56
<b>Figure 20:</b> Evolution mensuelle des activités de césarienne entre 2019 et 2020 .....	58
<b>Figure 21:</b> Evolution mensuelle des activités de soins prénatal entre 2019 et 2020 .....	58

<b>Figure 22:</b> Evolution mensuelle des activités d'accouchement par voie basse entre 2019 et 2020 .....	59
<b>Figure 23 :</b> Evolution mensuelle des pathologies au cours de la grossesse entre 2019 et 2020 .....	59
<b>Figure 24 :</b> Evolution mensuelle du nombre de décès maternel entre 2019 et 2020 .....	60
<b>Figure 25 :</b> Evolution mensuelle du nombre de décès néonatal entre 2019 et 2020 .....	60
<b>Figure 26 :</b> Evolution mensuelle des activités de planification dans le post-partum entre 2019 et 2020 .....	61
<b>Figure 27 :</b> Evolution mensuelle des activités de soins post-natal entre 2019 et 2020 Le nombre de soins post-natal a diminué de 12,7% en Février 2020 à 4,8% en Février 2021 par contre il a augmenté de 6'5% en Décembre 2019 à 6,9% en Décembre 2023.....	61
<b>Figure 28 :</b> Evolution mensuelle des activités de soins après avortement entre 2019 et 2020 .....	62
<b>Figure 29 :</b> Evolution mensuelle des activités de planification familiale entre 2019 et 2020 .....	62
<b>Figure 30 :</b> Evolution mensuelle des activités de dépistage du cancer du col entre 2019 et 2020 .....	63

# **LISTE DES TABLEAUX**

## Liste des tableaux

<b>Tableau I:</b> Répartition des personnels selon les unités de soin.....	35
<b>Tableau II:</b> Caractéristiques socio-démographiques du personnel.....	36
<b>Tableau III:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur le mode de contamination de la COVID-19 .....	37
<b>Tableau IV:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de la covid-19 sur les activités du service.....	38
<b>Tableau V:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur des conséquences de la COVID 19 sur les habitudes de travail.....	39
<b>Tableau VI:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur le type de réorganisation du travail pendant COVID-19 .....	41
<b>Tableau VII:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur les attitudes face à la COVID-19.....	42
<b>Tableau VIII:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur les types de mesures barrières utilisées.....	43
<b>Tableau IX:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de l'infection du personnel sur le travail du service .....	45
<b>Tableau X:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de l'infection du personnel sur les activités du service .....	45
<b>Tableau XI:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de la COVID-19 sur les activités de sensibilisation au niveau du centre .....	46
<b>Tableau XII:</b> Répartition des personnels selon leur perception sur la rupture de stocks d'intrants et de consommables médicaux .....	47
<b>Tableau XIII:</b> Caractéristiques sociodémographiques des usagers .....	48
<b>Tableau XIV:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur la capacité des services de santé à offrir les soins selon les besoins .....	49
<b>Tableau XV:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur le moyen de déplacement.....	50
<b>Tableau XVI:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur le temps d'attente .....	50
<b>Tableau XVII:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur la non appréciation lors de la visite.....	51
<b>Tableau XVIII:</b> Répartition des usagers selon la relation avec des services de santé.....	52
<b>Tableau XIX:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur la non fréquentation des services SR .....	53
<b>Tableau XX:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur la fréquentation des services SR.....	53
<b>Tableau XXI:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur la confiance aux différents soins .....	54
<b>Tableau XXII:</b> Répartition des usagers selon leur perception sur la fréquentation d'une structure.....	54

**Tableau XXIII:** Répartition des usagers selon leur perception sur l'empêchement de fréquenter les Services SR à cause des difficultés financières.....55

**Tableau XXIV:** Répartition des usagers selon leur perception sur le recours aux services de santé face à des problèmes de santé pendant la COVID-19..... 57



# INTRODUCTION

## **Introduction**

En mars 2020, le Covid-19 a été reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une pandémie mondiale. Bien que l'Afrique semble jusqu'à présent avoir été relativement épargnée (1), la capacité limitée des systèmes de santé en matière de dépistage et de surveillance des maladies limite l'évaluation de l'ampleur et de l'impact réels de la pandémie dans de nombreux pays africains (2). À l'échelle mondiale, à la date du 6 juin 2022, 529 410 287 de cas confirmés de covid-19 dont 6 296 771 cas de décès avaient été signalés à l'OMS. Au 1er juin 2022, un total de 11 947 644 522 doses de vaccin ont été administrée au plan mondial (3).

Les Etats unis d'Amérique était le plus touché avec 83 551 386 cas confirmé dont 998 070 cas de décès, suivi de l'Inde avec 43 181 355 cas dont 524 701 cas de décès, la France occupé le 4ème rang avec 28 733 287 cas confirmé donc 145 123 décès. Afrique a enregistré 9 019 258 cas confirmés. Selon le communiqué du ministère de la santé, à la date du 4 juin 2022 a situation globale est de 31.109 cas positifs depuis le début de la pandémie dont 30.256 cas guéris soit un taux de guérison de 97,25% et 735 décès soit un taux de létalité de 2,36%.

Malgré le faible niveau d'impact de la Covid-19 avec de faible nombre de cas et une morbidité et une mortalité directes limitées liées au Covid-19, les systèmes de santé de nombreux pays d'Afrique restent vulnérables aux effets indirects sur les résultats de santé non liés au Covid19, en particulier la santé maternelle et néonatale (4). Plusieurs facteurs présentent des obstacles accrus à l'accès aux services de santé et peuvent effondrer les programmes de santé de santé de routine comme la peur du virus, la pénurie de ressources et la perturbation des infrastructures et des systèmes de santé à la suite des mesures de confinement (4,5).

La santé maternelle et infantile (SMI) est un problème de santé publique prioritaire depuis des décennies (6). Les objectifs du Millénaire pour le développement (7), ainsi que les objectifs de Développement Durable (ODD)

actuels que renforcent la bonne santé et le bien-être des femmes et des enfants (Objectifs 3), couplés à l'objectif de couverture sanitaire universelle (7) et reflétée dans la stratégie mondiale renouvelée pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016 – 2030) (8).

Des modèles basés sur des estimations de la perturbation des services de santé maternelle et infantile de routine et de l'insécurité alimentaire en conséquence indirecte de la Covid-19 dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) prévoient jusqu'à 38,6 % d'augmentation des décès maternels par mois dans 118 pays (4).

Un nombre croissant d'études individuelles et de revues systématiques fournissent des preuves de l'impact de Covid-19 sur les résultats de la grossesse (9,10). Peu de choses sont disponibles sur les impacts indirects sur la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales, en particulier au Mali.

Le concept de santé de la reproduction, tel que défini par la conférence internationale pour la population et le développement (CIPD - 1994), a été adopté par le Mali. Ce concept de la santé de la reproduction est défini comme : "***Par santé en matière de reproduction, ou santé de la reproduction, on entend le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité***"

Les services de santé de la reproduction comprennent l'ensemble des méthodes techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, par la prévention et la résolution des problèmes pouvant se poser dans ce domaine. Ceci inclut aussi les soins liés à la santé sexuelle, qui ne doivent pas se limiter aux conseils ; les soins relatifs à la procréation et aux IST, mais aussi l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles

Avec l'enregistrement du premier cas de COVID- 19 au Mali le 25 Mars 2020, les activités de la santé de la reproduction (SR) se sont retrouvées fortement impactées par cette pandémie, au regard de la crainte de la communauté à

fréquenter les structures de santé mais aussi de l'inquiétude des agents de santé face à ce nouveau virus.

Cette situation a entraîné une réorganisation de nos structures de santé. C'est ainsi que nous avons initié ce travail pour évaluer l'impact de la COVID-19 sur Il les activités de santé de la reproduction au Mali

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier la perception des personnels et des usagers et les activités de santé de la reproduction pendant la période COVID-19 au CSRéf CV.

### **Objectifs spécifiques**

- Décrire l'évolution de la fréquentation des services de santé de la reproduction pendant la période COVID-19 au CSRéf CV,
- Décrire l'organisation des services de santé de la reproduction du CSRéf CV pendant la COVID-19,
- Apprécier l'opinion des prestataires de soins et les usagers sur le vécu de la COVID-19 au CSRéf Cv,
- Déterminer l'impact de la COVID -19 sur les activités de la SR au CSRéf CV.

# I.GENERALITES

## **I. Généralités**

### **I.1. Définitions :**

**-La maladie à coronavirus 2019 ou COVID-19** (Corona Virus Disease 2019) est une zoonose virale provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2, responsable de la pandémie ayant débuté en décembre 2019 dans la ville de Wuhan en Chine Centrale. C'est une infection aiguë des voies respiratoires très contagieuse avec une transmission interhumaine [11]

**- La santé de la reproduction** est le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité"

### **I.2. Epidémiologie :**

#### **I.2.1. Incidence**

La pandémie de COVID-19 continue de toucher des pays du monde entier. Beaucoup connaissent de nouvelles vagues d'infection, et le nombre de nouveaux cas de coronavirus dans le monde continu d'augmenter. Cependant la vaccination existe et les programmes de vaccination sont en bonne voie. Néanmoins, il reste important pour le public de rester vigilant, de continuer à suivre les mesures de sécurité et de respecter les règles et règlements [12]. Forte augmentation du taux d'incidence, près de 30000 cas diagnostiqués en moyenne par jour. Circulation quasi exclusive de variant Delta, 9 cas d'Omicron détectés le 3/12/2021 à 8heure. La mutation L452R portée principalement par le Variant Delta était détectée dans 96, 8% des prélèvements plus ciblés en S47 [13].Le 26/11/2021 : l'OMS déclare le variant omicron (B.1.1.529) comme variant préoccupant de SARS- Cov- 2 [14].  
Nombre de cas de covid-19 dans le monde au 8 décembre 2021 : 267 440 224  
Nombre de décès dus au covid-19 dans le monde au 8 décembre 2021 : 5 287 475  
Nombre de vaccinations covid-19 administrées dans le monde au 7 décembre 2021 : 8,2 milliards [12].



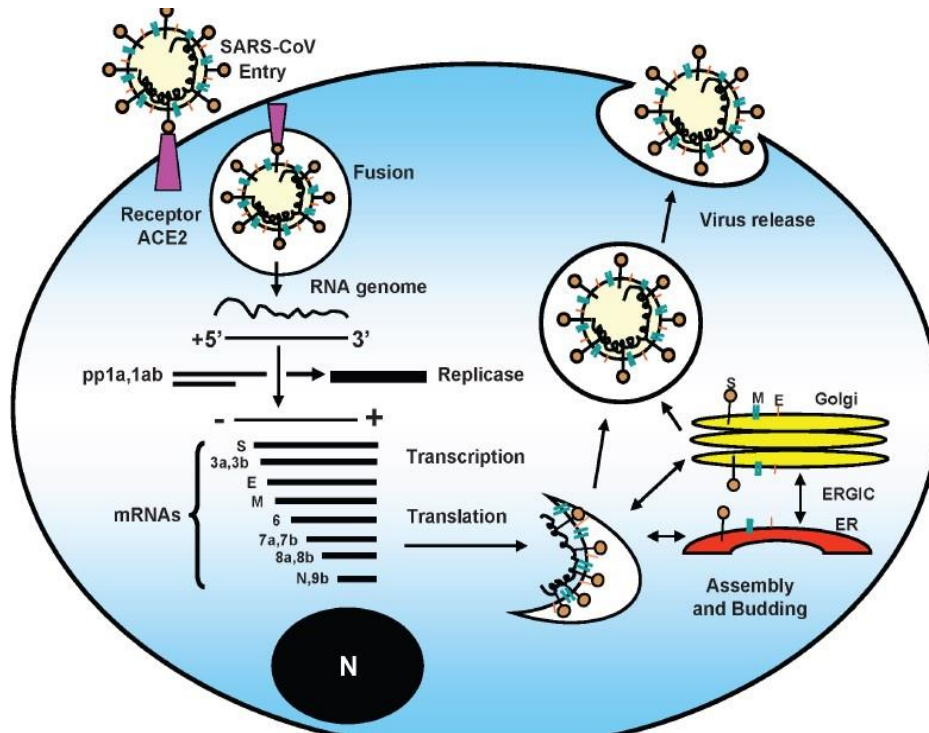
Malgré les mesures barrières, il existe pour les femmes enceintes un risque accru de contracter la Covid-19 (incidence de la covid-19 de plus de 70% chez les femmes enceintes par rapport aux femmes non enceinte du même âge).

Les symptômes de la Covid-19 sont les mêmes chez la femme enceinte que chez la femme non enceinte ( fièvre, toux, difficulté à respirer) mais des signes spécifiques peuvent être observés ( tachycardie fœtale, syndrome inflammatoire, contractions intra-utérines précoces) [15]

### **I.2.2. Virus :**

Le COVID-19 est une maladie virale due au Coronavirus. Généralement, ce virus est responsable d'affections bénignes. Cependant en Novembre 2002 (SRAS-CoV) et en 2012 (MERS-CoV), ce virus a été responsable d'épidémie mortelle. Les hôtes intermédiaires de ces deux types de virus sont pour le SRAS-CoV la chauve-souris et la Civette et pour MERS-Cov, le réservoir est la chauve-souris. Pour ce qui concerne la pandémie actuelle le virus en cause est le SRAS-CoV-2 dont le réservoir est la chauve-souris et le pangolin.

Le SRAS-Cov2 suit un cycle de réplication depuis l'entrée dans la cellule, jusqu'à l'émission de vibrions en passant par un stade de fusion, de transcription (figure N°3) [16]



**Figure 1:** Cycle de répllication virale du SRAS-Cov 2

### **I.2.3. Facteurs de risque de la COVID-19 :[17]**

- Les maladies coexistantes : le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques, la BPCO, l'obésité
- Le tabac
- Le sexe masculin
- L'âge : est nettement corrélé avec la gravité de la maladie et la mortalité
- La carence en vitamine D

#### **I.2.4. Modes de contamination : [16]**

Les modes de contamination connus à ce jour sont :

La transmission aéroportée à travers la promiscuité (moins d'un mètre de distance) ;

La contamination par les sécrétions respiratoires à travers les gouttelettes ;

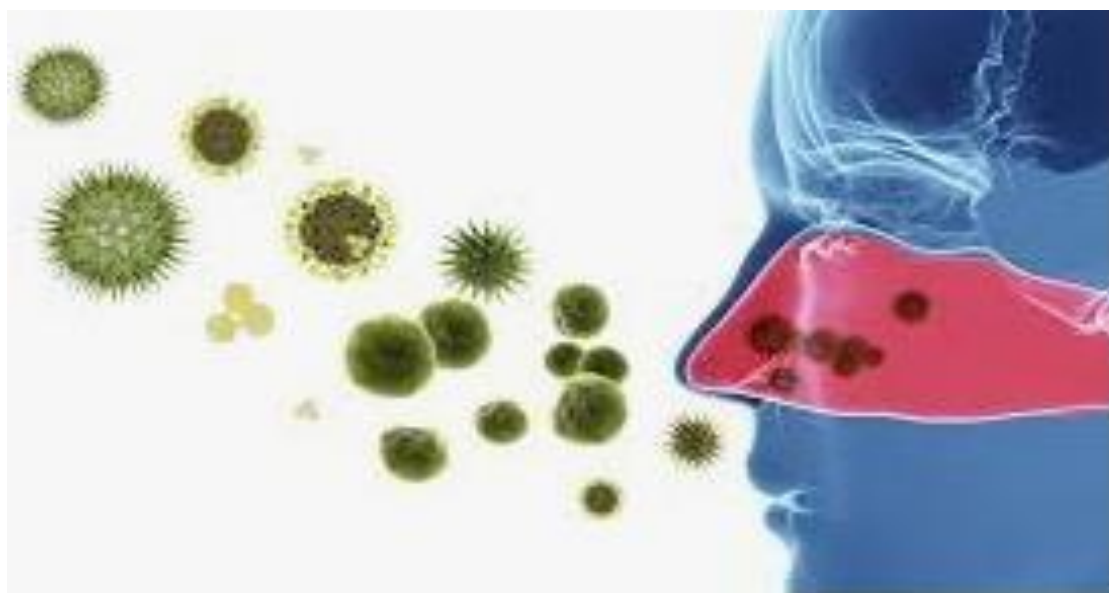
La transmission par contact ;

La transmission directe lorsque le pathogène est transmis par contact étroit entre un sujet infecté et un hôte réceptif

La transmission indirecte par surface contaminée par les sécrétions

La transmission verticale mère-fœtus, ni par le lait maternel n'est pas encore mise en évidence à travers les travaux scientifiques publiés.

*A ce jour il n'a pas encore été mis en évidence la présence du virus dans le liquide amniotique, ni le lait maternel.*



**Figure 2:** Montrant la projection des sécrétions respiratoires

### **I.2.5. Définitions des cas [18]**

Les définitions de cas et la définition d'un contact sont basées sur les informations actuellement disponibles et sont régulièrement révisées à mesure que de nouvelles données s'accumulent. Les pays devront éventuellement adapter les définitions de cas en fonction de leur situation épidémiologique locale et d'autres facteurs. Tous les pays sont encouragés à publier les définitions utilisées en ligne et dans les rapports de situation réguliers, et à prendre note des mises à jour périodiques des définitions qui sont susceptibles d'affecter l'interprétation des données de surveillance.

#### **□ *Cas suspect***

Un patient présentant une maladie respiratoire aiguë (fièvre et au moins un signe/symptôme d'atteinte respiratoire, p. ex. toux, dyspnée), ET qui a voyagé ou résidé dans un secteur géographique ayant notifié une transmission communautaire de la COVID-19 au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ;

OÙ

Un patient présentant une maladie respiratoire aiguë ET qui a été en contact avec un cas confirmé ou probable de COVID-19 (voir la définition d'un contact) au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ;

OÙ

Un patient présentant une infection respiratoire aiguë sévère (fièvre et au moins un signe/symptôme d'atteinte respiratoire, p. ex. toux, dyspnée ; et nécessitant &une hospitalisation) ET pour lequel il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique pleinement le tableau clinique.

#### **✓ *Cas probable***

Un cas suspect pour lequel le dépistage du virus de la COVID-19 est non concluant.

OÙ

Un cas suspect pour lequel le dépistage n'a pas pu être effectué pour quelque raison que ce soit.

□ ***Cas confirmé***

Une personne présentant une infection par le virus de la COVID-19 confirmée en laboratoire, quels que soient les signes et symptômes cliniques.

***Cas contact***

Un contact est une personne qui a été exposée à un cas probable ou confirmé de l'une des manières suivantes :

S'être trouvé à moins d'un mètre d'un cas probable ou confirmé de COVID-19 pendant plus de 15 minutes ;

Avoir eu un contact physique direct avec un cas probable ou confirmé de COVID-19 ; 3) avoir dispensé des soins directement à un patient chez qui une COVID-19 est probable ou confirmée sans avoir utilisé l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié ; ou 4) autres possibilités, selon l'évaluation locale des risques.

