

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B



*Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

FMOS

Année universitaire 2020-2021

THEME

Mémoire N° :..... /

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA
PRISE DE LA SULFADOXINE / PYRIMETHAMINE CHEZ LES
FEMMES ENCEINTES AU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE ET UNIVERSITAIRE DE KONOBOUGOU**

Présenté et Soutenu publiquement le.../.../2021 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

Dr Djènèba KANAKOMO

**Pour l'obtention du Diplôme d'Études spécialisées de Médecine
de Famille/Médecine Communautaire (D.E.S)**

JURY

Président : Pr. Tioukani Augustin THERA

Membre : Dr. Boubacar NIARE

Co-Directeur : Dr. COULIBALY Bayo Mamadou

Directrice : Pr. Fatoumata DICKO TRAORE

DEDICACES

Au nom d'Allah le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

Louange à Allah, Seigneur de l'univers.

Le Tout Miséricordieux le très Miséricordieux,

Maitre du jour de la rétribution.

C'est toi (seul) que nous adorons, et c'est toi (Seul) dont nous implorons secours.

Dirige-nous dans le sentier droit,

Le chemin de ceux que tu as comblés de faveurs,

Non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés.

Seigneur accorde ton salut à notre Prophète Mohamed qui a clôt ce qui a précédé, Salut ;

*Au terme de ce travail couronnant des années d'études, mes dédicaces vont à l'endroit du tout puissant, à travers son bien aimé notre **Prophète MOHAMED** (paix et salut pour lui, sa famille et tous ceux qui ont suivi son chemin)*

Je dédie ce travail :

A mon mari : Sékou KONE

Les mots me manquent pour exprimer ici toute l'affection que j'ai pour toi. Ton amour, ta gentillesse, ton esprit communicatif, ta foi m'ont donné la force nécessaire pour affronter les obstacles de cette période de ma vie.

A tes pieds je dépose respectueusement et humblement ce travail en gage de ma très grande affection. Soit rassuré de mon amour et de ma fidélité, puisse DIEU le tout puissant nous guider et nous protéger.

A la mémoire de mon père : *Feu Kemaro KANAKOMO* merci de m'avoir enseigné les vertus du bien fait.

Toi qui as guidé mes premiers pas à l'école et qui n'as jamais cessé de me rappeler que « seul le travail libère l'homme » par tes actes. Tu as toujours su m'inculquer les règles de la bonne conduite, de dignité, du respect de l'humain,

ce qui m'a permis de me forger un chemin dans la vie. Reçois ici le fruit de ton semis de l'amour de mon prochain et de la persévérance. Tu fus un père aimant et tes enfants ne t'oublieront jamais. Dort en paix.

A mes Mamans : Aminata KANAKOMO et Aminata KANTA

Femmes humbles, généreuses, honnêtes et travailleuses, vous représentez encore pour nous (mes frères ; sœurs et moi) l'exemple de la bonté, du respect de l'autre. Ce travail est le fruit de votre sacrifice, de votre patience, de vos efforts pour que notre éducation soit à hauteur de souhait. Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut tout au long de mes études surtout les moments difficiles. En ce jour, un de vos vœux est réalisé, remerciez Allah une fois de plus et demandez-lui encore une fois de plus. Il est le détenteur de l'immensité.

Quels mots, quelles phrases, quelles citations que dirais-je si ce n'est « Grand Merci » pour tous les efforts que vous avez consentis pour mes frères ; mes sœurs et moi

Ce jour, est le vôtre, me confirme une fois encore vos efforts inlassables au service du prochain.

A mon oncle : Cheick O KAYENTAO et toute sa famille, cher oncle les mots me manquent pour exprimer ma joie, merci pour vos conseils qui n'ont jamais fait défaut

A ma tante : AWA KANAKOMO et son époux Bouya DIABATE : Merci pour vos conseils et vos encouragements qui n'ont jamais fait défaut, recevez ici ce travail comme gage de remerciement.

A mes sœurs et frères :

Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion aussi de vous rappeler

que le lien de sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons, restons toujours unis pour la vie

*Merci pour votre soutien tout au long de mon parcours,
Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infaillible*

A mes cousines et cousins :

Vous avez toujours été présents pour ma modeste personne ; recevez ici l'expression de ma profonde gratitude. Que DIEU fasse que chacun de nous soit heureux

A mes enfants :

Vous êtes une source de joie et de bonheur pour nous. Votre présence dans notre vie nous a comblés. Qu'Allah vous protège et vous accorde une longue vie pleine de succès. Je vous aime.

*A toutes la grande famille **KANAKOMO** de loin et de près ; ainsi que la famille **KAYENTAO ; DIABATE ET KONE***

A mes amis (es) :

Nous avons partagé des moments de dur labeur, de détente, de peine et de bonheur. Que DIEU fasse que chacun de nous soit heureux.

A tous mes maîtres de stage :

Merci pour tout ce que vous nous avez donné comme formation.

REMERCIEMENTS

Professeur Mamadou DEMBÉLÉ

C'est pour nous un grand plaisir d'être parmi vos étudiants. Votre apport au cours de ces quatre années d'étude nous a été d'un apport capital. Votre qualité

scientifique et votre sens du respect sera pour nous un exemple à suivre. Recevez ici nos sentiments les plus respectables.

Docteur MAÏGA Mahamane

Merci pour votre soutien constant à travers le Projet CLEFS, que le bon DIEU vous récompense.

Professeur Fatoumata DICKO TRAORE

Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, ainsi que par vos leçons d'humilités, ceux qui font de vous une Femme exemplaire. Nous vous remercions avec le cœur plein d'émotions et de reconnaissances.

Docteur Mamadou B COULIBALY

Merci pour votre courage votre simplicité, malgré vos multiples occupations vous avez toujours eu le temps pour ma modeste personne, votre dynamisme et votre compétence technique font de vous un responsable de qualité. Docteur je ne vous remercierai jamais ; car vous avez été un modèle pour moi tout en vous souhaitant longue vie pour la bonne prolifération de notre discipline et en nous guidant d'avantage.

Docteur Boureima DICKO et Docteur Salif TIELA

Merci pour vos soutiens moraux et encouragements qui n'ont jamais fait défaut. Vos sérieux, vos caractères sociables, vos pragmatismes et vos courages font de vous des exemples. Recevez ici l'expression de ma gratitude. Merci pour votre amitié et tous vos soutiens

Projet CLEFS

Pour l'appui technique et financier que vous apportez aux DES de Médecine de famille et communautaire. C'est une immense joie pour nous d'être dans ce processus de changement de la qualité des soins fournis en première ligne. Nous assumerons ce changement.