L'exposition doit avoir eu lieu pendant la période infectieuse du cas, et s'entend comme suit :

Exposition à un cas symptomatique : 2 jours avant et 10 jours suivant l'apparition des symptômes du cas, et au moins 3 jours supplémentaires sans symptômes (y compris sans fièvre et sans symptômes respiratoires), pendant au moins 13 jours au total suivant l'apparition des symptômes

Exposition à un cas asymptomatique : 2 jours avant et 10 jours suivant un test positif pour le SARS-CoV-2. Les contacts doivent être pris en charge de la même manière que pour un cas symptomatique.

### **I.3. Diagnostic**

#### **I.3.1. Diagnostic positif :[19]**

##### **I.3.1.1. Anamnèse :**

La période d'incubation s'étend sur les 14 jours suivant l'exposition. La médiane se situerait entre 4 et 5 jours après le contagé. 97,5 % des patients développeraient des symptômes dans les 11,5 jours et 2,5 % dans les 2,2 jours

Initialement, le retour d'une zone d'endémie comme la Chine ou l'Italie du nord, puis le séjour à proximité d'un cluster, dans les 14 jours, rendaient possible la contamination par le virus. Au stade de pandémie, le tableau clinique rend à lui seul probable l'infestation.

La contamination intra-hospitalière aurait atteint 41 % des patients de Wuhan. 29 % du personnel soignant de Wuhan aurait été contaminé. En Italie, 8 % des cas concernent des soignants.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients se situe entre 17 et 25 jours après le début de la maladie. Le virus est retrouvé jusqu'à 4 semaines après le début des symptômes chez un tiers des patients.

Recherche de facteurs de risque (en particulier obésité), antécédents et traitement en cours (diabète, pathologie cardio-vasculaire, notamment HTA).

##### **I.3.1.2. Présentations cliniques :**

La symptomatologie est celle d'une infection respiratoire à type de pneumonie de gravité variable.

Les symptômes sont de la fièvre (99 %), une asthénie (70 %), une toux sèche (59 %), une anorexie (40 %), des courbatures (35 %), une dyspnée (31 %), une expectoration (27 %) (série de Wuhan). La diarrhée serait présente chez 30 % des patients. Un début de maladie par des symptômes digestifs est décrit. Les signes respiratoires apparaissent secondairement. Ces formes seraient plus graves.

L'anosmie sans obstruction nasale et l'agueusie rendent vraisemblable le diagnostic d'infection à COVID 19. Ces symptômes semblent plus fréquents dans les séries européennes que chinoises.

La fièvre serait inférieure à 38 °C chez 20 % des patients.

La dyspnée peut apparaître secondairement entre le 5ème et le 8ème jour. Elle conduit le plus souvent à l'hospitalisation (médiane 7 jours), mais parfois ne s'accompagne ni de désaturation ni de tachypnée.

La complication majeure est le SDRA se développant dans 20 % des malades dyspnéiques après un délai médian de 8 jours d'évolution.

Des formes asymptomatiques sont décrites. 50 % des patients testés positifs à bord d'un bateau de croisière étaient asymptomatiques. Dans une série de patients asymptomatiques ayant bénéficié d'une tomodensitométrie thoracique, la moitié avait des images typiques d'infection par le COVID 19.

L'atteinte chez l'enfant est rare et peu sévère dans la très grande majorité des cas. Elle représenterait entre 2 et 6 % des cas

Le spectre de gravité comprend les formes :

– modérées : bien tolérées, majoritairement ambulatoires représentant 81 % des cas ;

– sévères : dyspnée, hypoxie et/ou lésions typiques sur la TDM > 50 % des poumons ; 14 % des cas

– graves : syndrome de détresses respiratoire aigu, défaillance multi viscérale ; 5% des cas. La médiane des patients hospitalisés en réanimation est autour de 60 ans. En France, 35 % ont plus de 75 ans, 50 % entre 50 et 75 ans, 15 % moins de 50 ans.

– La mortalité est évaluée à 2,3 %, exclusivement chez les formes graves. La mortalité en réanimation se situerait entre 20 et 40 %.

Le taux de létalité est estimé entre 0,5 et 0,94 % soit 10 à 20 % supérieur • à la grippe.

La maladie évolue en 2 à 4 semaines pour les formes sévères

### I.3.1.3. Les examens biologiques

Examens recommandés aux urgences : NFS, ionogramme sanguin, fonction rénale, bilan hépatique, D-Dimères, LDH, CPK, CRP et hémocultures si fièvre.

Lymphopénie, éosinopénie, élévation des LDH et des D-Dimères.

La PCT normale à l'admission des pneumonies, peut s'élever dans les cas les plus sévères.

-Tests de diagnostic rapide, biologie moléculaire par rt-PCR par écouvillonnage nasal ou lavage nasopharyngé. Sa sensibilité varie en fonction du mode de recueil (de l'ordre de 75% en nasopharyngée, de 95 % par lavage broncho-alvéolaire).

### I.3.1.4. Imagerie :

-La TDM sans injection en coupes fines est l'examen de référence : images en verre dépoli, bilatérales, prédominant en périphérie dans les lobes inférieurs avec possible pleurésie et lymphadénopathies ; syndrome interstitiel (Fig. 1 et 2) :

– pas d'indication à des fins de dépistage chez des patients sans signes de gravité et sans comorbidités ;

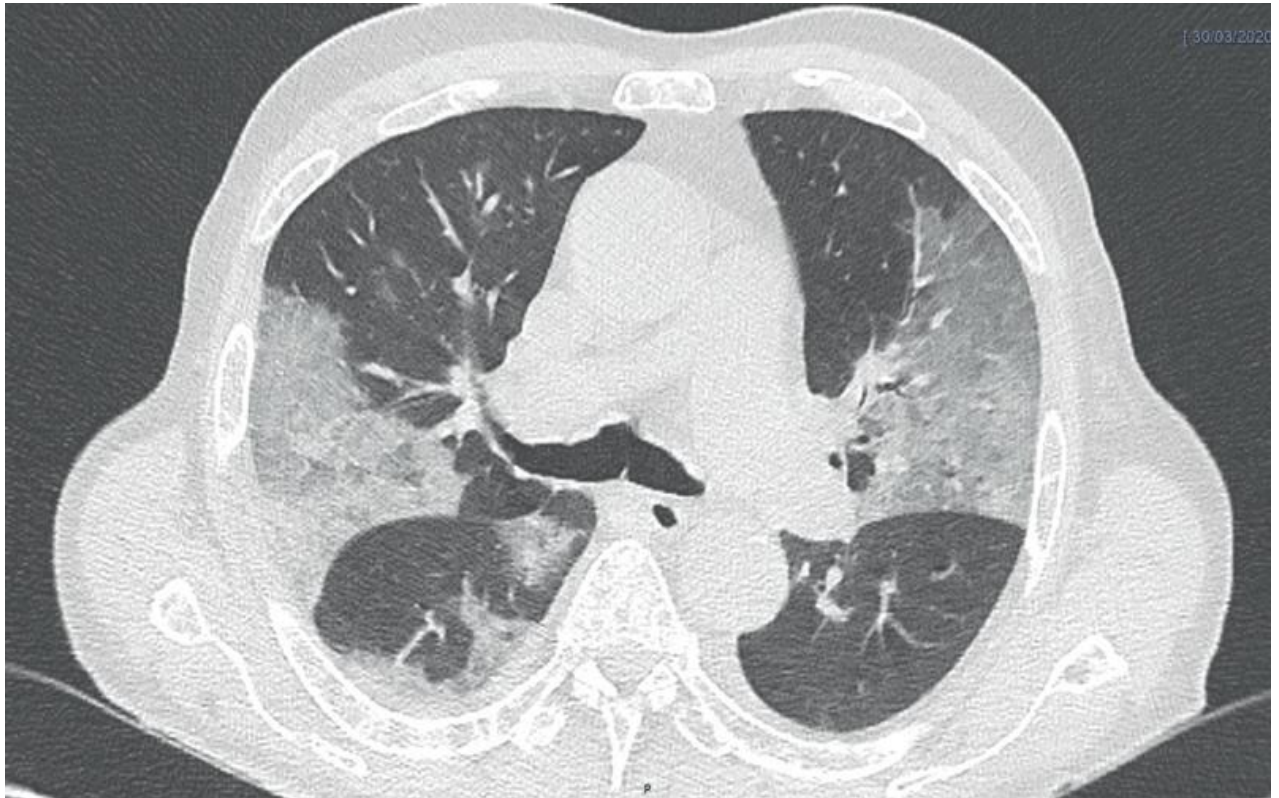
– indiquée chez les patients ayant un diagnostic suspecté ou confirmé et des signes de gravité clinique (dyspnée, désaturation...) initiaux ou secondaires relevant d'une prise en charge hospitalière.

\*RX de thorax : moins sensible effectuée par défaut et n'ayant de valeur que si elle montre des anomalies (Fig. 3) ;

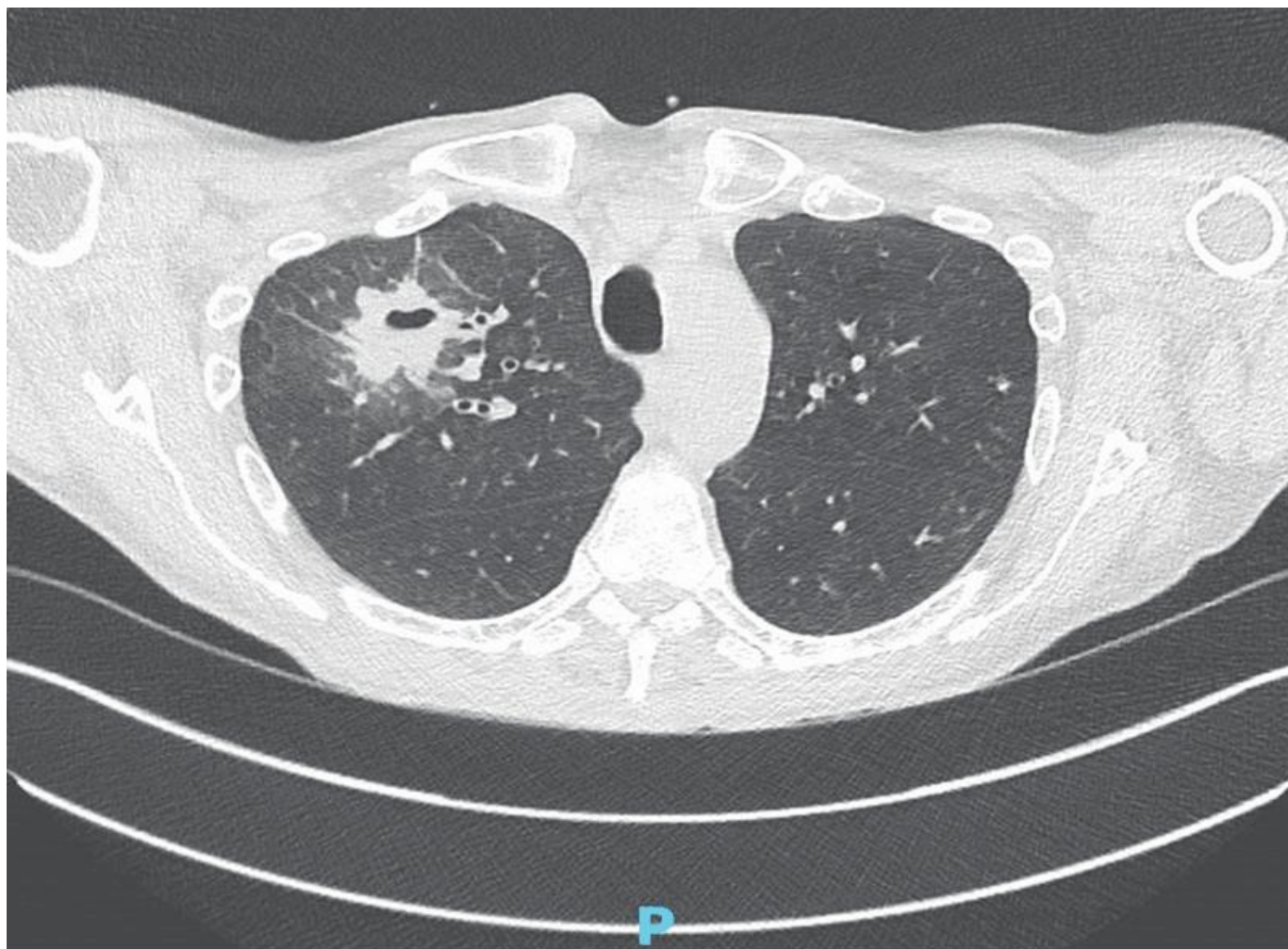
\*L'échographie pulmonaire semble présenter un intérêt dans le screening des patients suspects au SAU : condensation pulmonaire sub-pleural en particulier



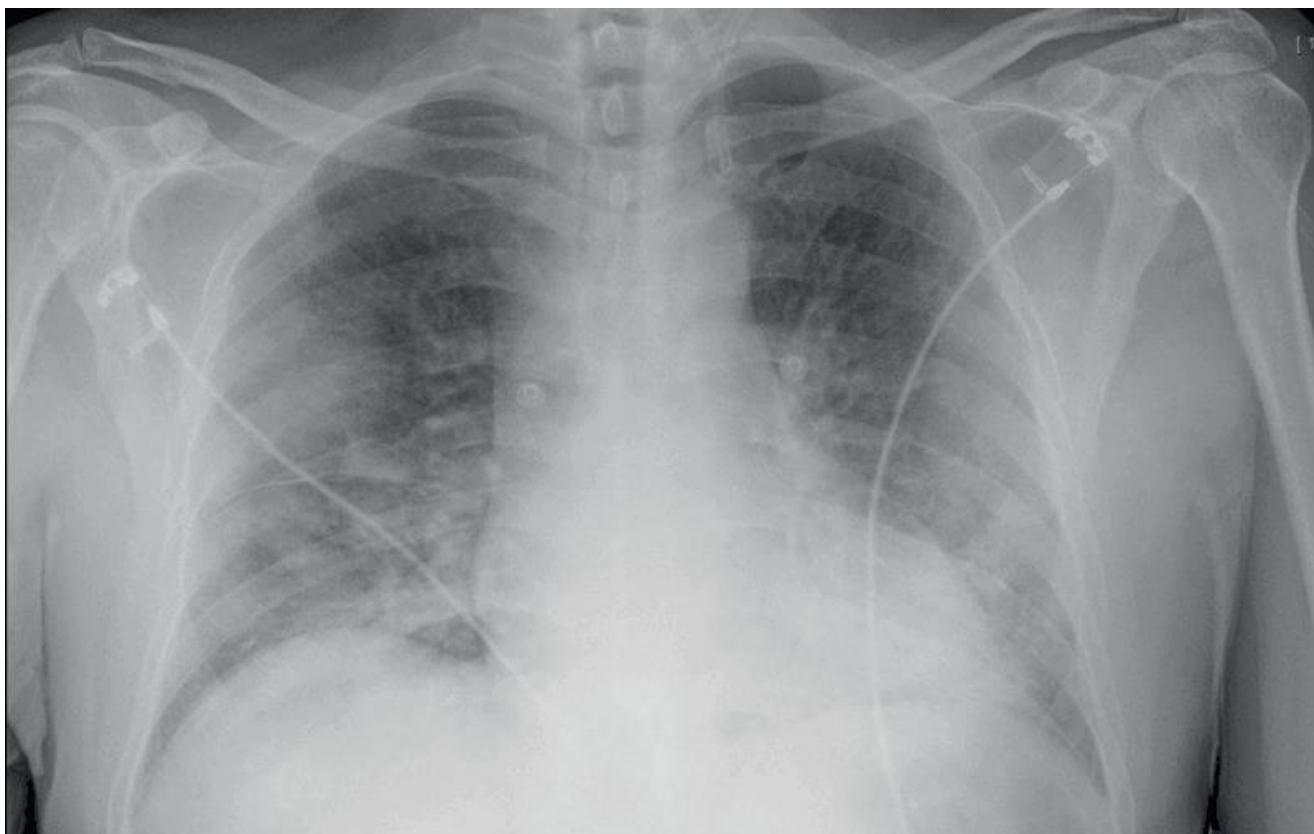
dans la partie postero-inférieure des poumons, des larges lignes B et parfois un épaississement pleural irrégulier (Fig. 4).



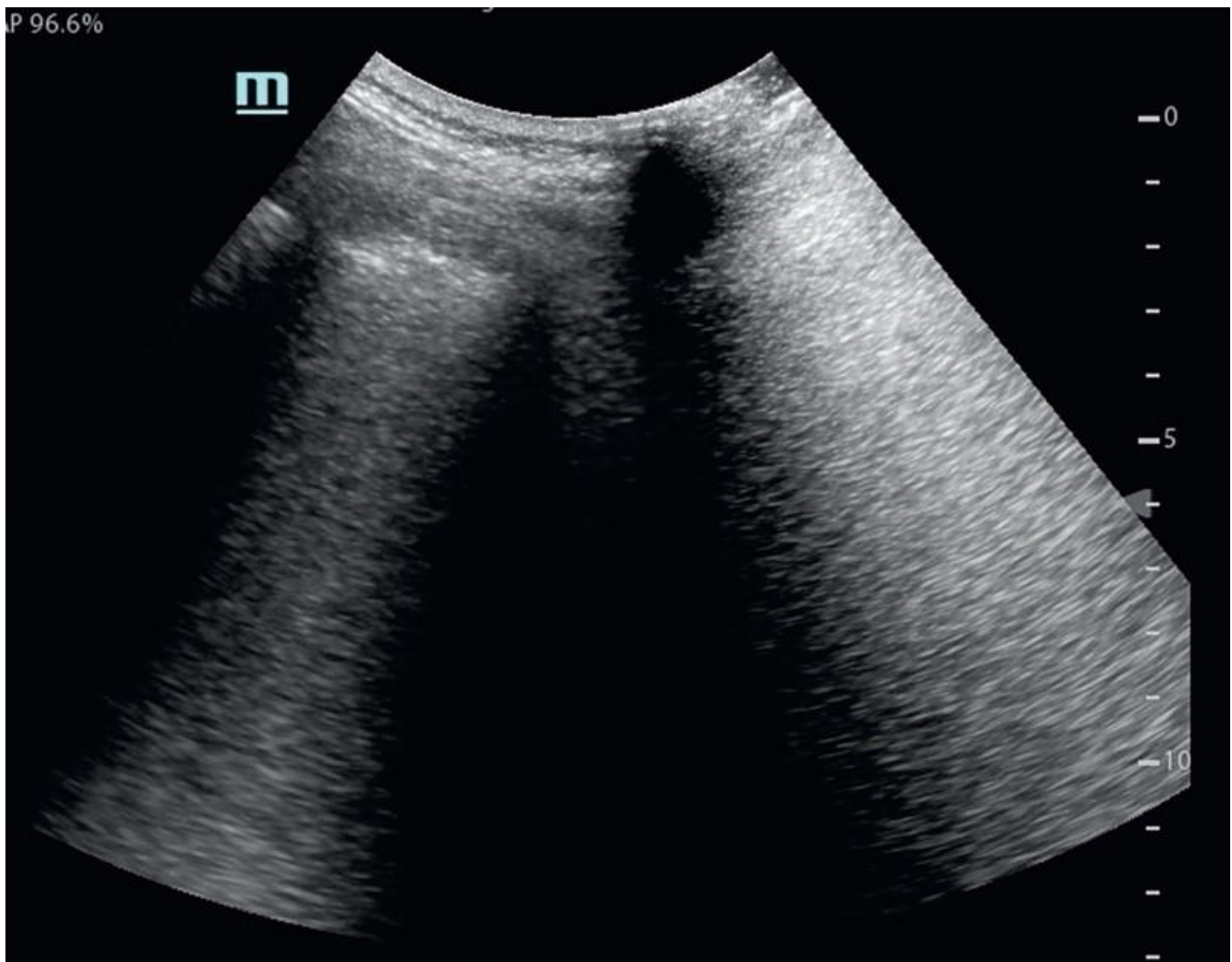
**Figure 3:** TDM images de condensation avec verre dépoli, bilatérales, prédominant en périphérie dans un contexte de COVID 19



**Figure 4:** TDM : image de nodule excavé évoquant un abcès chez un malade COVID-



**Figure 5:** Radiographie de thorax : pneumopathie alvéolo-interstitielle bilatérale prédominant aux bases chez un COVID +



**Figure 6:** Echographie thoracique : image du rideau avec atténuation des lignes A avec larges lignes B

### **I.3.2. Diagnostic différentiel de la covid-19 :**

- La dengue ;
- La leptospirose ;
- Les pneumopathies virales ;
- Les pneumopathies bactériennes ;
- L'embolie pulmonaire

### **I.3.3. Diagnostic de gravité :**

-Température > 40 °C.

-Fréquence respiratoire supérieur à 24 cycles/min

-SpO < 90 % en air ambiant ou oxygène requérance > 3 L/mn\*

-PaO<sub>2</sub> < 70 mm Hg sur gaz du sang artériel.

- PA systolique < 100 mm Hg.

-Troubles de la vigilance.

- Lactates artériels > 2 mmol/L.

-Anomalies bilatérales à la radiographie ou au scanner thoracique.

L'augmentation rapide des besoins en oxygène pour maintenir une saturation > 95 % est un facteur de mauvais pronostic.

### **I.4. Prise en charge de la covid-19 :**

#### **I.4.1. Curative : [16]**

##### **I.4.1.1. Les cas de covid-19 non sévère**

Mettre en route la prise en charge médicamenteuse :

- . Paracétamol 500 mg comprimé toutes les 6 heures sans dépasser 4g /24 H ;
- . Apports hydriques et nutritionnels normaux ;
- . Phosphate de chloroquine 100 mg 2 comprimés toutes les 8h pendant 10 jours ;
- . Azithromycine comprimé :  
500 mg en dose unique le 1<sup>er</sup> jour ;  
250mg par jour du 2<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup> jour.

**N.B :**

- Avant la première prise, l'équipe de prise en charge s'assurera que le patient n'a pas d'allergie ou d'autres contre-indications à la prise de ce traitement.
- En cas d'allergie ou de contre-indication à la chloroquine, le médecin traitant peut si possible la remplacer par :  
***Lopinavir/ritonavir 200/50 : 2 comprimés par jour pendant 14 jours.***
- Devant une gestante suspecte ou ayant une maladie à coronavirus19 confirmée, ne pas faire un examen obstétrical complet.
- Ne pas prescrire l'acide acétyle salicylique et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- La Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) sera arrêtée pendant la période où la femme sera traitée par la chloroquine

**1.4.1.2. Les cas de covid-19 sévères**

Assurer une bonne oxygénation immédiatement pour limiter les conséquences de l'hypoxémie

Contactez le centre spécialisé pour soins intensifs ;

En cas de surinfection bactérienne, une antibiothérapie à large spectre doit être débutée (Ceftriaxone 1 gramme toutes les 12 heures)

Assurer une bonne perfusion :

A l'absence de choc, maintenir l'équilibre hydroélectrolytique par la perfusion de cristalloïdes vs sérum glucosé

En cas d'état de choc, le remplissage vasculaire et la norépinéphrine sont utilisées pour maintenir la pression artérielle moyenne  $\geq 60$  mmHg

Recourir à l'hémodialyse en cas d'insuffisance rénale secondaire au sepsis sévère ou de troubles électrolytiques non corrigés par les mesures médicamenteuses.

#### **I.4.2. La prévention :**

##### **I.4.2.1. Recommandations de CDC Atlanta [16].**

Évitez tout contact étroit avec des personnes malades.

Évitez de toucher : yeux, nez, bouche avec des mains sales,

Toussez ou éternuez dans un mouchoir, puis éliminer,

Nettoyez et désinfectez les objets et les surfaces fréquemment touchés à l'aide d'un désinfectant,

Laver-vous souvent les mains à l'eau et au savon pendant  $\geq 20$  secondes, surtout après toilettes, avant de manger, et après vous être mouché où avoir toussé ou éternué. Si vous ne pouvez pas, utilisez un désinfectant pour les mains (SHA).

**CDC ne recommande pas** le port du masque chirurgical pour protéger contre les virus respiratoires (SARS-CoV-2).

Anticorps monoclonaux des patients guéris de SRAS-CoV pour empêcher la fusion entre la membrane plasmique de l'hôte et l'enveloppe virale.

##### **I.4.2.2. LA VACCINATION [20] :**

La vaccination contre la COVID-19 a pour but principal de réduire les hospitalisations et les décès liés à la COVID-19 chez les personnes les plus à risque.

La vaccination permet également de réduire la transmission du virus et de réduire le nombre de cas. Comme elle permet de réduire la circulation du virus, la vaccination devrait également contribuer à maintenir les activités des services de santé et des services sociaux, les activités scolaires, sportives et sociales et de reprendre dès que possible une vie normale.

De nombreuses études réalisées ont démontré la grande efficacité de la vaccination pour prévenir les hospitalisations et les décès après deux doses de vaccin, et ce, même dans le contexte du variant Delta qui est actuellement

dominant. Même si l'efficacité du vaccin est légèrement inférieure contre le variant Delta, elle demeure élevée.

Le variant Delta semble se transmettre plus facilement que les autres variants. Les personnes vaccinées pourraient aussi transmettre l'infection si elles sont infectées par le variant Delta. Dans ce contexte, il demeure essentiel de maintenir les mesures de protection habituelles (distanciation physique, port du masque et lavage des mains [21].

Divers vaccins sont actuellement disponibles [20] :

Pfizer – Biontech vaccin

Moderna vaccin

Astra Zeneca vaccin

Janssen vaccin

Sinovac vaccin

Sinopharm vaccin

## **5-Concept de santé de la reproduction**

5-1-Définition :

Le concept de santé de la reproduction, tel que défini par la conférence internationale pour la population et le développement (CIPD - 1994), a été adopté par le Mali. Ce concept de la santé de la reproduction est défini comme : "***Par santé en matière de reproduction, ou santé de la reproduction, on entend le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité***"

5-2-Les composantes de la SR :

Les composantes de santé de la reproduction sont :

- Les soins prénatals, pernatals et postnatals y compris les soins aux nouveau-nés.
- Les soins après avortement (SAA).



- Les soins liés à l'approche « Genre & Santé»
- La santé sexuelle et reproductive des adolescents(es) et des jeunes (SSRAJ) y compris la prise en charge des problèmes liés à la puberté.
- La survie de l'enfant de 0 à 5 ans/PCIME.

La communication pour le changement social et de comportement en santé de la reproduction (CCSC).

- La qualité des soins et des services en santé de la reproduction incluant la prévention de l'infection et la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte.
- La planification familiale (PF).
- La prévention et le traitement des IST-VIH et SIDA, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)
- La gestion des services de santé de la reproduction.
- La formation en santé de la reproduction. La supervision-suivi/évaluation des services de santé de la reproduction.
- La recherche opérationnelle en santé de la reproduction.
- La santé des hommes : les dysfonctionnements sexuels et les tumeurs génitales des hommes.
- Les pathologies génitales et les dysfonctionnements sexuels chez la femme incluant la ménopause.

## **II.METHODOLOGIE**

## **II. Méthodologie**

### **II.1. Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie - Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et ses environs.

#### **II.1.1. Description du centre de sante de référence de la Commune v (CSRéf)**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de

Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI. C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales

. La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suite :

Trois aires de santé à Daoudabougou disposant d'un CSCOM avec un PMA (plateau minimal d'activités) complet,

Trois aires de santé à Sabalibougou disposant chacune d'un CSCOM avec un PMA complet,

Trois aires de santé à Kalaban-Coura dont une seule dispose d'un CSCOM avec PMA complet,

Une aire de santé à Garantibougou disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,

Une aire de santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier-Mali disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,

Deux aires de santé à Baco-Djicoroni dont une seule dispose d'un CSCOM avec un PMA complet,

Une aire de santé à Badalabougou SEMA I ne disposant pas de CSCOM

**La population de la Commune V du district de Bamako compte 915 636 habitants en 2020 dont 458 075 hommes et 457 561 femmes. Cette population est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :**

Le CSCOM de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;

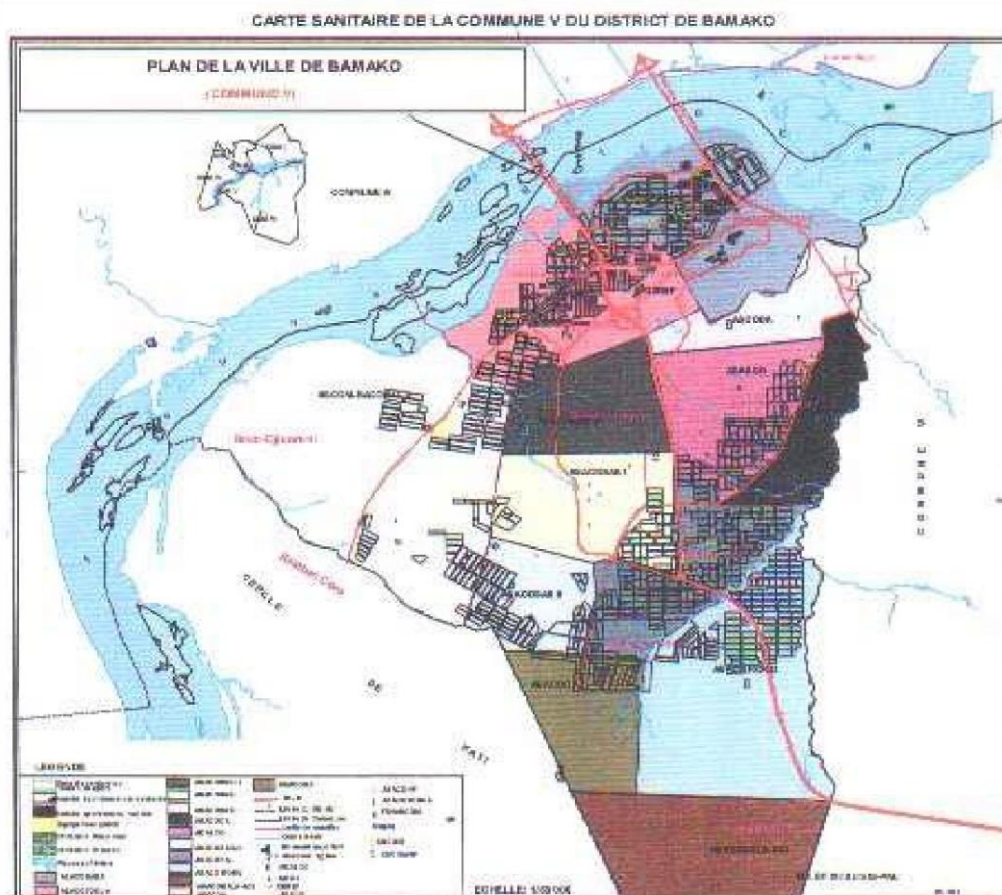
Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;

Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;

Les CSCOM de Kalabancoura et Garantiguibougou couvrent 19 % ;

Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;

La population non couverte dans la commune représente 9% ;



**Figure 7:** Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

### **II.1.2. Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako**

Service de Gynécologie Obstétrique ;

Service d'Ophtalmologie ;

Service d'Odonto – Stomatologie ;

Service de Médecine ;

Service de Pédiatrie/Néonatalogie ; 6- Service de Comptabilité ; 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;

Service de l'USAC.

### **II.1.3. Le Personnel Il comporte :**

Un professeur agrégé en gynécologie obstétrique  
Cinq médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;  
Cinq résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;  
Quinze médecins généralistes ;  
Soixante étudiants en année de thèse ;  
Cinq pédiatres ;  
Un médecin anesthésiste  
Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;  
Une Sage-femme maîtresse  
Cinquante sages-femmes ;  
Six instrumentistes ;  
Quatre Infirmiers d'état ;  
Vingt infirmières obstétriciennes ;  
Sept aides-soignantes ;  
Six chauffeurs d'ambulance ;  
Quatre manœuvres ;  
Trois gardiens ;

### **II.1.4. Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

## **II.2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte retro-prospective portant sur la fréquentation des services de santé de reproduction pendant la période Covid19 au service de gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

## **II.3. Période d'étude**

L'étude c'est déroulé de Mars 2019 à Mars 2021 soit une période de 2 ans.

## **II.4. Collecte des données et traitement des données**

Elle a concerné un an avant la période COVID- 19 (Mars 2019-Mars 2020) et un an pendant la période de la pandémie de la COVID-19 (Mars 2020-Mars 2021).

Saisie et l'analyse des données : sur **Word office 2020, Excel 2010** et analysées avec le logiciel SPSS version 20.1.

## **II.5. Support des données**

Registre des CPN, CPON, accouchement, partogramme, de décès maternel . et périnatal, de PTME, PF, SAA, consultations gynécologiques, de dépistage du cancer du col utérin

Rapports d'activités

Fiche d'enquête individuelle

## **II.6. Population d'étude**

La population d'étude était constituée par l'ensemble des personnels de la gynécologie obstétrique et des usagers du service de gynécologie obstétrique du CSREF CV

## **II.7. Critères d'inclusion : Ont été inclus dans l'étude :**

Tout le personnel du service de gynécologie obstétrique du CSRéf CV qui ont accepté de faire partir de notre enquête ;

Tous les usagers du service de gynécologie Obstétrique du CSRéf CV.

## **II.8. Critères de non-inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Tous les agents de santé exerçant dans d'autres secteurs autres que la santé de la reproduction et ceux qui n'ont pas accepté de faire partir de notre étude.
- Tous les usagers qui n'ont pas accepté de répondre à nos questionnaires

## **II.9. Les variables étudiées :**

Sexe, l'âge,

Les registres (césarienne, accouchement par voie basse, planification, décès de néonatal, décès maternel, CPN, CPON,

Les rapports,

## **II.10. Déroulement de l'étude**

Un questionnaire standard a été proposé aux personnels et aux usagers du service de gynécologie obstétrique du CSRéf CV ; ce questionnaire servant à collecter des données démographiques et la perception de l'influence de la COVID-19 auprès de chaque personnels et usagers du service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la CV.

## **II.11. Aspect éthique**

L' anonymat et la confidentialité ont été respectés dans cette étude.



## **II.12. Définitions opérationnelles**

❖ **Accueil** : l'accueil est l'action et la manière d'accueillir, de recevoir quelqu'un, quelque chose.

**Bon** : L'accueil est jugé bon lorsqu'il est donné à la patiente par la bonne manière avec satisfaction de cette dernière

**Mauvais** :

❖ **Définition du temps d'attente (délai d'attente)** : C'est le temps que passe le patient depuis le moment de son arrivée (inscription administrée) jusqu'au début de sa consultation médicale. Sa mesure a été incluse dans l'étude de sa satisfaction du patient.

- Temps d'attente est jugé court lorsqu'il est compris entre 5 à 14 minutes
- Temps d'attente est jugé normal lorsqu'il est compris entre 15 à 30 minutes
- Temps d'attente est jugé long lorsqu'il est compris entre 30 minutes à 1 heure de temps.
- Temps d'attente est jugé très long lorsqu'il est compris entre 1heure de temps au plus

# III.RESULTATS

### III. Résultats

Nous avons enquêté 107 personnels au CSREF CV sur la fréquentation des services de santé de reproduction pendant la période Covid-19 et 324 usagers du même centre.

#### 4.1. Caractéristiques des personnels interrogés

**Tableau I:** Répartition des personnels selon les unités de soin

Unités de soins	Effectif(n)	Pourcentage (%)
<b>Salle d'accouchement</b>	<b>20</b>	<b>18,7</b>
<b>PF</b>	<b>16</b>	<b>15,0</b>
Box de CPN	14	13,1
Salle SAA	13	12,1
Box de consultation gynécologique	13	12,1
Dépistage cancer du col	10	9,3
Bloc Opératoire	10	9,3
PEV	3	2,8
CPON	3	2,8
Salle des urgences	3	2,8
Salle de suites de couches	2	2,0
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude, 19,0% des personnels étaient dans la salle d'accouchement suivi de l'unité de PF soit 15,0% des cas.

**Tableau II:** Caractéristiques socio-démographiques du personnel

<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Tranche d'âge</b>		
<b>18,30]</b>	<b>52</b>	<b>48,6</b>
(30,40]	43	40,2
(40,60]	12	11,2
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexe</b>		
Masculin	27	25 ,2
<b>Féminin</b>	<b>80</b>	<b>74,8</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>
<b>Statut des personnels</b>		
<b>Sage-femme</b>	<b>46</b>	<b>43,0</b>
IO	20	18,7
Interne	18	16,8
Aide-soignante	6	5,6
Instrumentiste	6	5,6
Médecin	4	3,7
Manoeuvre	4	3,7
Gynécologue	2	2,0
DES	1	0,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>
<b>Année d'expérience</b>		
<b>≤5</b>	<b>73</b>	<b>68,2</b>
>5	34	31,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

La tranche d'âge [18-30] représentait 48,6% des cas, le sexe féminin a représenté 74,8% du personnel. Les sages-femmes représentaient 43,0% des cas.

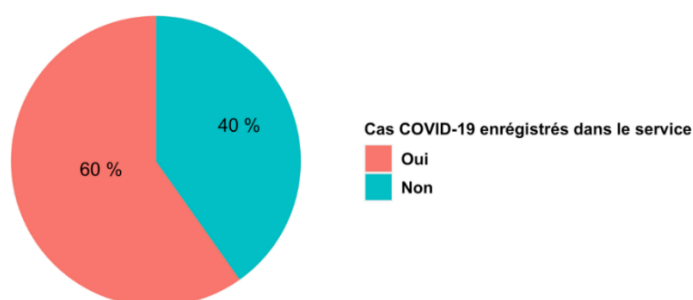
Les personnels de santé dont l'année d'expérience est ≤5 ans représentait 68,2%.