*Personnel des CSCCom-U de Banconi ; Sanoubougou ; Seguè et de Konobougou :
Je vous remercie pour votre disponibilité ; votre rigueur et la formation que nous
avons reçue auprès de vous*

A toute la 7^{ème} promotion de MF/MC sans oublier la 6^é et la 8^é promotion.

Particulièrement à Dr Dembélé ; Dr Tembiné ; Dr Samabaly ; Dr Hassan.

Je remercie « le tout PUISSANT » de vous avoir mis sur mon chemin.

*Merci pour l'esprit d'équipe et de famille ; vos soutiens, vos partages
d'expériences et vos conseils qui m'ont été d'une aide précieuse dans la
réalisation et l'élaboration de ce mémoire. Recevez ici l'expression de ma
gratitude.*

A tous mes enseignants et encadreurs :

Merci pour tout ce que vous m'avez donnée comme formation.

*A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral matériel et financier pour la
réalisation de ce travail et que nous n'avons pu citer : Merci pour votre soutien
constant, que le bon DIEU vous récompense.*

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur THERA Tioukani

- Chef de Service de Gynécologie Obstétrique au CHU du Point G
- Maître de conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique
- Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie **Obstétrique:**
Université Claude Bernard Lyon (France)
- Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la stérilité -Université
Paris IX(France)
- Diplôme d'Etude universitaire d'échographie Gynécologique et
Obstétricale-université Paris IX(France)
- Diplôme Européen d'Endoscopie opératoire en Gynécologie: Université
d'Auvergne, Clermont Ferrant (France)
- Diplôme d'Etude universitaire en Colposcopie et pathologie cervico-
vaginales Angers (France)
- Président de la commission médicale d'établissements du CHU du Pt G

Cher maître ;

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Boubacar NIARÉ

- Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire
- Chargé de Santé communautaire et point focal SEC (Soins Essentiel dans la communauté) à la DRS (Direction Régionale de la Santé) du District de Bamako
- Responsable du Bureau de Recherche et d'évaluation du département de Médecine de Famille/Médecine Communautaire (MF/MC)
- Membre fondateur du Syndicat des Médecins du Mali (SY.ME.MA) et actuel Secrétaire général Adjoint du BEN-SY.ME.MA
- Trésorier général de l'association Dugu Yeelen de Banconi Sourakabugu

Cher maître ;

Votre simplicité, votre disponibilité et votre courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez. La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre. Trouvez ici cher maître l'expression l'expression de ma profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :

Docteur Mamadou Bayo COULIBALY

- Spécialiste en médecine de famille et médecine Communautaire;
- Directeur Technique du CSCom U de Konobougou ;
- Chargé d'encadrement clinique du DES de médecine de famille et médecine communautaire
- Membre du comité éditorial de Jaccr Community Health.

Cher maître,

Vous nous avez toujours consacré le temps nécessaire pour mener à bien ce travail. Nous sommes émerveillés par votre goût pour la recherche, votre dynamisme, votre simplicité qui font de vous un modèle incontesté pour la jeune génération. C'est un grand honneur pour nous d'être comptés parmi vos élèves.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos remerciements les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE MEMOIRE :

Professeur Fatoumata DICKO TRAORE

- Professeur Titulaire de Pédiatrie de la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie ;
- Coordinatrice du DES de médecine de famille et médecine communautaire;
- Chef de service de néonatalogie au CHU Gabriel;
- Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAP);
- Secrétaire générale de l'Association des Pédiatries d'Afrique Noire Francophone (APANF);
- Membre du collège Ouest Africain des médecins.

Cher maître,

Vous nous faites l'insigne honneur de présider ce jury malgré vos occupations professionnelles. Votre disponibilité constante et votre rigueur scientifique nous ont toujours fasciné et font de vous un maître admiré de tous. Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de nos sentiments respectueux.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO	: Association de Santé Communautaire
CLEFS	: Communauté Locale d'Enseignement pour des Femmes et des Filles en Santé
CPN	: Consultation prénatale
CPON	: Consultation Post Natale
CSCom U	: Centre de santé Communautaire et Universitaire
DES	: Diplôme d'Étude Spécialisée
DTC	: Directeur Technique du Centre
DV	: Dépôt de Vente
MF/MC	: Médecine de Famille, Médecine Communautaire
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
PFN	: Faible Poids de Naissance
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RN 6	: Route Nationale 6
SP	: Sulfadoxine –Pyriméthamine
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
TPI-SP	: Traitement Préventif Intermittent- Sulfadoxine-Pyriméthamine
USTTB	: Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Qualification du personnel impliqué dans la prise supervisée de SP11	
Tableau II : Personnel ayant reçu la formation sur la prise supervisée de la SP 12	
Tableau III : Réalisation de la prise supervisée de la SP par le personnel.....	12
Tableau IV : L'impression des femmes enceintes par rapport à l'accueil	13
Tableau V : La tranche d'âge des femmes enceintes	13
Tableau VI: Le niveau d'instruction des femmes	14
Tableau VII : Parité de femmes enceintes.....	15
Tableau VIII : Définition de la SP par le personnel.....	15
Tableau IX : Connaissance de la période de prise de la SP par le personnel	16
Tableau X : Niveau de connaissance du personnel sur les effets secondaires de la SP.....	17
Tableau XI : L'âge de la grossesse des femmes enceintes	17
Tableau XII : Connaissance par les femmes enceintes du nombre de doses de SP à prendre	18
Tableau XIII : L'importance de la prise de la sulfadoxine pyriméthamine par les femmes enceintes	19
Tableau XIV : Présence des effets secondaires lors de la prise antérieure.....	20

LISTE DES FIGURES

Figure 1: disponibilité des matériels et intrants	11
Figure 2: Le respect de l'ordre d'arrivée.....	12
Figure 3: La provenance des femmes enceintes.....	14
Figure 4: Connaissance de l'importance de la SP par le personnel	16
Figure 5: Rôle de la sulfadoxine pyriméthamine selon les femmes enceintes. ..	18
Figure 6: Connaissance de la période de prise de la SP par les femmes enceintes	19

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
Hypothèse de recherche.....	2
OBJECTIFS.....	3
Objectif Général	3
Objectifs spécifiques	3
1. METHODOLOGIE.....	4
1.1. Cadre d'étude.....	4
1.1. Type et période d'étude	5
1.2. Population d'étude.....	6
1.3. Méthode d'échantillonnage	6
1.4. Technique et collecte des données	7
1.5. Déroulement de la recherche	7
Deuxième étape : Planification de l'action (.....	8
1.6. Considération éthique	9
2. RESULTATS	10
2.1. Information générale de l'environnement	11
2.1. Matériels et intrants	11
2.2. Données sur le personnel de la maternité.....	11
2.3. Données des femmes enceintes	13
3. DISCUSSION	21
3.1. Information générale de l'environnement	21
3.2. Données sur le personnel de la maternité.....	21
3.3. Données des femmes enceintes	23

CONCLUSION	25
RECOMMANDATIONS	26
RÉFÉRENCES	27
ANNEXES	31

INTRODUCTION

Le paludisme est un problème majeur de santé publique au regard de ses taux de morbidité et mortalité élevés ainsi que ses répercussions socioéconomiques (1,2). Il constitue la première cause de consultation dans les structures de santé (40%) (1). Chaque année, près de 25 millions de femmes enceintes, dont 20% de primipares, sont confrontées aux conséquences du paludisme en Afrique subsaharienne (3).