### 3.2. Connaissances, attitudes et pratiques des personnels

**Tableau III:** Répartition des personnels selon leur perception sur le mode de contamination de la COVID-19

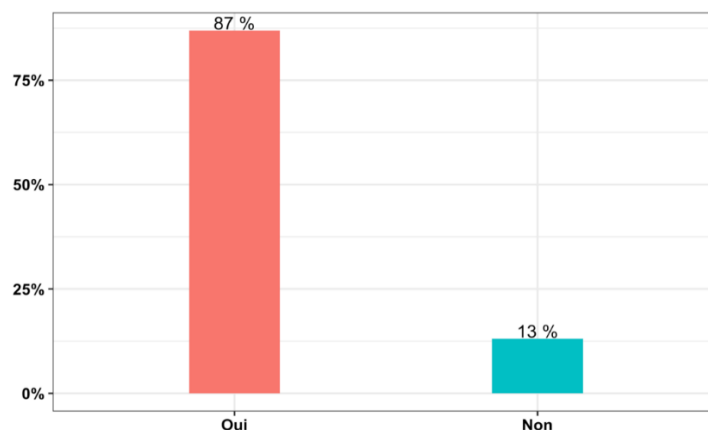
Modes de contamination		Effectif	Pourcentage (%)
<b>Transmission aéroportée</b>	<b>Oui</b>	<b>73</b>	<b>68,2</b>
	Non	34	31,8
Gouttelettes	OUI	73	68,2
	Non	34	31,8
<b>Contact direct</b>	<b>Oui</b>	<b>90</b>	<b>84,1</b>
	Non	17	15,9
Surface contaminée	Oui	30	28,0
	Non	77	72,0
Transmission mère fœtus	Oui	12	11,0
	Non	95	89,0

Le contact direct était 84,1% des cas suivi de la transmission aéroportée et les gouttelettes soit 68,2% pour chacun



**Figure 8:** proportion du personnel ayant rapporté avoir déjà enregistré un cas de COVID-19 dans le service

La majorité (60%) des personnels ont rapporté avoir déjà enregistré des cas de COVID-19 dans le service



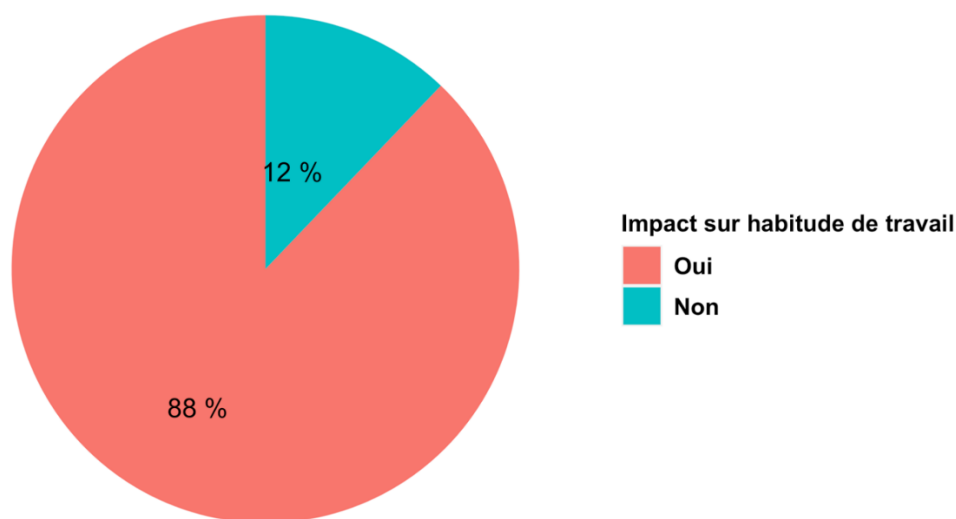
**Figure 9:** Fréquence des personnels selon leur perception sur l'influence de la COVID-19 sur la fréquentation du service

L'influence de la covid-19 sur la fréquentation du service a été signalé dans 87% des cas

**Tableau IV:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de la covid-19 sur les activités du service

<b>Impact de la covid-19 sur les activités</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Planification familiale</b>	<b>39</b>	<b>41,5</b>
Consultations générales	25	26,6
Consultations prénatales	18	19,1
Accouchement	2	2,1
Hospitalisation	3	3,2
Nombre d'admission	5	5,3
Dépistage de cancer du col	2	2,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

La covid-19 a impacté sur la planification familiale dans 41 ,5% des cas



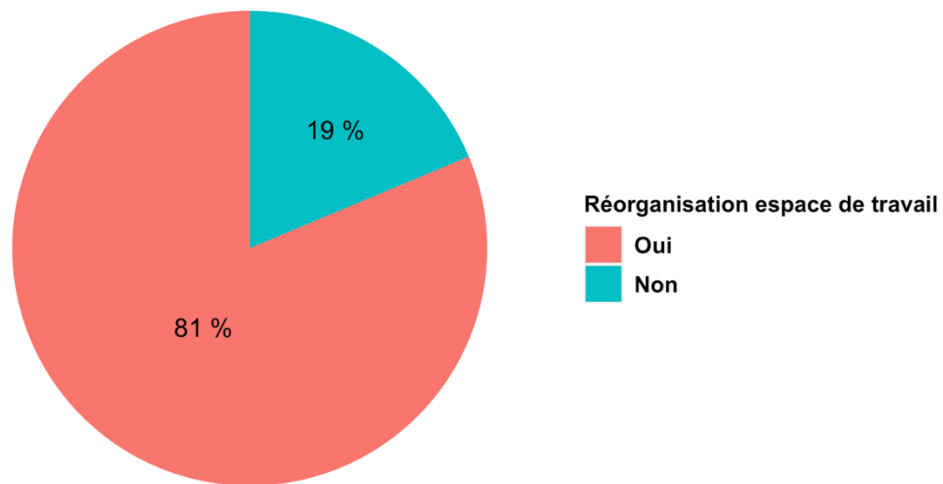
**Figure 10:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de la covid-19 sur les habitudes de travail au service

Les habitudes ont été impactées dans 88% des cas

**Tableau V:** Répartition des personnels selon leur perception sur des conséquences de la COVID 19 sur les habitudes de travail

Conséquences de covid-19		Effectif(n)	Pourcentage(%)
Absentéisme	Oui	71	76,0
	Non	22	24,0
Régularité	Non	88	97,0
	Oui	3	3,0
<b>Réduction du temps de travail</b>	<b>Oui</b>	<b>88</b>	<b>97,0</b>
	Non	3	3,0

La réduction du temps de travail était 97% des cas suivi de l'absentéisme soit 76% des cas



**Figure 11:** Répartition des personnels selon leur perception sur la réorganisation de l'espace de travail pendant la pandémie COVID-19

Les personnels ont rapporté que l'espace de travail a été réorganisé dans 81% des cas



**Tableau VI:** Répartition des personnels selon leur perception sur le type de réorganisation du travail pendant COVID-19

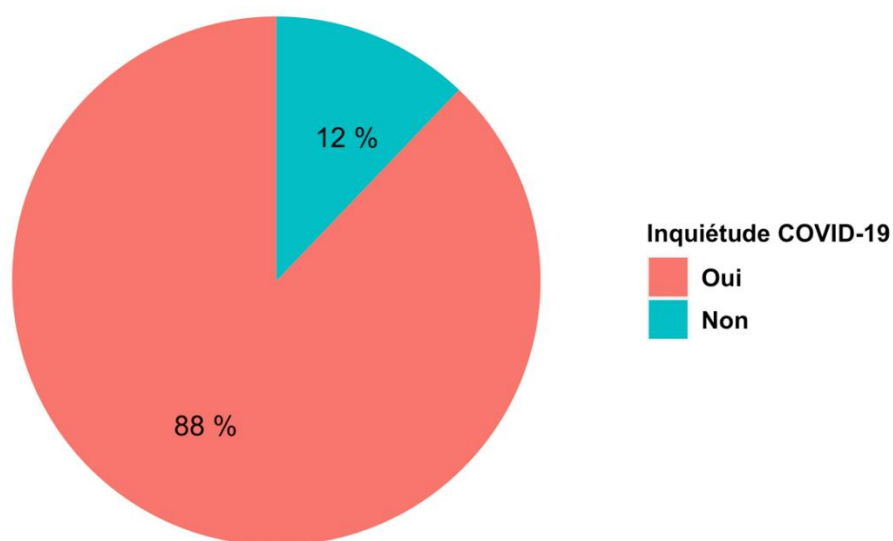
<b>Types de réorganisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Réduction des jours de travail par groupes	22	25,0
<b>Réduction du nombre de personnels, distanciation, le port de masque, le lavage des mains au savon, gels hydroalcoolique</b>	<b>23</b>	<b>26,0</b>
Distanciation d'un mètre, le port des masque, lavage des mains	13	15,0
Réorganisation de la salle de surveillance, la salle de consultation, la salle d'accouchement	5	6,0
Réduction des lits d'hospitalisation	4	5,0
Ouverture des unités pour la prise en charge des cas COVID-19	4	5,0
Utilisation des gels hydroalcoolique après chaque consultation	8	9,0
Réduction du nombre de consultation journalière	8	9,0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

Réduction du nombre de personnels, distanciation, le port de masque, le lavage des mains au savon, gels hydroalcooliques ont été les plus représentés soit 26% des cas suivi de la réduction des jours de travail par groupes dans 25% des cas.

**Tableau VII:** Répartition des personnels selon leur perception sur les attitudes face à la COVID-19

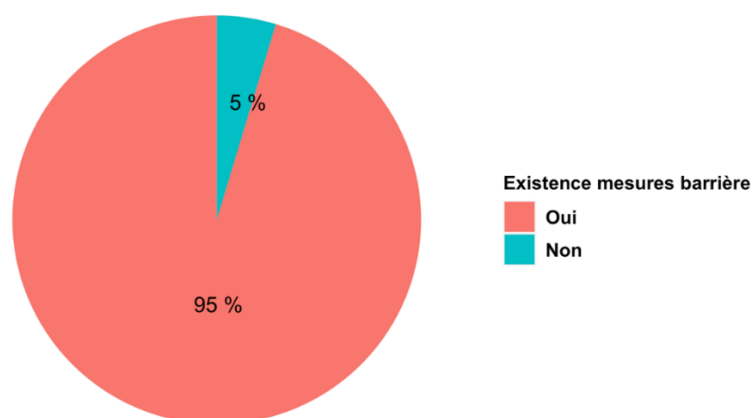
Attitudes face à lacovid-19	Effectif(n)	Pourcentage (%)
<b>Stress</b>	<b>86</b>	<b>80 ,4</b>
Résilience	14	13,1
Fatalité	3	2,8
Imagination	4	3,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Le stress était majoritairement retrouvé dans 80% des cas



**Figure 12:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'inquiétude de la COVID 19

La majorité des personnels avaient l'inquiétude de la pandémie covid-19 soit 88% des cas



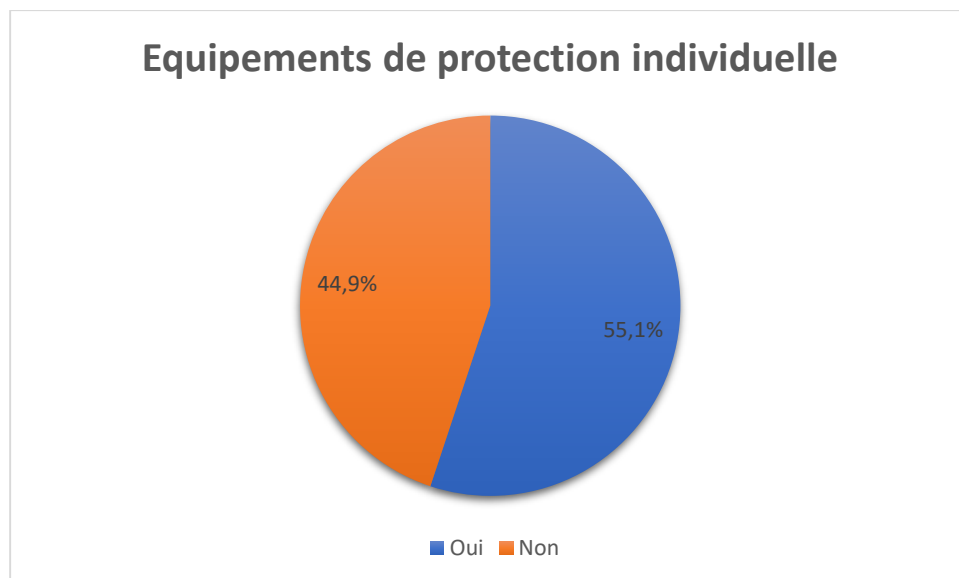
**Figure 13:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'existence des mesures barrières.

Les personnels ont affirmé qu'il existait les mesures barrières de protection dans 95% des cas.

**Tableau VIII:** Répartition des personnels selon leur perception sur les types de mesures barrières utilisées

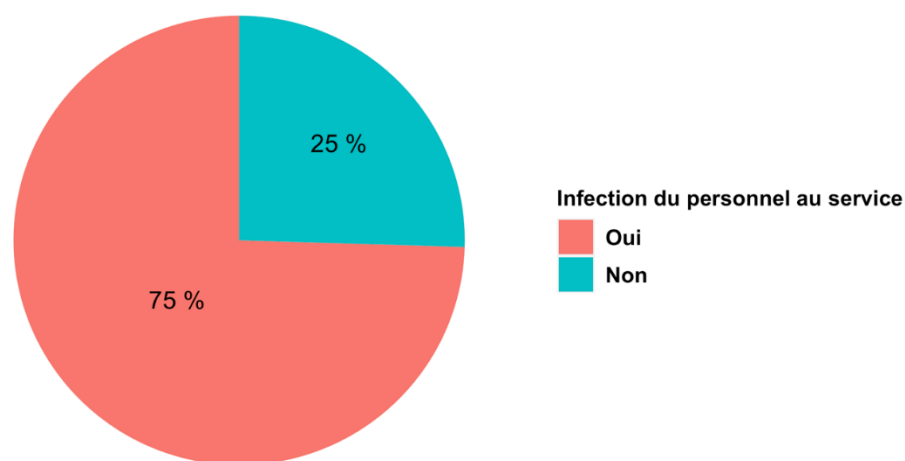
Types de barrières	Effectif	Pourcentage (%)
Individuelle	65	64,0
Collective	37	36,0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

Le personnel enquêté a déclaré adopter les mesure barrière individuelle dans 64,0% des cas contre 36,0% pour les mesures collectives.



**Figure 14:** Répartition des personnels selon leur perception sur la disponibilité des équipements de protection individuelle

Les équipements de protection individuelle étaient disponibles dans 55,1% des cas.



**Figure 15:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'infection du personnel au service pendant la pandémie

Les personnels étaient infectés dans 75% des cas

**Tableau IX:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de l'infection du personnel sur le travail du service

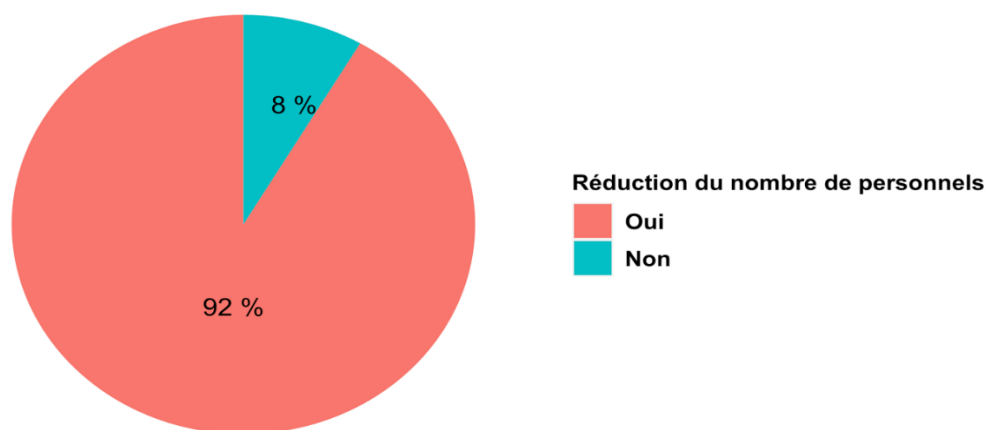
<b>Impact sur le travail des personnels</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Prudence dans le travail	17	22,0
<b>Stress</b>	<b>21</b>	<b>27,0</b>
Réduction du temps de travail	9	11,0
Respect des mesures de barrières	8	10,0
Absentéisme	13	16,0
Isolement	6	8,0
Non déterminés	5	6,0
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

Le stress a impacté dans 27,0 % des cas suivi de la prudence dans le travail avec 22,0 % des cas sur le travail des personnels

**Tableau X:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de l'infection du personnel sur les activités du service

<b>Impact sur les activités de la structure</b>	<b>Effectifs(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>La diminution des activités</b>	<b>33</b>	<b>42,3</b>
La réduction du nombre de personnels	22	28,2
Le respect strict des mesures de barrières préventives	23	29,5
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Les activités du service étaient diminuées dans 42,3%



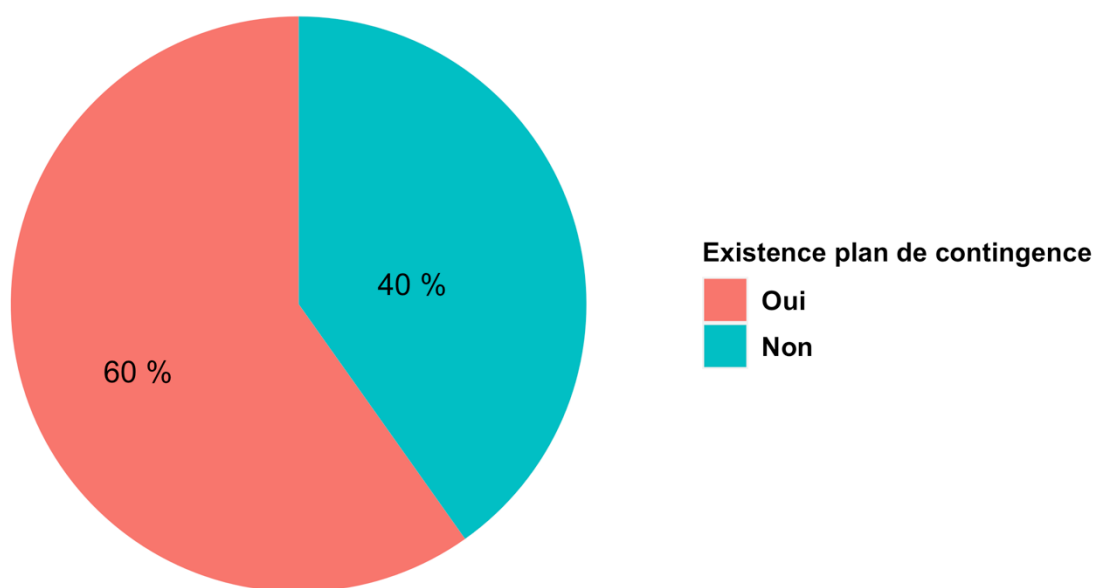
**Figure 16:** Répartition des personnels selon leur perception sur la réduction du nombre de personnel