Le paludisme est responsable de nombreuses complications pendant la grossesse (4). Au cours de la grossesse, il est une cause majeure d'anémie et de décès maternel et l'une des principales causes d'insuffisance pondérale à la naissance, de mort in utero, de retard de croissance intra utérine, de prématurité (1,5,6,7). Le paludisme maternel serait responsable de plus de 35% des causes évitables de faible poids de naissance (FPN), facteur de risque de mortalité infantile le plus important (8,9).

Un traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pour contrôler le paludisme pendant la grossesse est utilisé dans 37 pays d'Afrique subsaharienne (10). Le risque élevé de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants a conduit le gouvernement malien à fournir une SP gratuite lors des visites dans les structures prénatales (11). Le Traitement préventif intermittent (TPI) avec sulfadoxine / pyriméthamine s'est avéré efficace pour réduire l'incidence du paludisme associé à la grossesse (12,13). Pour réduire le fardeau lié au paludisme sur grossesse, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un paquet d'intervention tripartite composé de la distribution et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la prise en charge efficace des cas et une utilisation de la Sulfadoxine Pyrimétamine (SP) pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI) du paludisme dans les zones de transmission modérée à sévère (14). La SP est le seul médicament actuellement recommandé pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte et il convient de souligner qu'elle

continue d'être bénéfique à la mère et à son bébé, même dans les régions de résistance de la SP en traitement curatif du paludisme (15). Il est désormais recommandé un schéma d'au moins 3 doses de TPI à base de SP dès le second trimestre de la grossesse, à partir de la seizième semaine d'aménorrhée lors de chaque consultation prénatale (CPN) programmée jusqu'à l'accouchement. Chaque dose doit être administrée à au moins un mois d'intervalle (16).

Le but de cette étude était d'évaluer la prise supervisée du traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine–pyriméthamine (TPI–SP) afin de pouvoir l'améliorer.

Hypothèse de recherche

- ✓ Les difficultés liées à la prise supervisée de la SP sont dues aux ruptures, des intrants ;
- ✓ Les difficultés liées à la prise supervisée de la SP sont liées à l'insuffisance de ressource humaine ou non formée ;
- ✓ Les difficultés sont liées au non-respect des procédures, normes et politique en matière de la prise de la SP ;
- ✓ Les difficultés de la prise supervisée de la SP sont liées à la méconnaissance de SP par les femmes enceintes.

OBJECTIFS

Objectif Général

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise supervisée du TPI-SP chez la femme enceinte au CSCom U de Konobougou.

Objectifs spécifiques

1. Identifier les causes de la rupture de SP ;
2. Évaluer la connaissance du personnel et leur pratique sur la prise de SP ;
3. Évaluer la présence des intrants du TPI-SP ;
4. Évaluer le remplissage correct des différents supports primaires de gestion des intrants du TPI-SP ;
5. Évaluer la connaissance de femmes enceintes sur la TPI-SP;
6. Proposer un plan de résolutions des problèmes identifiés

1. METHODOLOGIE

1.1. Cadre d'étude

Cette étude s'est effectuée dans le CSCCom U de Konobougou dans le district sanitaire de Barouéli/Région de Ségou.

L'aire de santé de Konobougou est située sur la route nationale 6 (RN 6) reliant Bamako à Ségou. Elle est distante de Bamako de 160 Km, 80 Km de Ségou et de 20 Km de Barouéli qui est son chef-lieu de cercle. Elle compte 27 419 habitants pour 21 villages en 2021.

Elle est limitée :

- Au Nord par l'aire de santé de Barouéli central,
- Au Sud par l'aire de santé de Wondo,
- Au Sud-est par la commune de Kodougouni
- A l'Ouest par l'aire santé de Bananido,
- A l'Est par l'aire de santé de Tigui,
- Au Nord-Ouest par l'aire de Kalaké.

✓ **Personnel**

- Deux médecins dont le Médecin Directeur Technique Centre (DTC) est payé par l'état et l'autre appui est payé par la collectivité ;
- Deux sage-femmes payées par l'état ;
- Un technicien supérieur de santé payé par l'état ;
- Un biologiste payé par les collectivités ;
- Une technicienne de santé payée par les collectivités ;
- Cinq matrones dont (4 payées par la mairie et une par l'ASACO)
- Un aide-soignant payé par la mairie
- Une gérante DV payée par l'ASACO
- Deux gardiens payés par l'ASACO
- Un chauffeur payé par la mairie.

✓ **Les infrastructures**

Le centre comprend quatre (4) blocs :

- Un bloc administratif avec les bureaux de consultation du Médecin, la salle de réunion, deux salles de supervisions, le bureau du président de l'ASACO un secrétariat pour l'ASACO et des toilettes.
- Un bloc de maternité composé de la salle d'accouchement, un bureau des sage-femmes un bureau pour la CPN, une salle PTME, des salles de suite de couche, une salle de garde et deux blocs de toilettes.
- Un bloc de dispensaire composé de : un laboratoire, une salle pour petite chirurgie, une salle de soins et deux salles d'observation (homme et femme). Une chaine de froid. Un bloc de dépôt de vente composé de : une salle de garde pour infirmier, un magasin et le dépôt de vente. Une salle pour la récupération nutritionnelle.
- Un bloc de dépôt de vente avec une salle de consultation externe et une salle de denrée alimentaire.
- Par ailleurs il existe : un bloc pour le logement des résidents du DES de MF/MC, un deuxième magasin et des latrines. Il y'a aussi un projet de morgue inachevé.

✓ **Matériels**

Il existe un incinérateur, dispositif de chauffage d'eau.