Le nombre de personnels était diminué dans 92% des cas

**Tableau XI:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'impact de la COVID-19 sur les activités de sensibilisation au niveau du centre

Influence sur les activités de sensibilisation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Arrêt	5	4,7
Réduction de la durée de l'activité	34	31,8
<b>Réduction du nombre des participants</b>	<b>68</b>	<b>63,6</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

La réduction du nombre des participants était majoritaire soit 63,6 % des cas



**Figure 17:** Répartition des personnels selon leur perception sur l'existence d'un plan de contingence

Le plan de contingence existait 60% des cas

**Tableau XII:** Répartition des personnels selon leur perception sur la rupture de stocks d'intrants et de consommables médicaux

Rupture de stock d'intrants et de consommables médicaux	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Oui	47	43,9
Non	60	56,1
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Le personnel a rapporté que la rupture de stock d'intrants et de consommables médicaux n'a pas été observé dans 56,1 % des cas

### 3.3. Caractéristiques des usagers :

**Tableau XIII:** Caractéristiques sociodémographiques des usagers

<b>Caractéristiques socio-démographiques des usagers</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Tranche d'âge(année)</b>		
≤ 19	42	13,0
<b>20 à 35</b>	<b>220</b>	<b>67,9</b>
36 à 45	38	11,7
≥ 46	24	7,4
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexe</b>		
Masculin	8	2,5
<b>Féminin</b>	<b>316</b>	<b>97,5</b>
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>Le niveau d'instruction</b>		
<b>Non scolarisée</b>	<b>110</b>	<b>34,0</b>
Fondamental	92	28,0
Secondaire	54	17,0
Supérieur	68	21,0
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>Le statut matrimonial</b>		
<b>Marié (e)</b>	<b>297</b>	<b>91,7</b>
Célibataire	16	4,9
Veuve	11	3,4
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>Zone d'habitation</b>		
Rurale	11	3,4
<b>Urbaine</b>	<b>313</b>	<b>96,6</b>
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

La tranche d'âge la plus représentée était [20 –35] soit 67,9% des cas. L'âge moyen était 30±0,6 ans avec des limites de 14 et 89 ans. Les usagers non scolarisés étaient 34% dont 97,5% étaient de sexe féminin et 91,7% étaient mariés. La majorité des usagers vivaient dans les zones urbaines soit 96,6%



**Tableau XIV:** Répartition des usagers selon leur perception sur la capacité des services de santé à offrir les soins selon les besoins

<b>Capacité des services de santé à offrir les soins</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Besoin de fréquenter un service de santé</b>		
Oui	122	38,0
Non	<b>202</b>	<b>62,0</b>
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>Disponibilité des personnels pour offrir les services</b>		
<b>Oui</b>	<b>112</b>	<b>93,0</b>
Non	9	7,0
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>
<b>Bon accueil dans un centre de santé</b>		
<b>Oui</b>	<b>109</b>	<b>92,0</b>
Non	10	8,0
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>
<b>Bénéfice des informations sur la SR dans le contexte de la COVID-19</b>		
<b>Oui</b>	<b>221</b>	<b>68,0</b>
Non	103	32,0
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>Temps accordé suffisamment par le prestataire aux usagers</b>		
<b>Oui</b>	<b>98</b>	<b>84,0</b>
Non	19	16,0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

On trouve que 62,0% des usagers n'ont pas fréquenté un service de santé. Les usagers ont bénéficiés des informations sur la santé de la reproduction dans le contexte de la COVID-19 dans 68,0% des cas. Les usagers ont rapporté avoir été bien accueillis dans 92,0% des cas. Les prestataires ont accordé suffisamment de temps pour écouter les usagers dans 84,0% des cas. L'offre de soins était disponible dans 93,0% des cas usagers

**Tableau XV:** Répartition des usagers selon leur perception sur le moyen de déplacement

<b>Les moyens de déplacement</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Véhicule personnel	18	15,0
<b>Moto</b>	<b>50</b>	<b>41,0</b>
Transport commun	29	24,0
Pieds	24	20,0
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

La moto était le moyen de déplacement le plus utilisé soit 41,0 % des cas suivi le transport commun 24,0 % des cas.

**Tableau XVI:** Répartition des usagers selon leur perception sur le temps d'attente

<b>Le temps d'attente</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Très long	8	7,0
Long	27	22,0
<b>Normal</b>	<b>60</b>	<b>50,0</b>
Court	26	21,0
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

Le temps d'attente était normal dans 50,0 % des cas.

**Tableau XVII:** Répartition des usagers selon leur perception sur la non appréciation lors de la visite

<b>La non appréciation lors de la visite</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Accueil	13	11,0
Offre de soins	5	4,0
Délai d'attente	20	17,0
Hygiène du local	3	3,0
Le coût	5	4,0
Accessibilité géographique	6	5,0
<b>Aucune plainte</b>	<b>67</b>	<b>56,0</b>
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

Les usagers ne se sont pas plaints lors de leur visite dans 56,0% des cas

**Tableau XVIII:** Répartition des usagers selon la relation avec des services de santé

<b>Relation des usagers avec des services de santé</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Fréquentation des services SR pendant cette période de COVID-19</b>		
Oui	56	17,0
Non	<b>268</b>	<b>83,0</b>
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>La peur de se rendre au service de santé</b>		
Oui	62	19,1
Non	<b>262</b>	<b>80,9</b>
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>La méfiance envers le système de santé au début de la pandémie</b>		
Oui	117	36,1
Non	<b>207</b>	<b>63,9</b>
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>
<b>La confiance aux soins donnés pendant la période de pandémie</b>		
<b>Oui</b>	<b>271</b>	<b>83,6</b>
Non	53	16,4
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

Les services SR n'ont pas été fréquenté par les usagers dans 83,0% des cas.

Les usagers n'ont pas eu peur de se rendre au service de santé dans 80,9% des cas.

Les usagers n'ont pas eu de la méfiance dans 63,9% des cas.

Les usagers ont eu confiance aux soins donnés pendant la COVID-19 dans 83,6% des cas

**Tableau XIX:** Répartition des usagers selon leur perception sur la non fréquentation des services SR

<b>La non fréquentation des services SR</b>	<b>Effectif(n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Absence de maladie</b>	<b>195</b>	<b>73,0</b>
Absence de problème de santé de la reproduction	73	27,0
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>

Les usagers n'ont pas fréquenté les services SR dans 73,0% des cas pour absence de maladie

**Tableau XX:** Répartition des usagers selon leur perception sur la fréquentation des services SR

<b>Services SR</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
CPN	36	64,0
PF	1	2,0
PEV	3	5,0
Dépistage cancer du col	12	21,0
CPON	2	4,0
Accouchement	2	4,0
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Les usagers ont fait la CPN dans 64,0% des cas pendant COVID-19

**Tableau XXI:** Répartition des usagers selon leur perception sur la confiance aux différents soins

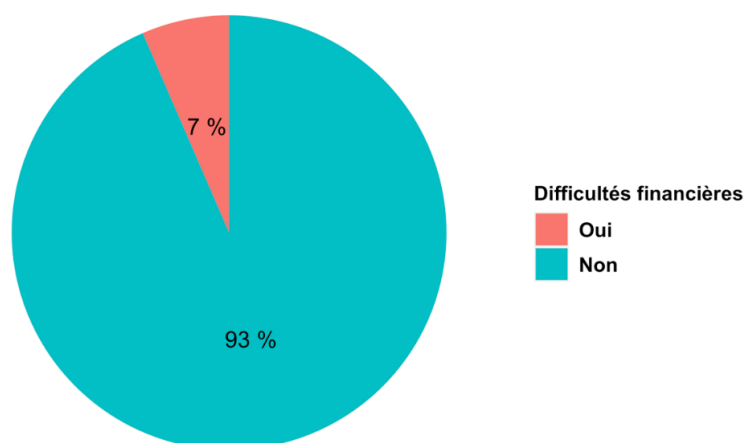
<b>Les types de soins</b>	<b>Oui (%)</b>	<b>Non(%)</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Gestes cliniques</b>	<b>222(79,0)</b>	<b>102(21,0)</b>	<b>324(100,0)</b>
Injection	197(69,0)	127(31,0)	324(100,0)
Prises sanguines	158(49,0)	166(51,0)	324(100,0)

Les usagers ont rapporté avoir eu confiance aux gestes cliniques dans 79,0% des cas et non aux prises sanguines pour les bilans complémentaires dans 51,0% des cas.

**Tableau XXII:** Répartition des usagers selon leur perception sur la fréquentation d'une structure

<b>Structures fréquentées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Hôpital	11	3,4
CSCOM	40	12,3
CSREF	43	13,3
Centre de santé privé	36	11,1
<b>Aucune structure</b>	<b>194</b>	<b>59,9</b>
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

Les usagers n'ont pas fréquenté de structure de santé dans 59,9% des cas.



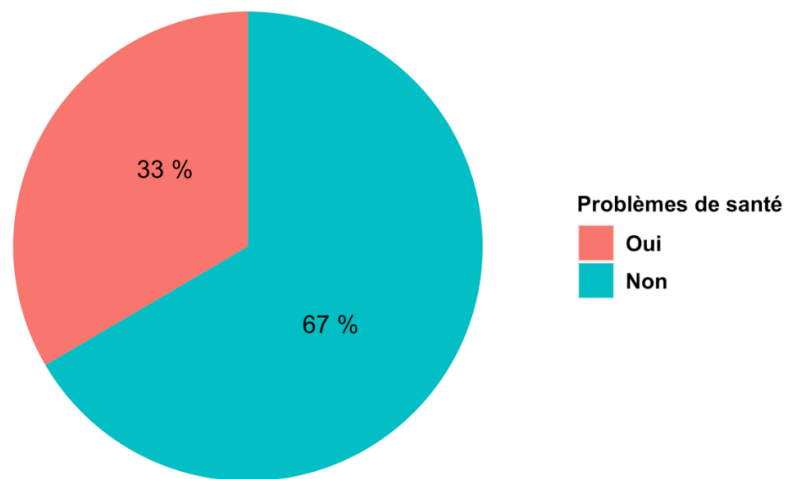
**Figure 18:** Répartition des usagers selon leur perception sur les difficultés financières pendant COVID-19

Nous avons observé que 97% des usagers n'ont pas eu de difficultés financières à cause de la COVID-19

**Tableau XXIII:** Répartition des usagers selon leur perception sur l'empêchement de fréquenter les Services SR à cause des difficultés financières

Les services SR non fréquentés pour faute d'argent	Effectif(n)	Pourcentage (%)
CPN	3	33,0
PF	1	11,0
<b>Dépistage du cancer du col</b>	<b>4</b>	<b>44,0</b>
PEV	1	11,0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Les usagers qui ont rapporté qu'ils ont eu des difficultés financières, n'ont pas pu faire le dépistage du cancer du col dans 44 ,0% suivi de CPN dans 33,0% des cas



**Figure 19:** Répartition des usagers selon leur perception sur les problèmes de santé pendant COVID-19

Les usagers ont rapporté de ne pas de problème de santé pendant COVID-19 soit 67% des cas.



**Tableau XXIV:** Répartition des usagers selon leur perception sur le recours aux services de santé face à des problèmes de santé pendant la COVID-19.

<b>Recours aux services de santé</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Aller dans un centre de santé</b>		
Oui	99	37,0
<b>Non</b>	<b>8</b>	<b>63,0</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>
<b>Faire l'automédication</b>		
Oui	17	16,0
<b>Non</b>	<b>90</b>	<b>84,0</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>
<b>Consultation d'un tradipraticien</b>		
Oui	13	12,0
<b>Non</b>	<b>94</b>	<b>88,0</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>
<b>Appeler un agent de santé</b>		
Oui	20	18,0
<b>Non</b>	<b>87</b>	<b>82,0</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

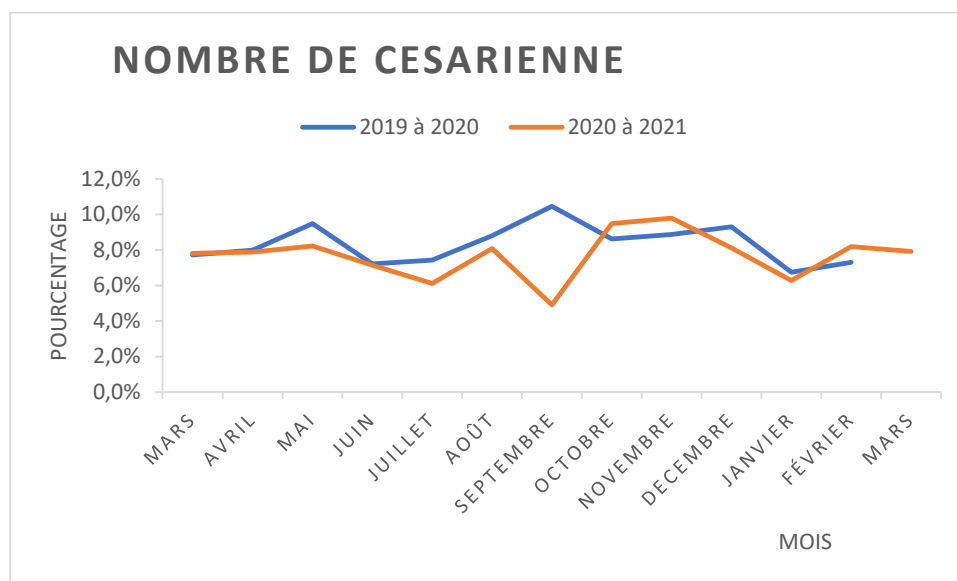
Dans cette étude, 63 ,0% des usagers n'ont pas fréquenté un centre de santé face à des problèmes de santé pendant la COVID-19.

Les usagers n'ont pas fait l'automédication dans 84,0% des cas.

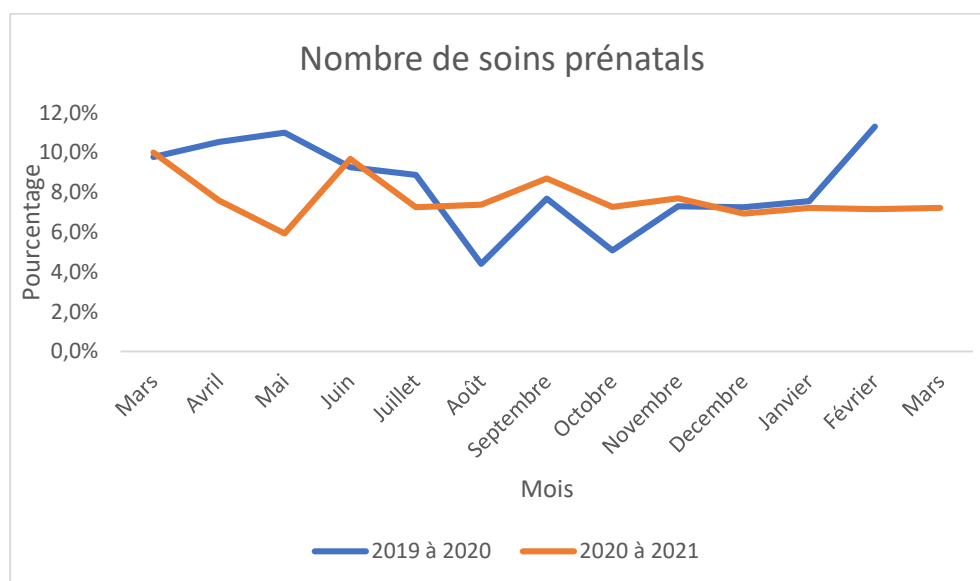
Les usagers n'ont pas consulté un tradipraticien dans 88,0% des cas

Les usagers n'ont pas appelé un agent de santé dans 82 ,0% des cas

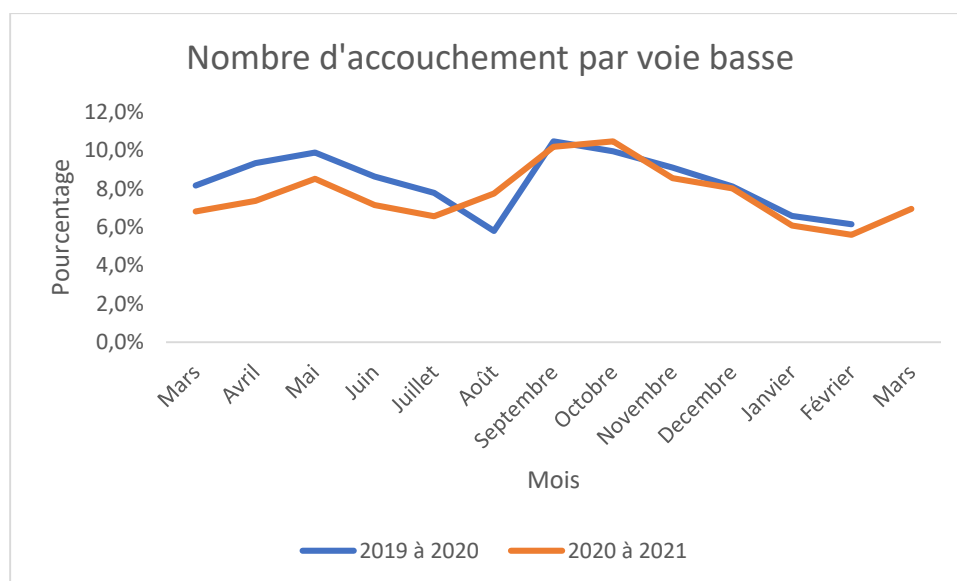
#### 4.4. Impacts de la covid-19 sur les activités de la santé de la reproduction



**Figure 20:** Evolution mensuelle des activités de césarienne entre 2019 et 2020  
Le nombre de césarienne a augmenté de (7,7%) en Mars 2019 à (7,8%) en Mars 2020 et à (7,9%) en Mars 2021

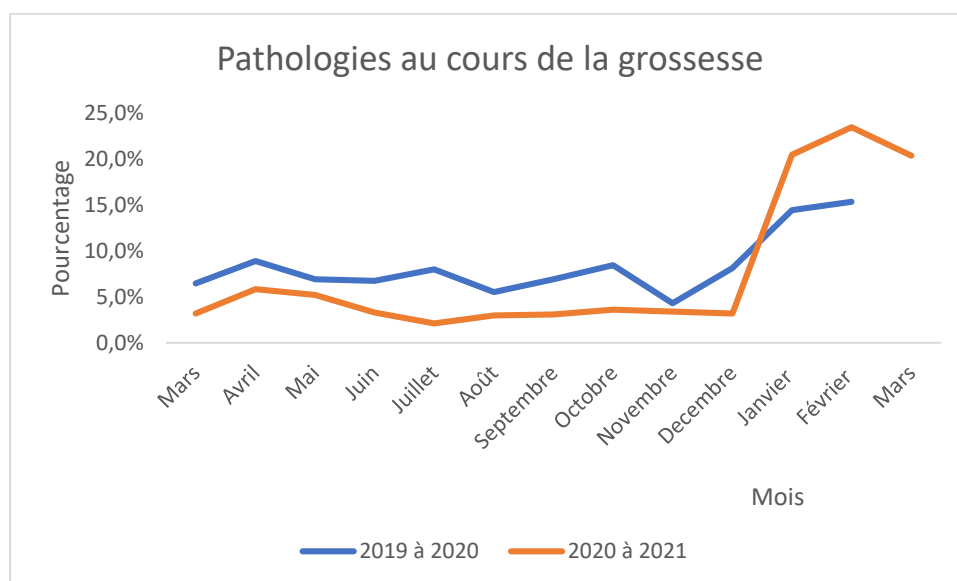


**Figure 21:** Evolution mensuelle des activités de soins prénatal entre 2019 et 2020  
Le nombre de soins prénatal a diminué de 10,5% en Mai 2019 à 7,6% en Mai 2020. Ainsi que de 11,3% en Avril 2020 à 7,2% en Février 2021