Comme matériel roulant, le CSCom dispose d'une ambulance voiture pour les évacuations vers le niveau supérieur et une ambulance tricycle pour les évacuations du village vers le CSCom U.

1.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude de recherche action modèle Susman (17), ce modèle se distingue en cinq phases inhérentes à chaque cycle de recherche-action. Tout d'abord, un problème est identifié et des données sont rassemblées afin d'établir un diagnostic plus détaillé. Ceci est suivi de l'établissement d'hypothèses concernant plusieurs solutions possibles, desquelles découlent un plan unique

d'action qui est ensuite mis en œuvre. On procède ensuite à la collecte et à l'analyse de données relatives aux résultats de l'intervention, les conclusions sont interprétées à la lumière du succès ou de l'insuccès de l'opération. À ce stade, le problème est réévalué et un nouveau cycle peut commencer. Des cycles successifs sont répétés jusqu'à ce que le problème soit résolu, que les différents partenaires soient satisfaits ou encore que la situation posant problème ne puisse plus faire l'objet d'une amélioration (18).

Elle s'est déroulée en quatre mois en allant du 1^{er} février au 31 mai 2021.

1.2. Population d'étude

✓ **Critères d'inclusion** : étaient inclus dans l'étude :

- Le personnel de la maternité impliqué dans la CPN ;
- Les femmes enceintes vues en CPN où l'âge de la grossesse est supérieur ou égale à quatre mois.

✓ **Critères de non inclusion** : Ont été exclus de cette étude :

- Les agents de santé non impliqués dans la CPN ;
- Les femmes enceintes au premier trimestre ;
- Les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse est supérieur ou égale à quatre mois et vue en consultation curative.

1.3. Méthode d'échantillonnage

Pour le personnel

L'ensemble du personnel impliqué dans la CPN

Pour les usagers

Le nombre du personnel de la maternité, au nombre de 7 plus les femmes ayant reçu par mois la première dose de SP étaient de 61, 52 pour la deuxième dose de SP et 43 pour la troisième dose de SP, ce qui donne un total de 163 femmes. Dans notre étude, nous avons pris le tiers de cette taille. On a procédé par un échantillonnage aléatoire systématique : les unités statistiques sélectionnées sont espacées régulièrement au sein de cette population : chaque troisième

L'Unité statistique de la population est sélectionnée jusqu'à constituer la taille de l'échantillon fixée au départ (52), le premier élément de l'échantillon est choisi toujours au hasard.

1.4. Technique et collecte des données

✓ Matériel

La fiche d'enquête (voir annexe).

Elle a concerné en gros les locaux, le personnel, les intrants de prise en charge et les femmes enceintes.

✓ Collecte des données

Nous avons observé le personnel de la maternité impliqué dans la CPN pour la prise supervisée de la SP. Cette observation était suivie de discussion. Les femmes enceintes ont été aussi interrogées à l'aide d'un questionnaire préétabli. L'outil de collecte des données utilisé à savoir la fiche d'enquête, méthode (observation, interrogation), a permis d'aborder les problématiques liées à la prise supervisée du TPI-SP au CSCom U de Konobougou.

✓ Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS 22, à partir des fiches d'enquête individuelle.

1.5. Déroulement de la recherche

La mise en place des activités de la présente recherche a été faite en se basant sur la méthode de recherche action modèle Susman. Notre étude s'est déroulée en cinq étapes :

Première étape : Prise de contact (Du 1^{er} au 7 Février 2021) Elle a été faite avec l'équipe technique du centre et les membres de l'ASACO, suivi de l'identification du problème.

Deuxième étape : Planification de l'action (Du 08-02 au 05-03-2021) Après une réflexion sur les hypothèses de recherche, les différentes contributions des membres de l'équipe de recherche ont été recueillies et intégrées selon leur pertinence ; ensemble, nous avons élaboré un plan d'action qui a permis de résoudre les problèmes liés à la prise supervisée du TPI-SP.

Troisième étape : la mise en œuvre : (Du 08-03 au 23-04-2021) Ce plan d'action a permis de résoudre la problématique de prise supervisée du TPI-SP chez les femmes enceintes dans le CSCom Universitaire de Konobougou.

Quatrième étape : Évaluation des effets de l'action : (Du 24-04 au 30-04-2021) Vérification ou mise à l'épreuve des hypothèses spécifiques de travail a été réalisée par l'ASACO, les agents techniques du centre et d'autres partenaires (CLEFS). Les acteurs ont travaillé en collaboration et ont été chargés de vérifier et de conduire les mécanismes appropriés pour la mise à l'épreuve des hypothèses spécifiques auprès des groupes cibles.

Cinquième étape : le partage du savoir généré : (Du 01 au 31-05-2021) La capitalisation et diffusion des résultats et conclusions de la recherche à travers un document de mémoire ont été en partenariat avec CLEFS, le CSCom U de Konobougou et l'USTTB (Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako).

1.6. Considération éthique

Il ne s'agissait pas d'une étude expérimentale sur l'Homme mais une étude permettant d'apporter des solutions pour résoudre les problématiques du TPI-SP au CSCom U de Konobougou.

Un consentement individuel écrit et signé a été obtenu de chaque sujet à l'étude. L'étude ne comportait aucun risque additionnel chez les participants. Les noms et prénoms des sujets n'ont pas été utilisés. Seul un numéro d'identification a servi à identifier. Les données ont été gardées de façon confidentielle.

2. RESULTATS

Nos résultats ont été obtenu en suivant le modèle de recherche action qui est subdivisé en 5 étapes selon le modèle de Susman. Une première évaluation a été faite au tout début pour déceler les points forts et les points faibles.

Ces premiers résultats ont été montrés et débattus entre l'enquêteur, le DTC et l'équipe de la maternité. Le DTC et le personnel impliqué dans la prise supervisée de la SP ont été félicités pour les points forts constatés. Dans le but d'améliorer les insuffisances, il a été proposé de former du personnel de la maternité qui a été également effectué.

Nous avons aussi accompagné le personnel pour le renforcement de leur compétence en matière de communication avec les femmes enceintes et leur technicité dans la prise supervisée de la SP entre les deux évaluations.

Nous avons enfin réalisé une deuxième évaluation pour observer l'effet positif de notre intervention.

Une dernière rencontre a été effectuée avec le personnel du CSCom et les membres de l'ASACO pour leur montrer le résultat obtenu.