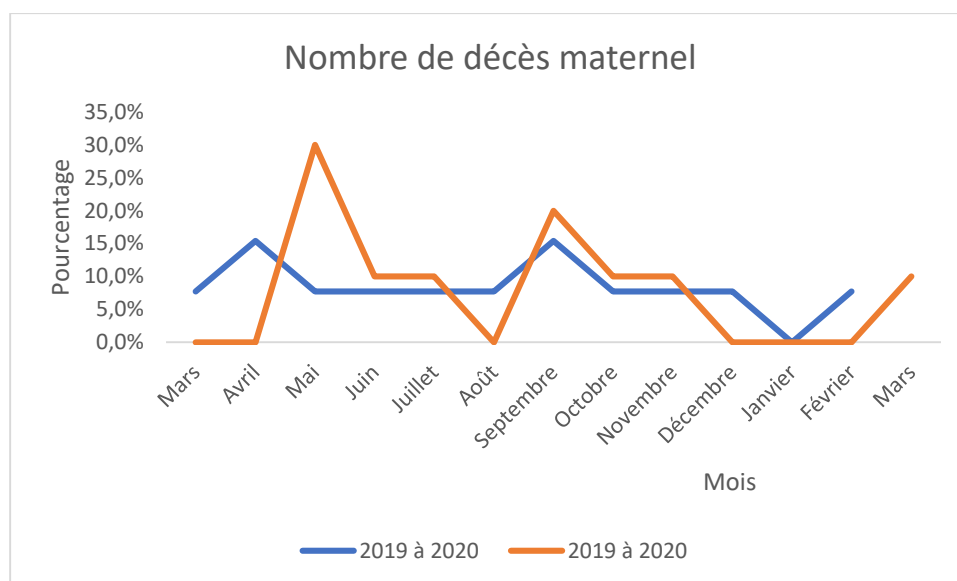
**Figure 22:** Evolution mensuelle des activités d'accouchement par voie basse entre 2019 et 2020

Le nombre d'accouchement par voie basse a diminué de (8,2%) en Mars 2019 à (6,8%) en Mars 2020 par contre il a augmenté de 5,8% en Août 2019 à 7,7% en Août 2020



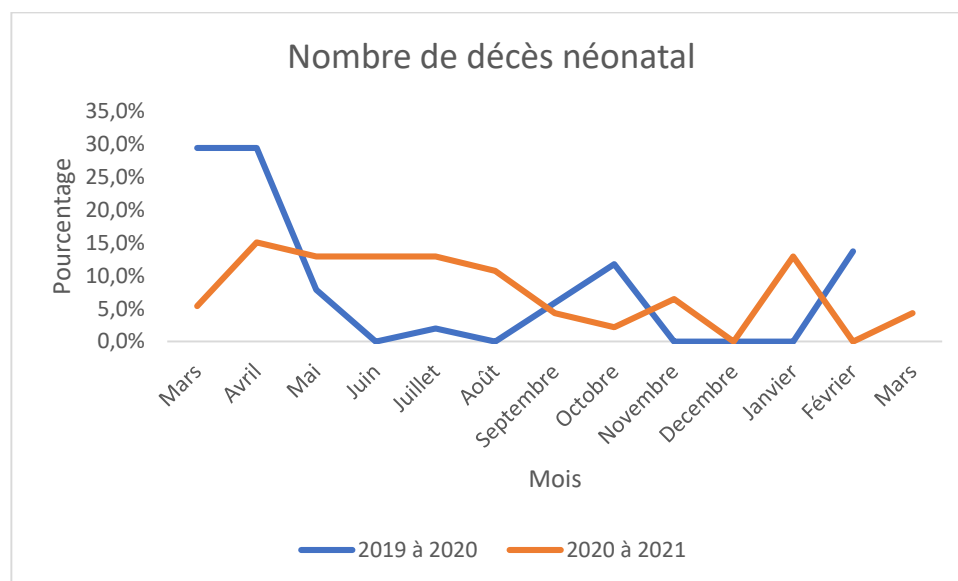
**Figure 23 :** Evolution mensuelle des pathologies au cours de la grossesse entre 2019 et 2020

Le nombre de pathologie au cours de la grossesse a diminué de (6,4%) en Mars 2019 à (3,2%) en Mars 2020 par contre elle a augmenté de 3,2% en Mars 2020 à 20,3% en Mars 2021



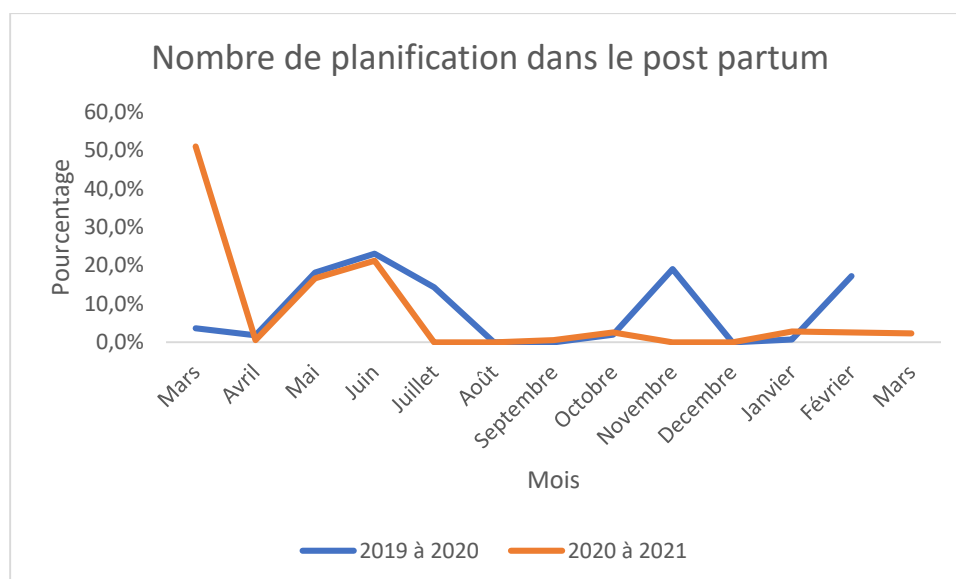
**Figure 24 :** Evolution mensuelle du nombre de décès maternel entre 2019 et 2020

Le nombre de décès maternel a augmenté de 7,7% en Mai 2019 à 30% en Mai 2021



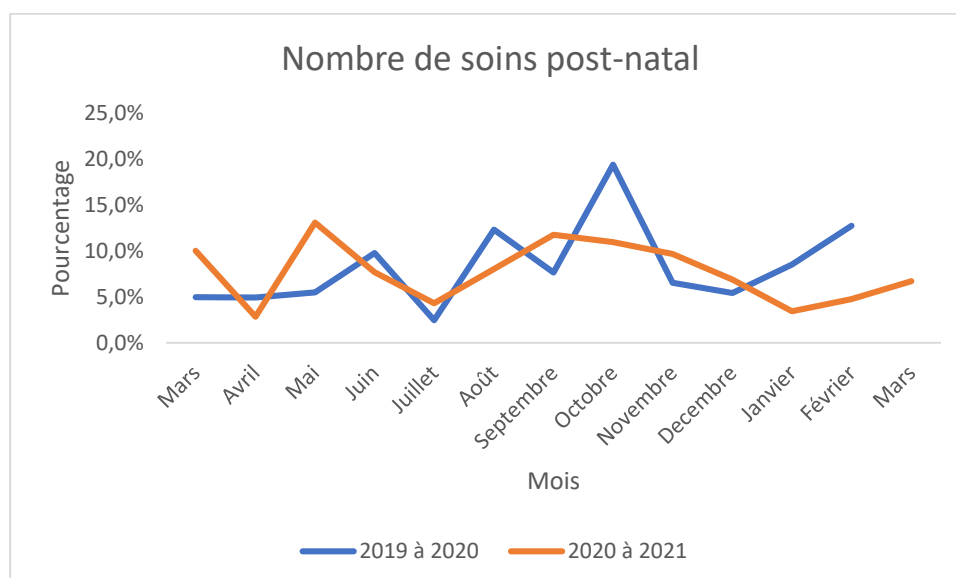
**Figure 25 :** Evolution mensuelle du nombre de décès néonatal entre 2019 et 2020

Le nombre de décès néonatal a diminué de 29,4% en Mars 2019 à 5,4% en Mars 2020 à 4,3% en Mars 2021 par contre il a augmenté de 7,8% en Mai 2019 à 12,9% en Mai 2020

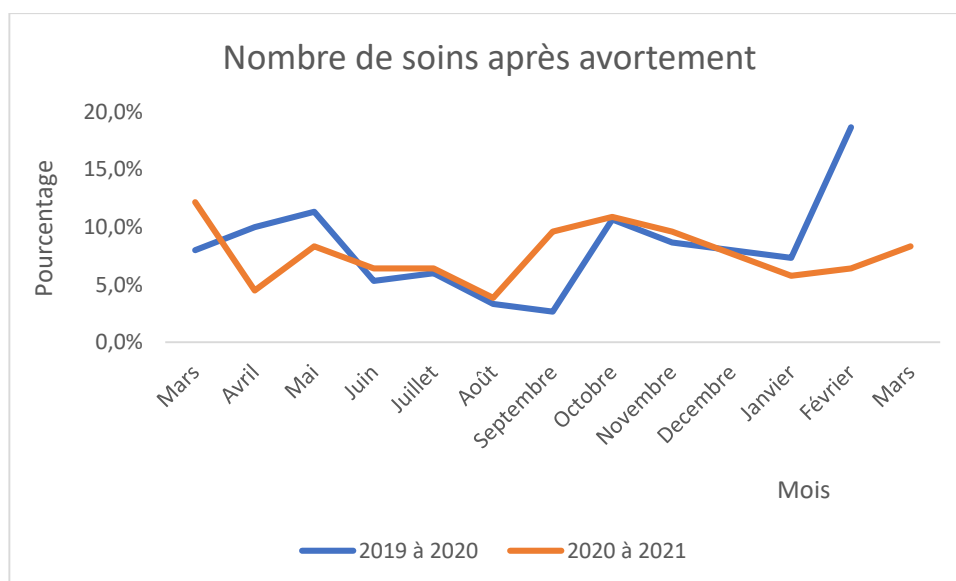


**Figure 26 :** Evolution mensuelle des activités de planification dans le post-partum entre 2019 et 2020

Le nombre de la planification familiale dans le post-partum a augmenté de 3,6% en Mars 2019 à 51% en Mars 2020 par contre il a diminué de 17,2% en Février 2020 à 2,5% en Février 2021

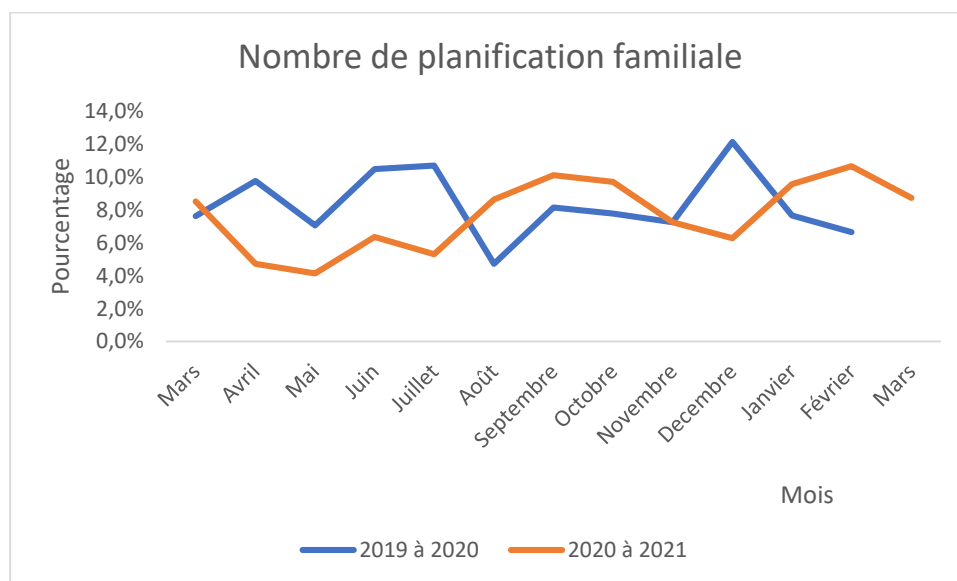


**Figure 27 :** Evolution mensuelle des activités de soins post-natal entre 2019 et 2020 Le nombre de soins post-natal a diminué de 12,7% en Février 2020 à 4,8% en Février 2021 par contre il a augmenté de 6,5% en Décembre 2019 à 6,9% en Décembre 2023



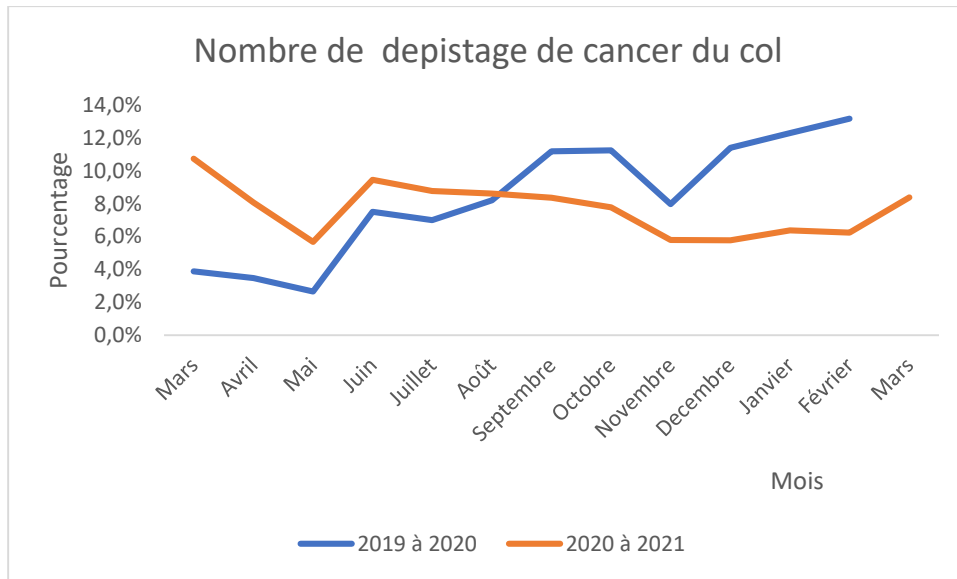
**Figure 28 :** Evolution mensuelle des activités de soins après avortement entre 2019 et 2020

Le nombre de soins après avortement a augmenté de 8% en Mars 2019 à 12,2% Mars 2020 par contre il a diminué de 12,2% Mars 2020 à 8,3% en Mars 2021



**Figure 29 :** Evolution mensuelle des activités de planification familiale entre 2019 et 2020

Le nombre de la planification familiale a augmenté de 7,6% en Mars 2019 à 12,2% en Mars 2020 par contre elle a diminué de 9,8% en Avril 2019 à 4,7% en Avril 2020



**Figure 30 :** Evolution mensuelle des activités de dépistage du cancer du col entre 2019 et 2020

Le nombre de depistage de cancer du col a augmenté de 3,9% en Mars 2019 à 10,7% en Mars 2020

## **IV.DISCUSSION ET COMMENTAIRES**



## IV. Discussion et commentaires

### IV.1. Caractéristiques sociodémographiques des personnels et usagers

#### a. Âge du personnel :

Dans notre étude 48,6% des personnels avaient un âge compris entre 18 à 30 ans.

Ce résultat est proche à celui de Wan X et al [22] qui ont apporté dans une étude transversale basée sur les dommages à la barrière cutanée dus à l'utilisation prolongée d'un masque chez les travailleurs de la santé et la population générale pendant la pandémie de COVID-19 en 2021, une proportion de (50,3%) de la tranche d'âge de 31 à 60 ans.

#### b. Sexe du personnel

Le sexe féminin prédominait avec un taux de 74,8% des cas. En 2021 en Chine Wan X et al [22] ont notifié une prédominance féminine soit (59,8%).

Ce résultat montre qu'il y a beaucoup de sage-femme et infirmières obstétricienne au CSRéf CV

#### c. Âge des usagers

Dans notre étude, 67,9% des usagers avaient de l'âge compris entre 20 et 35 ans. Ce résultat s'explique par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période propice d'activité génitale. Dans l'étude de Dema et al [23], les utilisateurs des services de santé de reproduction étaient âgés de 20 à 42 ans, avec une moyenne d'âge de 28 ans. Phelan N et al [24], ont trouvé dans leurs études de  $36,7 \pm 6,6$  ans comme âge moyen.

#### d. Sexe des usagers

Dans notre étude, le sexe féminin était le plus représenté dans 97,5% des cas.

Cela s'explique par le fait que les femmes ont plus besoin des services de santé de reproduction (pour les plannings familiaux, les consultations prénatales, les consultations post-natales, les accouchements etc...)

Les services de santé de reproduction n'ont pas été fréquentés dans 83,0% des cas par les usagers. Cela est dû à l'absence de la maladie des cas dans la majorité des cas (73,0%). Dans l'étude de Abdoulaye M B et al [25], la fréquentation des services a varié entre 29% à 58%. Dans l'étude de Dema et al [23], 20,8 % des participants sexuellement expérimentés ont déclaré avoir utilisé les services de santé de reproduction, 9,7 % des participants ont déclaré avoir tenté sans succès d'utiliser un service qu'ils recherchaient, mais la majorité (76,4 %) de ces personnes ont également déclaré avoir utilisé avec succès un ou plusieurs services

La consultation prénatale avait été le type de service de SR le plus fréquenté selon la perception des usagers avec un taux de 64,0% pendant la COVID-19. Si la femme enceinte est permanemment en questionnement sur l'issue de la grossesse et le bien-être de son enfant, cela la poussera de faire des consultations prénatales, ce qui fait du service de consultation prénatale le service le plus fréquenté pendant la période de Covid-19. A Niamey, une légère augmentation de 4% fut observée pour les consultations prénatales dans l'étude de Abdoulaye M B et al [25] . Dans l'étude de Diarra M [26], le service d'accouchement a été le plus fréquenté avec un taux de 50,68% suivi par la consultation post-natale dans 30,58% et la planification familiale 18,72%.