2.1. Information générale de l'environnement

2.1. Matériels et intrants

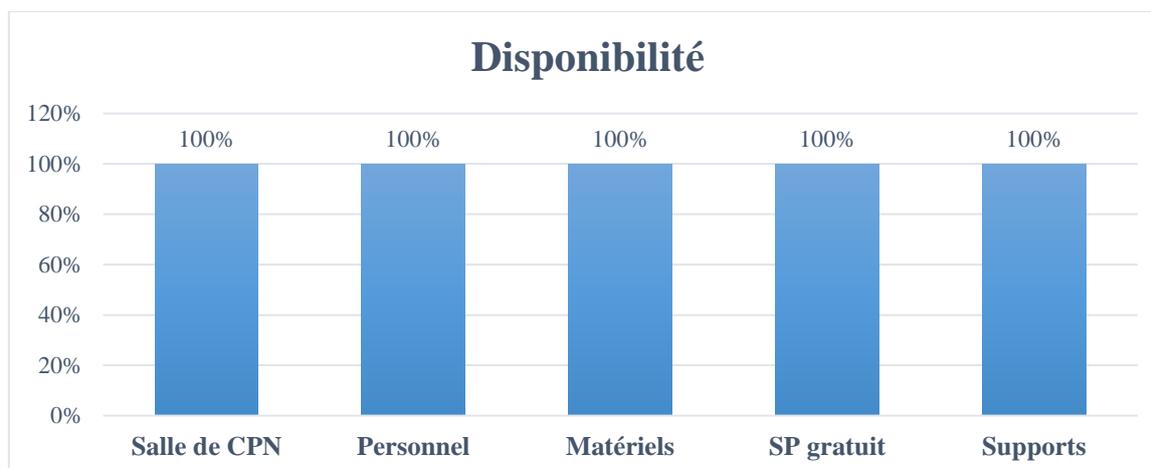


Figure 1: disponibilité des matériels et intrants

Toutes les ressources de la prise de la SP étaient disponibles à 100% au cours des deux études

Les salles de CPN étaient bien aérées, éclairées et propres.

La quantité de SP disponible était de 961 dont la date de péremption était décembre 2022.

Les supports de gestion (fiches de stock, cahier de mouvement, registre CPN) étaient bien tenus et remplis correctement.

2.2. Données sur le personnel de la maternité

Tableau I : Qualification du personnel impliqué dans la prise supervisée de SP

Qualification du personnel	Effectifs	Pourcentage (%)
Sage-femme	2	28,57
IO	1	14,29
Matrone	4	57,14
Total	7	100

Les matrones représentaient 57,14% au cours des deux évaluations.

Tableau II : Personnel ayant reçu la formation sur la prise supervisée de la SP

Personnel formé	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Oui	1	14,29	6	85,71
Non	6	85,71	1	14,29
Total	7	100	7	100

Dans 85,71% des cas le personnel n'avait pas reçu de formation sur la prise de la SP à l'évaluation initiale contre 14,29% à l'évaluation finale.

Tableau III : Réalisation de la prise supervisée de la SP par le personnel

Prise supervisée de SP	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Oui	100	100	100	100
Non	0	00	0	00
Total	100	100	100	100

La prise était supervisée dans 100% des cas pendant les deux évaluations.

Le respect de l'ordre d'arrivée



Figure 2: Le respect de l'ordre d'arrivée

Les femmes ont confirmé que l'ordre d'arrivée était respecté respectivement dans 94,2% et 100% des cas à la première et la seconde évaluation

Tableau IV : L'impression des femmes enceintes par rapport à l'accueil

Qualité de l'accueil	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Bon	52	100%	52	100%
Mauvais	0	0	0	0
Total	52	100%	52	100%

La totalité des femmes enceintes soit 100% ont témoigné d'un bon accueil des prestataires au moment des deux études

2.3. Données des femmes enceintes

Tableau V : La tranche d'âge des femmes enceintes

Tranche d'âge des femmes enceintes	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
15-19 ans	9	17,31	5	9,6
20-24 ans	16	30,77	19	36,5
25 ans et plus	27	51,92	28	53,8
Total	52	100	52	100

La tranche d'âge 25 ans et plus était la plus représentée avec 51,92% des cas au début et 53,8% à la fin de l'étude.

Tableau VI: Le niveau d'instruction des femmes

Qualité de l'accueil	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Non scolarisée	8	15,38	10	19,2
Primaire	38	73,07	34	65,4
Secondaire	5	9,63	6	11,5
Universitaire	1	1,92	2	3,8
Total	52	100	52	100

Le niveau primaire a été la plus représenté avec respectivement 73,07% et 65,4% à la première et la seconde évaluation.

La provenance des femmes enceintes

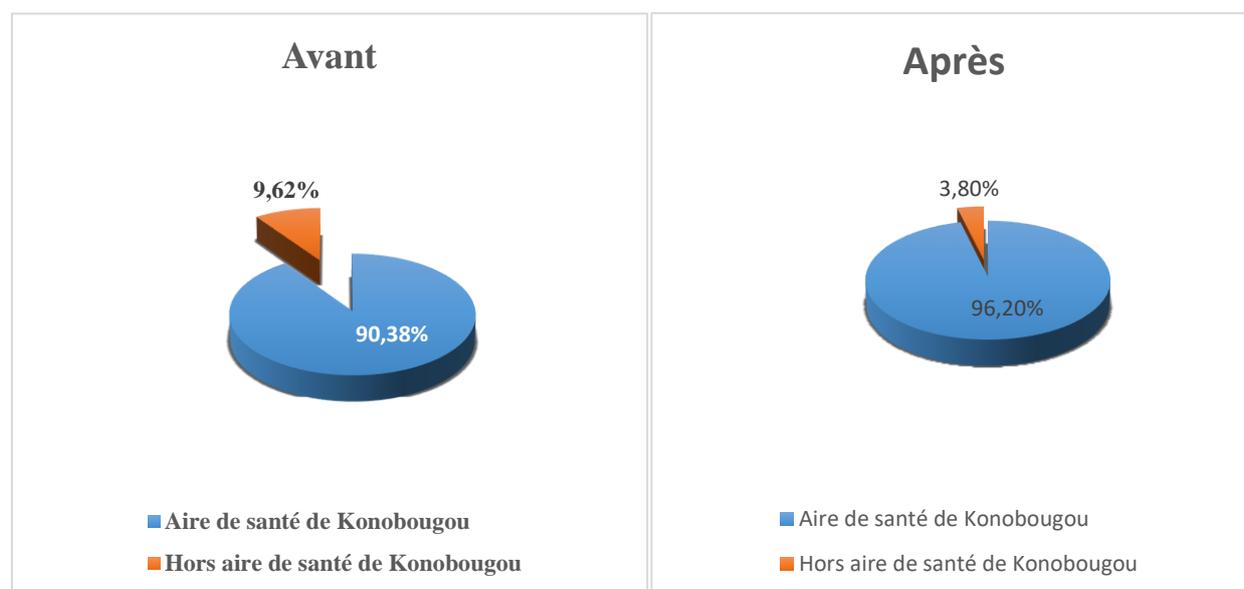


Figure 3: La provenance des femmes enceintes

Les femmes venaient de l'aire de santé de Konobougou dans 90,62% des cas et 96,20% des cas respectivement à l'évaluation initiale et finale.

Tableau VII : Parité de femmes enceintes

Parité de femmes enceintes	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Nullipare	14	26,9	8	15,4
Pauci pare	15	28,9	22	42,3
Multipare	14	26,9	16	30,8
Grande multipare	8	15,3	0	0
Très grande multipare	1	1,9	6	11,5
Total	52	100	52	100

Les paucipares étaient les plus concernées dans notre étude avec 28,9% des femmes enceintes au début et 42,3% des femmes à la fin.

2.4. Résultats de changements ou améliorations :

2.4.1. Concernant le personnel

Tableau VIII : Définition de la SP par le personnel

Connaissance du personnel sur les effets secondaires de la SP	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Bien décrit	2	28,57	7	100
Mal décrit	5	71,43	0	00
Total	7	100	100	100

Seulement 28,57(%) du personnel de la maternité pouvaient bien définir la SP à l'évaluation initiale et la totalité du personnel de la maternité soit un gain de 71,43(%) à l'évaluation finale.

Connaissance de l'importance de la SP par le personnel

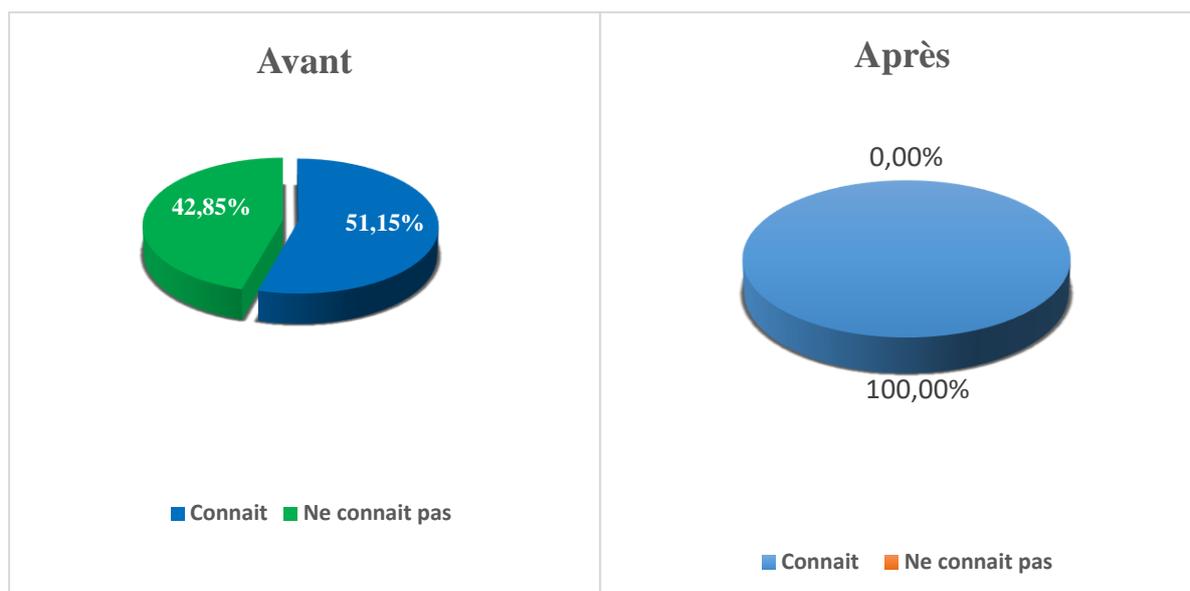


Figure 4: Connaissance de l'importance de la SP par le personnel

Plus de la moitié du personnel de la maternité a été capable de décrire l'importance de la SP au cours de la grossesse soit 57,15% à la première évaluation contre 100% à l'évaluation secondaire.

Tableau IX : Connaissance de la période de prise de la SP par le personnel

Période de prise de la SP	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Bien décrite	5	71,43	7	100
Mal décrite	2	28,57	0	00
Total	7	100	100	100

Le personnel de la maternité connaissait la période de la prise de la SP dans 71,43% des cas au cours de la première étude avec une amélioration de cette connaissance à 100% à la fin de l'étude.

Tableau X : Niveau de connaissance du personnel sur les effets secondaires de la SP

Connaissance du personnel sur les effets secondaires de la SP	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Connait	5	71,43	7	100
Ne connait pas	2	28,57	0	00
Total	7	100	100	100

Le personnel connaissait les effets secondaires de la SP dans 71,43% des cas au moment de l'évaluation initiale avec un gain de 28,57% de cette connaissance à l'évaluation finale

2.4.2. Concernant les femmes enceintes

Tableau XI : L'âge de la grossesse des femmes enceintes

Age de la grossesse	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
4 Mois	2	3,8	5	9,6
5 Mois	4	7,7	5	9,6
6 Mois	14	26,9	9	17,3
7 Mois	17	32,7	9	17,3
8 Mois	12	23,1	18	34,6
9 Mois	3	5,8	6	11,5
Total	52	100	52	100

Les femmes enceintes vues au septième mois de la grossesse représentaient 32,7% des cas à l'évaluation initiale et 34,6% des femmes étaient à huit mois de la grossesse à l'évaluation finale.

Tableau XII : Connaissance par les femmes enceintes du nombre de doses de SP à prendre

Nombres de doses	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
1 dose	4	7,7	0	0
2 doses	8	15,4	2	3,8
3 doses	9	17,3	10	19,2
4 doses	9	17,3	38	73,1
Ne sait pas	22	42,3	2	3,8
Total	52	100	52	100

Les femmes qui ne savaient pas le nombre de dose de SP à prendre au cours de la grossesse représentaient 42,03% contre 73,1% des femmes qui avaient dit 4 doses au cours de l'évaluation finale.

Rôle de la sulfadoxine pyriméthamine selon les femmes enceintes.