Dans notre étude, la majorité soit 80,9% des usagers n'avaient pas peur de se rendre au centre de santé pendant la période de Covid-19. Cela peut être dû aux faites que beaucoup d'usagers ne croyaient pas l'existence de la Covid-19.

## **IV.2. Connaissances, attitudes et pratiques des personnels**

### **IV.2.1. Mode de contamination selon les personnels**

Dans notre étude, le contact direct était 84,1% des cas suivi de la transmission aéroportée et les gouttelettes soit 68,2%. Dans une étude menée à Québec, 53 % des personnels ont été contaminés à partir du contact physique. Ce pourcentage élevé de connaissances sur la COVID-19 parmi les travailleurs de la santé est dû à une exposition prolongée à l'information puisqu'il s'agit d'un sujet de discussion

mondial dans les médias et le public. Une autre raison pourrait être l'effort du gouvernement et des médias pour fournir des informations à partir du moment de l'épidémie. Ceci est renforcé par l'association de la source d'information avec les connaissances concernant COVID-19.

#### **IV.2.2. Influence de la pandémie sur la fréquentation du service**

Dans notre étude, 87% des personnels ont signalé l'influence de la covid-19 sur la fréquentation du service. Dans l'étude de N'Diaye O et al [27], une réduction moyenne de 19% des consultations a été constatée signifiant une baisse importante de la fréquentation des services; cette dernière était plus marquée au mois de mars 2020 avec 33% de baisse. En 2020, comparativement à 2019, les établissements africains ont enregistré une baisse de 23 % des consultations pour les moins de cinq ans, tandis que dans sept pays asiatiques ces consultations ont chuté de 74 %, ce qui a entraîné une diminution sensible du nombre d'enfants examinés par des agents de santé et ayant reçu des soins vitaux. La diminution de l'accès des mères et des enfants aux services de santé essentiels présage une hausse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans[28].

#### **IV.2.3. Influence de la pandémie sur les activités du service**

Dans notre étude, la planification familiale a été impactée par la pandémie dans 41,5% des cas. Notre résultat est différent de celui d'Adelekan B, qui a révélé une légère baisse environ 2 à 6 % sur toutes les activités pendant le confinement[29]. Dans l'étude de Davin et al[30], l'impact du COVID-19 varie selon les spécialités : la baisse est faible pour la pneumologie (1,6 %), la psychiatrie (1,8 %) et la gynécologie (3,6 %), mais atteint près de 20 % pour la cardiologie et la pédiatrie. Une étude menée dans le sud-ouest de l'Éthiopie a montré que la CPN avait diminué de 29,1 % au cours de la période de la pandémie[31]. L'étude qui porte sur les données de 502 établissements de santé répartis dans 32 pays d'Afrique et d'Asie, dont 24 en Afrique, révèle également que « selon 85 % des établissements sondés, les patients ont cessé de fréquenter les établissements de santé surtout par crainte de contracter la COVID-19 [32]

#### **IV.2.4. Réorganisation des espaces de travail après la survenue la de COVID -19**

L'espace de travail était réorganisé par la Réduction du nombre de personnels, distanciation, le port de masque, le lavage des mains au savon, gels hydroalcooliques ont été les plus représentés soit 26,0% des cas suivi de la réduction des jours de travail par groupes dans 25,0% des cas.

. Près de 72 % des répondants étaient insatisfaits de la disponibilité et de l'utilisation des EPI dans leur hôpital. De plus, les données disponibles provenant de 119 pays suggèrent qu'en septembre 2021, deux travailleurs de la santé et des soins sur cinq étaient entièrement vaccinés en moyenne, avec des différences considérables entre les régions et les groupements économiques [33]. Des stratégies de dépistage des troubles sont indispensables pour les soignants de première ligne (personnels des urgences, services d'hospitalisations et des réanimations médicales), mais doivent être étendues à l'ensemble des acteurs du système de soins (médecine hospitalière et de ville, infirmiers libéraux, techniciens de laboratoires...), mais aussi les étudiants (médecine ou soins infirmiers...) mobilisés durant la crise[34].

Dans la littérature, pendant la pandémie l'espace de travail disposait des équipements de protection individuelle (masques, gants, blouses, lunettes, visières et bottes) appropriés et adaptés pour tous les travailleurs suivant leurs zones d'intervention et veiller à prévenir toute rupture de stock. Une formation complète sur une utilisation sûre, notamment lors du port et de l'enlèvement, des équipements de protection individuelle est nécessaire[35].

#### **IV.2.5. Attitudes des personnels**

Dans notre étude 80,4% des personnels étaient stressés et 88% étaient inquiets. Ce résultat est comparable à celui d'Almater et al[36] qui avaient trouvé le classement du stress chez les professionnels de la santé avec des niveaux de stress faibles (28 %), des niveaux modérés (68,2 %) et des niveaux élevés (3,7 %). Dans l'étude de Touré B[54], le niveau de stress était faible dans 43,1%, modéré

(53,2%) et ; élevé dans 3,7% des cas. Arafa et al[37] dans leurs études ont déclaré que la plupart des prestataires de soins de santé alliés manquaient de soutien émotionnel familial et se laissaient aller à regarder des nouvelles de COVID-19 qui augmentaient la probabilité de stress, de troubles du sommeil, d'anxiété et de dépression chez les patients. Ces données indiquent, dans le contexte des crises sanitaires d'envergure comme l'a été celle de la pandémie de la COVID-19, la nécessité de la prise en compte de leur effet sur la santé mentale des travailleurs de santé. Ceci devrait se traduire par la mise en place d'un dispositif d'aide/accompagnement psychologique[37].

### **IV.3. Impacts de la covid-19 sur les services de la SR**

La consultation prénatale a diminué de 10,5% en Mai 2019 à 7,6% en Mai 2020. Ainsi que de 11,3% en Avril 2020 à 7,2% en Février 2021.

La consultation prénatale a considérablement diminué de 7% au cours de la période de mars à octobre 2020 par rapport à la période de juillet 2019 à février 2020 selon l'étude de Gebreegziabher SB et al [38] en 2022. Cela s'explique en partie par le fait que la période de confinement dans notre contexte s'est accompagnée de mesures telles que des restrictions de voyage, des modalités de travail flexibles, la suspension des rassemblements publics et des exigences de distanciation sociale. Cela peut avoir des conséquences négatives sur l'accès aux services de santé.

L'explication possible de la baisse précoce des services pourrait être due à l'effet de la propagande médiatique (qui aurait pu empêcher les femmes d'utiliser les services de santé) sur les maladies qui font craindre au public la transmission de maladies, alors que l'augmentation éventuelle pourrait être due à une sensibilisation accrue des femmes sur la nature de la maladie (voie de transmission et son mode de prévention) qui pourrait les aider à diminuer la peur et les rumeurs liées à la maladie et à se rendre dans un établissement de santé

L'utilisation des services de soins postnatals a diminué de 12,7% en Février 2020 à 4,8% en Février 2021.

Une diminution de 9,3 % (p 0,04) de soins postnatals avait été enregistré entre Juillet 2019 et Octobre 2020 par Gebreegziabher SB et al [38] dans leur étude basée sur l'évaluation de la performance des services de soins de santé maternelle et infantile dans le contexte de la pandémie de COVID-19 en Éthiopie en 2022.

Selon l'étude de Kassie A et al [39] réalisée en 2021 en Éthiopie qui était basée sur l'impact des maladies à coronavirus-2019 (COVID-19) sur l'utilisation et les résultats des services de santé reproductive, maternelle et néonatale, les accouchements dans les établissements de santé et les soins postnatals ont considérablement réduits de 27,4 % entre Mars 2019 et Mars 2020 mais aussi avec une augmentation de la proportion de femmes ayant eu une complication à l'admission pendant la COVID-19.

Ce même constat a été étayé par la découverte d'une étude réalisée au Népal qui a fait état d'une réduction significative de l'accouchement en établissement et des soins postnatals, mais d'une augmentation des complications maternelles pendant le COVID-19.[40]

Cela pourrait être lié à un approvisionnement insuffisant en équipements de protection individuelle, réorientant la main-d'œuvre humaine et les services vers la réponse à la pandémie de COVID-19. En outre, la peur de contracter le COVID-19 par les clients/patients s'ils fréquentent des établissements de santé et les obstacles financiers à la recherche de services de santé peuvent avoir une incidence négative sur l'utilisation des services.

Nous avons observé une diminution de la proportion la planification familiale de 9,8% en Avril 2019 à 4,7% en Avril 2020

Ce résultat est comparable à celui de Gebreegziabher SB et al [38] qui ont révélé une diminution considérable des nouveaux accepteurs de contraceptifs soit 20,3% et des accepteurs répétés de contraceptifs soit 9,5% entre Juillet 2019 et Octobre 2020.

Selon l'étude de Kassie A et al [39] réalisée en 2021 a montré une réduction significative de la planification familiale (4744,5 visites contre 3991,25 visites) entre mars-juin 2019 et mars-juin 2020

Une étude menée en Inde a montré une réduction des services de PF en mars 2020 par rapport à décembre 2019 [41]. Les preuves indiquent qu'une diminution de l'accès aux services de PF entraîne une augmentation des mauvais résultats liés aux grossesses non désirées et aux avortements [42]. L'ampleur des grossesses non désirées pendant la pandémie de COVID-19 chez les femmes fréquentant les soins prénatals était de 47,2 % dans le nord-ouest de l'Éthiopie [43].

La demande de soins après avortement a augmenté de 8% en Mars 2019 à 12,2% Mars 2020 par contre elle a diminué de 12,2% Mars 2020 à 8,3% en Mars 2021 . Ceci est cohérent avec les résultats d'une étude menée par Gebreegziabher SB et al [38] qui ont révélé une augmentation de 17,8% de soins post-avortement et diminution de 23,7% de la demande de soins d'avortement médicalisé entre Juillet 2019 et Octobre 2020.

Selon l'étude de Kassie A et al [39] réalisée en 2021 ont montré une augmentation d'utilisatrices de services d'avortement chez les adolescentes (21,3 % contre 28,5 %) entre mars-juin 2019 et mars-juin 2020. ]. L'augmentation des soins post-avortement dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les femmes, qui sont restées à la maison pendant le confinement, étaient plus sujettes aux abus sexuels, y compris le viol, même par leurs partenaires.

Le nombre d'accouchement par voie basse a diminué de 8,2% en Mars 2019 à 6,8% en Mars 2020 par contre il a augmenté de 5,8% en Août 2019 à 7,7% en Août 2020. Le nombre de césarienne a augmenté de 7,7% en Mars 2019 à 7,8% en Mars 2020 et à 7,9% en Mars 2021

. Ce résultat est en accord avec à ceux de Eleje GU et al [40] qui ont révélé une baisse globale significative des taux de césariennes de (46,8%) dans la période pré-COVID-19 à (40,0 %) pendant la période COVID-19 ( $p = 0,027$ ) dans leur

étude basée sur le taux de césariennes et résultats pendant et avant la première vague de la pandémie de COVID-19 en 2022 au Nigéria.

Le nombre de pathologie au cours de la grossesse a diminué de 6,4% en Mars 2019 à 3,2% en Mars 2020 par contre elle a augmenté de 3,2% en Mars 2020 à 20,3% en Mars 2021

Le nombre de mort-né a diminué de 29,4% en Mars 2019 à 5,4% en Mars 2020 à 4,3% en Mars 2021 par contre il a augmenté de 7,8% en Mai 2019 à 12,9% en Mai 2020. Ceci est cohérent avec les conclusions d'une étude réalisée par Gebreegziabher SB et al [38] qui ont révélé que la mortalité néonatale précoce en établissement a augmenté de manière significative de 13,3 % au cours de la période mars-octobre 2020 par rapport à juillet 2019-février 2020.

Kassie A et al [39] réalisée en 2021, ont notifié une augmentation de 33,1% à 46,2% entre entre mars-juin 2019 et mars-juin 2020. Dans notre contexte l'augmentation de la mortalité néonatale en établissement peut être liée aux services compromis des unités de soins intensifs (USI) ; l'espace et l'équipement qui ont été redirigés vers les soins COVID-19. En outre, le personnel expérimenté des unités de soins intensifs était plus susceptible d'être transféré dans des centres de traitement COVID-19. Les résultats de notre étude soulignent l'importance de renforcer la qualité des services de soins de santé.

Le nombre de décès maternel a augmenté de 7,7% en Mai 2019 à 30% en Mai 2021. Cela est dû par le fait que les femmes par craindre d'être atteinte par le covid-19 reste à la maison.



# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## **Conclusion**

A l'issu de notre étude, l'impact de la covid19 sur les activités du service était d'une part marquée par la réduction du temps de travail, l'absentéisme, le respect strict des règles hygiéniques par les personnels et d'autres part la diminution de l'utilisation des services de soins postnatals, de la demande de planification familiale, de soins après avortement, de consultation prénatale, du nombre de mort-né par contre nous avons noté une augmentation de décès maternel et du décès des femmes.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

### **Au Ministère de la santé et du Développement Social**

- Mettre les structures de santé en condition de travail
- Intégrer les aspects de lutte contre l'info demie dans toutes les stratégies ;

### **A la direction de l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale**

- Assurer la diffusion multilingue de la bonne information ;

### **A la population générale**

- Respecter strictement les mesures barrières édictées par les autorités sanitaires ;
- Chercher toujours la bonne information à travers les outils (Médias traditionnels, sites web, réseaux sociaux, numéros verts...) mis à disposition par les autorités.

### **Au CSRéf de la commune V**

- Sensibiliser les personnels de participer à des études de santé,
- Sensibiliser les clientes à utiliser d'autres méthodes de PF tel que l'auto injection à domicile.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## Références bibliographiques

[1] OMS. Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports [Internet]. [cité 20 juin 2022].

Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports>

[2] Paintsil E. COVID-19 threatens health systems in sub-Saharan Africa: the eye of the crocodile. *J Clin Invest.* 130(6):2741-4.

[3] World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cité 30 déc 2021]. Disponible sur: <https://covid19.who.int>

[4] Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health.* 12 mai 2020;8(7):e901-8.

[5] Amimo F, Lambert B, Magit A. What does the COVID-19 pandemic mean for HIV, tuberculosis, and malaria control? *Trop Med Health.* 13 mai 2020;48:32.

[6] Organization WH. The World health report: 2005: make every mother and child count.

World Health Organization; 2005.

[7] United Nations Department of Public. The millennium development goals report 2005. United Nations Publications; 2005.

[8] OMS. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016 - 2030). Les Nations Unies. 2015 [Internet]. 2015 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport200915.pdf?ua=1>

[9] Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. Effects of coronavirus disease 2019

(COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcomes: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 19 mai 2020;10.1002/uog.22088.

[10] Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, Elshebiny M, Farrag N, Mahdy S, et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* juill 2020;150(1):47.

[11] Pierre AUBRY, Dr Bernard Alex Gauzère, infection respiratoires aiguës, actualité 2019.2020 Jav; 11(1) :1-2 [www.tropicale.com](http://www.tropicale.com)

[12] **Vianny Gutierrez-Cruz** Mon - Fri, 9am - 6pm (EST) (212)

[4198294vianny.gutierrez-cruz@statista.com](mailto:4198294vianny.gutierrez-cruz@statista.com)

Pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) - Statistiques et faits

[13] **Arabi .Y.M, Balkhy .H.H, Hayden. F.G et al:** Middle East Respiratory Syndrome. *N Engl J Med.* 2017; 376(6).

[14] Organisation mondiale de la santé (**OMS**): novelcoronavirus- 2019.

<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/>

[15] Kayem G., Lecarpentier E., Deruelle P., et al. A snapshot of the Covid-19 pandemic among pregnant women in France. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020 ;49(7) :101826.

[16] **SOMAGO AMAPED ASFM:** manuel de Prise en charge de la COVID – 19 pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale ; 2020.09.12. P 45/7764 mots.

[17] [www.coronavir.org](http://www.coronavir.org)

[18] [www.oms.com](http://www.oms.com): définition des cas

[19] Coronavirus disease 2019(COVID-19) Dominique Pateron, Maurice Raphael et Albert Trinh-Duc

[20] Organisation panaméricaine de la santé/ Organisation mondiale de la santé (OPS/OMS): tous savoir sur le vaccin anti covid 19. 25 juil 2021:

<https://pharma.digit.com>

[21] Placais. L, Rcher. Q: Médecine interne, sorbonne Univerté, 15-21, rue de l'école.de.médecine, 75006 Paris, France Médecine interne, Université de Paris, 12, rue de l'École-de-médecine, 75006 Paris, France

[22]

Wan X, Lu Q, Sun D, Wu H, Jiang G. Skin Barrier Damage due to Prolonged Mask Use among Healthcare Workers and the General Population during the COVID-19 Pandemic:

A Prospective Cross-Sectional Survey in China. *Dermatol Basel Switz.* 8 juill 2021;1-8.

[23] Dema E, Gibbs J, Clifton S, Copas AJ, Tanton C, Riddell J, et al. Initial impacts of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health service use and unmet need in Britain: findings from a quasi-representative survey (Natsal-COVID). *Lancet Public Health.* janv 2022;7(1): e36.

[24] Phelan N, Behan LA, Owens L. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Women's Reproductive Health. *Front Endocrinol.* 2021;12.

[25] Abdoulaye MB, Oumarou B, Moussa H, Anya BPM, Didier T, Nsiarimuzeyi BJ, et al. Impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'utilisation des services de santé dans la ville de Niamey: une analyse dans 17 formations sanitaires de janvier à juin 2020. *Pan Afr Med J.* 1 juill. 2021 ;39 :159.

[26] Diarra AM. Impact de la pandémie de covid-19 sur les activités de sante de la reproduction et planification familiale en Commune VI du district de Bamako en 2020 [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2022 [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5454>

[27] Ndiaye O, Fall FT, Faye PM, Thiongane A, Fall AL. Impact de la pandémie à COVID-19 sur les activités du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer: étude préliminaire comparant les premiers trimestres des années 2019 et 2020. *Pan Afr Med J.* 8 juill 2020; 36:162.

[28] covid-19\_2020-disruption-impact\_report\_fr.pdf [Internet]. [Cité 2 mai 2023]. Disponible sur : [https://www.theglobalfund.org/media/10777/covid-19\\_2020-disruption-impact\\_report\\_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/10777/covid-19_2020-disruption-impact_report_fr.pdf)

[29] Adelekan, B., Goldson, E., Abubakar, Z. et al. Effect of COVID-19 pandemic on provision of sexual and reproductive health services in primary health facilities in Nigeria: a cross-sectional study. *Reprod Health* **18**,166(2021).

<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01217-5>

[30] Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, Mabilille J, Tréhard H, Lapalus D, et al. [Not Available]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. oct 2021;69(5):255-64.