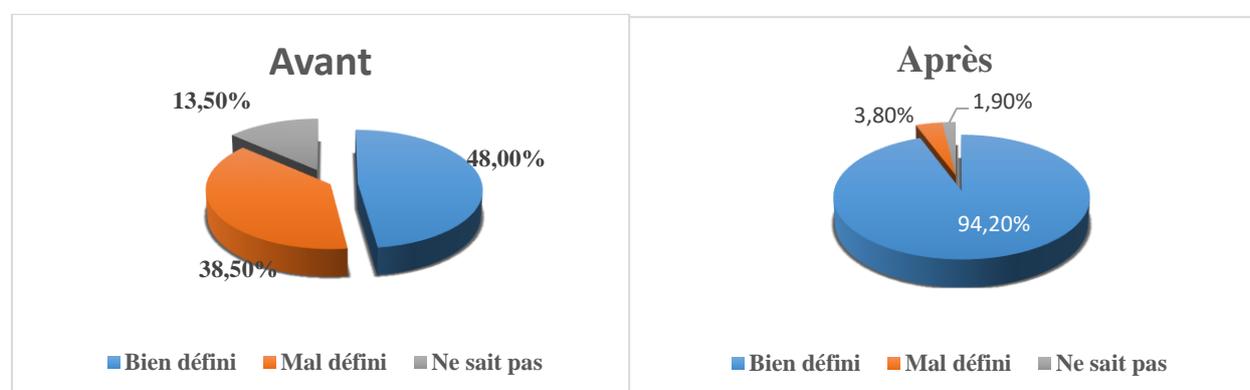


Figure 5: Rôle de la sulfadoxine pyriméthamine selon les femmes enceintes.

Moins de la moitié avait bien défini la sulfadoxine pyriméthamine soit 48,1% des femmes à la première évaluation contre 94,20% à la seconde évaluation.

Tableau XIII : L'importance de la prise de la sulfadoxine pyriméthamine par les femmes enceintes

L'impression des femmes sur la prise de la SP	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Bon	32	61,5	52	100
Ne sait pas	20	38,5	0	0
Total	52	100%	52	100

61,5% des femmes ont apprécié bon la prise de la SP à l'évaluation initiale contre 100% à l'évaluation finale.

Connaissance de la période de prise de la SP par les femmes enceintes

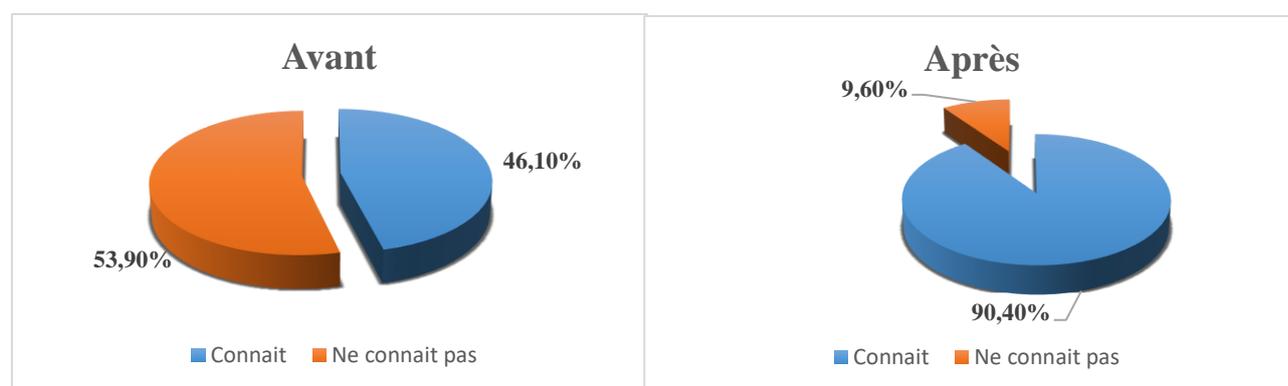


Figure 6: Connaissance de la période de prise de la SP par les femmes enceintes

Moins de la moitié des femmes enceintes ont pu bien décrire la période de la prise de la SP soit 46,1% à la première évaluation et 90,40% des cas à l'évaluation finale.

Tableau XIV : Présence des effets secondaires lors de la prise antérieure

Présence des effets secondaires lors de la prise antérieure	Avant		Après	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
Oui	5	9,6	3	3,8
Non	32	61,5	47	90,4
Non applicable	15	28,8	1	5,8
Total	52	100	52	100

Nombreuses sont celles qui n'ont pas constaté des effets secondaires lors de la prise antérieure de la SP soit 61,5% des femmes au cours de l'évaluation primaire contre 90,4% à l'évaluation secondaire

3. DISCUSSION

Grâce à la formation du personnel sur la prise supervisée de la SP et leur accompagnement dans le but de renforcer leur compétence en matière de communication avec les femmes enceintes et leur technicité, nous avons constaté des avancées considérables à la deuxième évaluation (à travers une comparaison des résultats du début et à la fin).

3.1. Information générale de l'environnement

Toutes les ressources de la prise de la SP étaient disponibles à 100% au cours des deux études. Les salles de CPN étaient disponibles, bien aérées, éclairées et propre. La quantité de SP disponible était de 961 dont la date de péremption était décembre 2022. La propreté et les disponibilités de ressource permettraient de motiver le personnel dans la réalisation de la prise supervisée lors de la CPN.

Les supports de gestion (fiches de stock, cahier de mouvement, registre CPN) étaient bien tenus et remplis correctement. Cela permettrait d'avoir les données fiables et leur exploitation.

3.2. Données sur le personnel de la maternité

Les matrones représentaient 57,14% lors des deux évaluations. Cela démontrait l'insuffisance du personnel qualifié à Konobougou et la place que peut occuper les matrones. Ce résultat était comparable à celui de Yavo JC et al dans leur étude réalisée en côte d'Ivoire qui ont trouvé 53,3% des sages-femmes (19).

Dans 85,71% des cas le personnel n'avait pas reçu de formation sur la prise supervisée de la SP à l'évaluation initiale contre 14,29% à l'évaluation finale. L'absence de formation et /ou du suivi du personnel pourrait être à l'origine de la démotivation et le non-respect des procédures.

L'accueil était à 100% pendant les deux évaluations au cours de notre observation. La totalité des femmes enceintes soit 100% ont témoigné un bon accueil des prestataires au moment des deux évaluations. Les femmes ont confirmé que l'ordre d'arrivée était respecté respectivement dans 94,2% et 100% des cas à la

première et la seconde évaluation. Ce résultat est un élément de la qualité de soins et permettrait d'augmenter la fréquentation du service de la santé de la reproduction. Notre résultat de fin d'étude était similaire à celui de Dakouo F et al qui avaient trouvé pour l'accueil 44% au début de l'étude contre 100% après l'intervention (20).