[31] Gebreegziabher SB, Marrye SS, Kumssa TH, Merga KH, Feleke AK, Dare DJ, et al. Assessment of maternal and child health care services performance in the context of COVID-19 pandemic in Addis Ababa, Ethiopia: evidence from routine service data. *Reprod Health*. 14 févr 2022 ;19(1) :42.

[32] La fréquentation des hôpitaux chute en Afrique du fait de la COVID-19 [Internet]. *Afrique Sub-Saharienne*. [Cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.scidev.net/afrique-sub-saharienne/news/la-frequentation-des-hopitaux-chute-en-afrique-du-fait-de-la-covid-19/>

[33] Touré B. Fréquentation des servies de sante de la reproduction pendant la période COVID-19 au Cs réf de la commune iv. FMOS. [Thèse]. Bamako ; 2022 ; 74 : 103P. .

[34] El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encephale*. juin 2020 ;46(3):S73-80.

[35] OPASPHEIHMCOVID-1920005\_fre.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2023].

Disponible sur :

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53943/OPASPHEIHMCOVID-1920005\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53943/OPASPHEIHMCOVID-1920005_fre.pdf)



- [36] Almater AI, Tobaigy MF, Younis AS, Alaqeel MK, Abouammoh MA. Effect of 2019 Coronavirus Pandemic on Ophthalmologists Practicing in Saudi Arabia: A Psychological Health Assessment. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 20 juill 2020;27(2):79-85.
- [37] Arafa A, Mohammed Z, Mahmoud O, Elshazley M, Ewis A. Depressed, anxious, and stressed: What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the COVID-19 pandemic? *J Affect Disord*. 1 janv 2021; 278:365-71.
- [38] Gebreegziabher SB, Marrye SS, Kumssa TH, Merga KH, Feleke AK, Dare DJ, et al. Assessment of maternal and child health care services performance in the context of COVID-19 pandemic in Addis Ababa, Ethiopia: evidence from routine service data. *Reprod Health*. 14 févr 2022; 19:42.
- [39] Kassie A, Wale A, Yismaw W. Impact of Coronavirus Diseases-2019 (COVID-19) on Utilization and Outcome of Reproductive, Maternal, and Newborn Health Services at Governmental Health Facilities in South West Ethiopia, 2020: Comparative Cross-Sectional Study. *Int J Womens Health*. 19 mai 2021; 13:479-88.
- [40] Ashish K ,Gurung R, Kinney MV, et al. Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care , stillbirth, and neonatal mortality outcomes in Nepal : a prospective observational study.*Lancet Glob Health* .2020 ;8(10) : e1273-e81.doi :10.1016/S2214-109X(20)30345-4 [ PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- [41]Vora KS, Saiyed S, Natesan S. Impact of COVID-19 on family planning services in India. *Sex Reprod Health Matters*. 2020; 28:1785378.
- [42] McGinn T. Reproductive health of war-affected populations: what do we know? *Int Fam Plan Perspect*. 2000; 26:174.

[43] Ethiopian Public Health Institute. National Public Health Emergency Operation Center. COVID-19 Pandemic Preparedness and Response weekly bulletin. Bulletin No. 12, July 20, 2020. Addis Ababa, Ethiopia.

# ANNEXES

## Annexes

### Fiche d'enquête des personnels

N° : .....

Date : ...../...../

Type de Structure :

/..... /

1 : Public ; 2 : Privée.

Nom de la structure /\_\_\_\_/

1 : CHU GT ; 2 : CHU Point G ; 3 : Hôpital de Kayes ; 4 : Hôpital de Sikasso ; 5 : CSRéf CV ; 6 : CSRéf de Kati ; 7 : Clinique Pasteur ; 8 : Clinique Golden Life ; 9 : Autre **Si Autre préciser :**

/\_\_\_\_\_

Unité de soins:/\_\_\_\_/

1 : Salle d'accouchement ; 2 : Salle SAA ; 3 : Box de consultation gynécologique ;

4 : Box de CPN ; 5 : Dépistage cancer du col ; 6 : Unité de PF ; 7 :

Autres unité ; Si autre préciser /

.....

Qualification du personnel : /.../

1 : gynécologique ; 2 : sage-femme ; 3 :IO. ; 4 : Aide-soignante ; 5 : DES ; 6 : autres

Si autres préciser /...../

Poste du personnel /\_\_\_\_/

1 : chef de service ; 2 : ????

Sexe : /...../ 1 : M ; 2 : F

Age : /...../ en année révolue

**Année d'expérience :** /...../ en année révolue

**Avez-vous entendu parler de la COVID-19 ?** /...../

**1 : Oui ; 2 : Non**

**Si oui : pouvez-vous citer les modes contamination :**

- 
- 
- 
- 

**Avez-vous enregistré des cas dans votre structure ?** /...../

**1 : Oui ; 2 : Non**

**Si oui la date du 1<sup>er</sup> cas :** /.../.../...../

**Cette pandémie a -t-elle influencé sur la fréquentation du service :** /.../

**1 : Oui ; 2 : Non**

**Si oui sur quelle activité principalement ?**

.....

.....

.....

.....

**Cette pandémie a-t-elle influencé sur votre habitude de travail ?** /...../

**1 : Oui ; 2 : Non**

Si oui :

-Absentéisme /.../ 1 : Oui ; 2 : Non

-Régularité /.../ 1 : Oui ; 2 : Non

-Réduction du temps de travail /.../ 1 : Oui ; 2 : Non

-Autres /.../ 1/Oui ; 2 : Non

Si autres

Préciser :

.....

.....

...../ Avez-vous procédé à une réorganisation de votre espace de travail ? /...../

1 : Oui ; 2 : Non

Si oui laquelle

.....

.....

.....

Comment avez- vous vécu cette pandémie ? /.../

1. Stress ; 2. Résilience ; 3. Fatalité ; 4. Imaginaire ; 5. Autres à préciser.

Etes-vous inquieté par la pandémie ? /...../ .1. Oui.

2.NON

Est-ce que les mesures barrières de protection existaient

? /.../

1.Oui. 2. Non.

Si oui lesquelles ? /.../

1.Individuelle. 2. Collective.

Est-ce qu'il avait la disponibilité des kits de combinaison ? /..../

1.Oui. 2. Non

Combien de cas de COVID-19 ont été pris en charge dans le service ? /\_\_\_/

Il y a eu combien de cas suspects enregistrés dans le service ? /..../

Y a-t-il eu un personnel du service infecté par la COVID-19 : /.../

1 : Oui ; 2. Non.

Si oui quel a été l'impact sur votre travail ? :

---

---

---

Si oui quel a été l'impact sur les activités de la structure ? :

---

---

---

Est-ce qu'il a eu une réduction du nombre de personnel pendant la pandémie COVID-19 ?

/\_\_\_/

1 : Oui ; 2 : Non

**Quel a été l'impact du COVID 19 sur les activités de sensibilisation au niveau du centre ?**

/— /

1 : arrêt ; 2 : réduction de la durée de l'activité ; 3 : Réduction du nombre des participants ; 4 : autres Si oui préciser

/

---

---

**Existait-il un plan de contingence dans votre structure**

? / \_\_\_ / 1 : oui ; 2 : non

Y a-t-il eu des ruptures de stocks en médicaments et autres consommables pendant la COVID -19 ? / \_\_\_\_\_ /

1 : oui ; 2 : non

Si oui lesquels :

Gants/ \_\_\_/ 1 : oui ; 2 : non

Alcool / \_\_\_ / 1 : oui ; 2 : non

Masque / \_\_\_/ 1 : oui ; 2 : non

Sérum / \_\_\_/ 1 : oui ; 2 : non

Antalgique / \_\_\_/ 1 : oui ; 2 : non

Antibiotique / \_\_\_/ 1 : oui ; 2 : non

Autres / \_\_\_/ 1 : oui ; 2 : non



Etude de la perception des personnels et des usagers et l'évolution des activités de la santé de la reproduction pendant 1an avant COVID-19 et 1an pendant COVID-19 au CSRéf CV

Si autres préciser / \_\_\_\_\_ /

## QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

### USAGERS (femme et/ou accompagnants)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

N° :

**Q1. Quel est votre âge : .....**

**Q2. Sexe : /.../**

**Q3. Quel est votre statut matrimonial :**  Mariée  Libataire  
 Divorcée  Veuve

**Q4. Etes-vous allez à l'école ?**  Oui  Non

**Si oui quel est votre niveau d'instruction :**

Fondamental  Secondaire  Supérieur

**Q5. Quelle zone habitez-vous ?**

1- Rurale

2- Urbaine

**1. la capacité des services de santé à offrir les soins selon les besoins des clientes.**

**Q6. Avez-vous eu besoin de fréquenter un service de santé ?** Oui  Non

Si oui, par quel moyen de déplacement vous vous êtes rendus au centre de santé ?

A véhicule personnel  A moto  En transport Commun  A pied

**Q7. Comment vous avez trouvé le temps d'attente dans la structure ?**

Très long  Long  Normal  Court

**Q8. Le personnel de santé était-il-disponible pour vous offrir le service ?** Oui

Non

**Q9. Avez-vous été bien accueilli lors de vos visites/soins ?** Oui  Non

Si non pensez-vous que ce mauvais accueil est un fait nouveau ? Oui  Non

Q10. Avez-vous bénéficié de service en ligne : /---/ 1 : Oui 2 : non

Si oui préciser : /\_\_\_/ 1 : PF ; 2 : .....

Q11. Qu'est-ce que vous n'appréciez lors votre visite ? /\_\_\_/

1 : Accueil ; 2 : Offre de soins ; 3 : délai d'attente ; 4 : hygiène du local ; 5 : le coût ; 6 : accessibilité géographique.

Q12. Avez-vous bénéficié des informations sur la santé de la reproduction dans le contexte COVID-19 ? Oui  Non

Q 13. Le prestataire vous a il accordé suffisamment de temps pour vous écouter lors de votre visite/soins ?

Oui  Non

## 2. la fréquentation des services de santé maternels

Q 14. Avez-vous fréquenté les services SR pendant cette période de COVID-19 ?

Oui  Non

Si oui lequel : /\_\_\_/ 1 : CPN ; 2 : PF ; 3 : SAA ; 4 : PEV ; 5 : Dépistage cancer du col ; 6 : PTME ; 7 : CPON.

Si non préciser :

Avez-vous eu peur de vous rendre au centre de santé ? Oui  Non

- Avez-vous eu de la méfiance envers le système de santé en ce début de pandémie ?

Oui  Non

-Avez-vous eu confiance aux soins donnés pendant cette période de pandémie ?

Oui  Non

Si les quels ? Les gestes cliniques  les injections  les prises sanguines  
pours les bilan complémentaires

Q15. Etes-vous allé dans quelle structure de Santé ?

Hôpital  Un CSCom  CSRéf  Un Centre de Santé privée

### 3. Les difficultés financières engendrées par le Covid-19

- Avez-vous eu des difficultés financières à cause du COVID ? Oui  Non

- Si oui ces difficultés vous ont-elles empêchez de fréquenter un de ces services SR :

CPN :  , CPON :  , PF :  , SAA :  , PTME :  , dépistage cancer du col :  ,  
accouchement :  , PEV :

### 4. Le recours aux services de santé.

Q16. Avez-vous eu des problèmes de santé pendant la pandémie COVID-19 (depuis Mars 2020) ? Oui  Non

Si oui,

Etes-vous aller dans un centre de santé : Oui  Non

Avez-vous fait l'automédication Oui  Non

Avez-vous consulté un tradipraticien : Oui  Non

Avez-vous contacté par téléphone un agent de santé : Oui  Non

## FICHE SIGNALETIQUE

**NOM :** DIARRA

**PRENOM :** Korotimi

**Adresse :** Tel :(0023) 77 78 97 10. ; **Email :** [korotimidiarra700@gmail.com](mailto:korotimidiarra700@gmail.com)

**Nationalité :** Malienne

**TITRE :** Etude de la perception des personnels et des usagers et l'évolution des activités de la santé de la reproduction pendant 1an avant COVID-19 et 1an pendant COVID-19 au CSRéf CV de Bamako.

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2022-2023

**VILLE DE SOUTENANCE :** BAMAKO

**PAYS D'ORIGINE :** MALI

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la FMOS

**SECTEURS D'INTERET :** Gynécologie-Obstétrique, Santé publique

**RESUME :** En mars 2020, la Covid-19 a été reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une pandémie mondiale. Bien que l'Afrique semble jusqu'à présent avoir été relativement épargnée (1), la capacité limitée des systèmes de santé en matière de dépistage et de surveillance des maladies limite l'évaluation de l'ampleur et de l'impact réels de la pandémie dans de nombreux pays africains (2).

Le but du travail était d'étudier la perception des personnels et des usagers et l'évolution des activités de la santé de la reproduction pendant la période COVID-19 au CSRéf CV.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte retro-prospective portant sur la fréquentation des services de santé de reproduction pendant la période Covid19 au service de gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V sur une période de 2 ans soit un an avant la période COVID- 19 (Mars 2019-Mars 2020) et un an pendant la période de la pandémie de la COVID-19 (Mars 2020-Mars 2021).

Nous avons enquêté 107 personnels et 324 usagers du CSRéf CV sur la fréquentation des services de santé de reproduction pendant la période Covid-19

Dans notre étude le sexe féminin prédominait avec 74,8% pour les personnels et 97,5% pour les usagers, 48,6% des personnels avaient un âge compris entre 18 à 30 ans et 67,9% des usagers avaient l'âge compris entre 20 à 35 ans.

Dans notre étude,87% des personnels ont signalé l'influence de la covid-19 sur la fréquentation du service et les services de santé de la reproduction n'ont pas été fréquentés dans 62,0% des cas par les usagers

Les modes de contamination selon les personnels étaient, le contact direct 84,1% des cas suivi de la transmission aéroportée et les gouttelettes soit 68,2%.

L'espace de travail était réorganisé par la Réduction du nombre de personnels, distanciation, le port de masque, le lavage des mains au savon, gels hydroalcooliques ont été les plus représentés soit 26,0% des cas suivi de la réduction des jours de travail par groupes dans 25,0% des cas.

Dans notre étude 80,4% des personnels étaient stressés et 88% étaient inquiets. La consultation prénatale a diminué de 10,5% en Mai 2019 à 7,6% en Mai 2020. Ainsi que de 11,3% en Avril 2020 à 7,2% en Février 2021

L'utilisation des services de soins postnatals a diminué de 12,7% en Février 2020 à 4,8% en Février 2021

Nous avons observé une diminution de la proportion de la planification familiale de 9,8% en Avril 2019 à 4,7% en Avril 2020

La demande de soins après avortement a augmenté de 8% en Mars 2019 à 12,2% en Mars 2020 par contre elle a diminué de 12,2% en Mars 2020 à 8,3% en Mars 2021.

Le nombre d'accouchement par voie basse a diminué de 8,2% en Mars 2019 à 6,8% en Mars 2020 par contre il a augmenté de 5,8% en Août 2019 à 7,7% en Août 2020. Le nombre de césarienne a augmenté de 7,7% en Mars 2019 à 7,8% en Mars 2020 et à 7,9% en Mars 2021

Le nombre de pathologie au cours de la grossesse a diminué de 6,4% en Mars 2019 à 3,2% en Mars 2020 par contre il a augmenté de 3,2% en Mars 2020 à 20,3% en Mars 2021. Le nombre de mort-né a diminué de 29,4% en Mars 2019 à 5,4% en Mars 2020 à 4,3% en Mars 2021. Le nombre de décès maternel a augmenté de 7,7% en Mai 2019 à 30% en Mai 2021.

**Mots-clés :** COVID-19, santé de la reproduction, CSRéf CV, personnel, usagers, perception

## **Safety data sheet**

**Name :** DIARRA

**First name :** Korotimi

**Address :** Tel : (00223) 77 78 97 10 ; **Email :** [korotimidiarra700@gmail.com](mailto:korotimidiarra700@gmail.com)

Nationalty : Malian

**Title :** Study of the perception of staffs and users and the evolution of reproductive health activities for 1 year before COVID-19 and 1 year during COVID-19 at the Reference Health Center of commune V.

**College year :** 2022-2023

**City of defense :** Bamako

**Native country :** Mali

**Deposit local :** Library of Faculty of medicine and Odonto-Stomatologie (FMOS)

**Sector of interest :** Obstetric Gynecology, Public heath.

**Summary :** In March 2020, COVID-19 was recognized by the World Health Organization as a global pandemic. Although Arica seems so far to have been relatively spared.[1] . The limit capacity of health systems for disease screening and surveillance limits the assessment of the scale and reel impact of the pandemic in many African countries.

The aim of the work was to Study of the perception of staffs and users and the evolution of reproductive health activities during COVID-19 at the Reference Health Center of commune V

This was a descriptive cross-sectional study with retrospective collection focusing on atendance at reproductive health services during the COVID-19 period at the obstetrics and gynecology department of the Commune V reference health center over a period 2 years, either one year before the period of the COVID-19 pandemic( March 2019-March 2020) and 1 year during the period of the COVID-19 pandemic( March 2020-March 2021).



We surveyed 107 staff and 324 users of the CSRef CV on the use of reproductive health services during the COVID-19 period.

In our study, the female sex predominated with 74,8% for staff and 97,5% for users, the staff aged between 18 and 30 represented 48,6%, the users whose aged between 20 and 35 years were 67,9%.

In our study, 87% of staff reported the influence of COVID-19 on service attendance and reproductive health service were not used in 62,0% of cases for users.

The modes of contamination according to staff were direct contact 84,1% of cases followed by airborne transmission and droplets i.e. 68,2% of cases.

The work space was reorganized by reducing the number of staff, distancing, wearing o mask, washing hands with soap, hydroalcoholic gels were the most represented i.e. 26,0% of cases followed by the reduction of days of work in groups in 25,0% of cases.

In our study 80.4% of staff were stressed and 88% were worried. Prenatal consultation decreased from 10,5% in May 2019 to 7,6% in May 2020 as well as from 11,3% in April 2020 to 7,2% in Février 2021. Use of posnatal care services decreased from 12,7% in February 2020 to 4,8% in February 2021. We observed a decrease in the proportion of family planning from 9,8% in April 2019 to 4,7% in April 2020.

The demand for post-abortion care increased from 8% in March 2019 to 12,2% in March 2020, however it decreased from 12,2% in March 2020 to 8,3% in March 2021.

The number of vaginal deliveries decreased from 8,2% in March 2019 to 6,8% in March 2020 however it increased from 5,8% in August 2019 to 7,7% in August 2020. The number cesarean section increased from 7,7% in March 2019 to 7,8% in March 2020 and to 7,9% in March 2021.

The number of pathologies during pregnancy decreased from 6,4% in March 2019 to 3,2% in March 2020 compared to it increased from 3,2% in March 2020 to 20,3% in March 2021.

The number of stillbirths decreased from 29,4% in March 2019 to 5,4% in March 2020 to 4,3% in March 2021.

The number of maternal death increased from 7,7% in May 2019 to 30% in May 2021.

**Key words :** COVID-19, reproductive health, reference health center of commune V, staff, users, perception

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette faculté, et 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 race, de parti ou de classe 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

**Je le Jure !!**