La prise était supervisée dans 100% des cas pendant les deux évaluations. Avec ce résultat, nous avons été sûrs que la SP a été prise pour prévenir le paludisme car en donnant la SP aux femmes pour prendre à la maison, elles pouvaient omettre ou même de ne pas la prendre consciemment. Alors que l'OMS recommande de préférence la prise sous observation directe de la SP par un agent de santé qui permettrait de veiller à ce qu'une forte proportion de femmes reçoive au moins trois doses de la SP au cours de leur grossesse (21).

Plus de la moitié du personnel de la maternité a été capable de décrire l'importance de la SP au cours de la grossesse soit 57,15% à la première évaluation contre 100% à l'évaluation secondaire. La connaissance de l'importance de la SP par le personnel permettrait de convaincre les femmes dans leur adhésion dans la prise de la SP. Tandis que la SP est le seul médicament actuellement recommandée pour l'administration dans le contexte du TPI et s'est avéré très rentable à la fois pour la prévention du paludisme clinique chez les mères et la réduction de la mortalité néonatale selon Sicuri E et al et Desai M et al (22, 23).

Le personnel de la maternité connaissait la période de la prise de la SP dans 71,43% des cas au cours de la première évaluation avec une amélioration de cette connaissance à 100% au cours de la seconde évaluation. La connaissance de la période de prise par le personnel permettrait de faciliter le respect du calendrier de la prise de la SP par les femmes enceintes. Alors que selon Yavo JC, le nombre de dose de SP à administrer au cours de la grossesse (3 doses) étaient connues seulement par 50,6% des prescripteurs (19).

Le personnel connaissait les effets secondaires de la SP dans 71,43% des cas au moment de l'enquête initiale avec un gain de 28,57% de cette connaissance à l'évaluation finale. La connaissance des effets secondaires permettrait aux agents de santé de donner des informations aux femmes sur cela et quoi faire dans le cas où ils sont présents.

3.3. Données des femmes enceintes

La tranche d'âge 25 ans et plus était la plus représentée avec 51,92% des cas au début et 53,8% à la fin de l'étude. Nous avons expliqué cela par le fait que la tranche d'âge 25 ans et plus étaient plus nombreuses. Tandis que, l'âge médian des mères était de 27 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 25-29 ans selon Biou C O A et al (2). Mais les femmes de moins de 18 ans ont représenté 26,6% contre 73,4% pour celles de plus de 18 ans dans le travail de Bamba S et al (25).

Le niveau primaire a été la plus représenté avec respectivement 73,07% et 65,4% à la première et la seconde évaluation. Notre résultat était comparable à celui de Mikomangance W P et al qui avaient eu la même prédominance du niveau primaire avec 60,90% des cas (24). Cependant, les femmes analphabètes ont représenté 41,5% des cas dans l'étude de Bamba S et al (25).

Les femmes venaient de l'aire de santé de Konobougou dans 90,62% des cas et 96,20% des cas respectivement à l'évaluation initiale et finale. Cela démontrait l'utilisation du centre de santé communautaire de Konobougou plus par sa propre population.

Les paucipares étaient les plus touchées dans notre étude avec 28,9% des femmes enceintes au début et 42,3% des femmes à la fin. Ce résultat s'expliquerait que les paucipares étaient plus actives sur le plan obstétrical. La même prédominance des paucipares a été observée dans 54,60% des cas dans le travail de Biou C O A et al (2).

Les femmes enceintes vues aux septièmes mois de la grossesse ont été les plus représentées 32,7% des cas à l'évaluation initiale et 34,6% des femmes étaient à huit mois de la grossesse à l'évaluation finale. Cela s'expliquerait par le fait que les femmes commençaient la CPN tardivement d'une part et d'autre part que la prise de la SP commence après le premier trimestre. Alors que selon l'OMS, la SP peut être administrée en toute sécurité à partir du début du deuxième trimestre jusqu'à l'accouchement, à condition que ces doses soient administrées à un mois d'intervalle (21).

Les femmes qui ne savaient pas le nombre de dose de SP à prendre au cours de la grossesse représentaient 42,03% contre 73,1% des femmes qui avaient dit 4 doses au cours de l'évaluation finale. Moins de la moitié des femmes enceintes ont pu bien décrire la période de la prise de la SP soit 46,1% à la première évaluation et 90,40% des cas à l'évaluation finale. En connaissant le nombre de dose à prendre et la période de prise de la SP, cela permettrait peut-être aux femmes de commencer tôt la CPN pour avoir la dose recommandée.

Moins de la moitié avait bien défini la sulfadoxine pyriméthamine soit 48,1% des femmes enceinte à la première évaluation contre 94,20% à la seconde évaluation. Cela démontrait que les femmes enceintes connaissaient la SP.

Les femmes enceintes ont apprécié bon la prise de la SP dans 61,5% des cas à l'évaluation initiale contre 100% des cas à l'évaluation finale. Cela signifierait que le personnel soignant donnait de bonne information aux femmes enceintes.

Nombreuses sont celles qui n'ont pas constaté des effets secondaires lors de la prise antérieure de la SP soit 61,5% des femmes au cours de l'évaluation primaire contre 90,4% à l'évaluation secondaire. Alors que Clrek CA et al et Tagbor H et al avaient annoncé dans leurs travaux que les effets secondaires avaient tendance à diminuer après des doses supplémentaires (26, 27).

CONCLUSION

Cette étude de recherche action a été réalisée pour connaître les difficultés que rencontre le personnel de la maternité du centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou dans le district sanitaire de Konobougou. Elle nous a permis de connaître les insuffisances dans la prise supervisée de la SP et des actions concrètes ont été réalisées pour faire face à ces difficultés.

La présence des différentes ressources humaines et matérielles avait facilité la réalisation de cette activité. Le bon accueil et le respect de l'ordre d'arrivée rendaient l'adhésion des femmes enceintes dans la prise de SP.

Néanmoins les insuffisances portaient de formation et de la mise à niveau du personnel, la méconnaissance de l'importance de la SP et le début tardif de la CPN. Ainsi, le plan d'action élaboré et mise en place a permis à l'amélioration des points faible.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont formulées dans le but de pouvoir résoudre les problèmes localement sans l'intervention du niveau supérieur dont l'implication sera difficile pour nous aider dans la résolution des difficultés rencontrées au cours de notre étude. Nous avons fait des propositions dont les solutions sont réalisables sur le plan local. Elles s'adressent au :

Association de Santé Communautaire (ASACO)

- Continuer à rendre disponible les ressources matérielles;
- Renforcer la sensibilisation pour que les femmes commencent la CPN tôt pour pouvoir bénéficier les doses recommandées de la SP;
- Assurer la formation et la mise à niveau continues du personnel

DTC et au personnel de la maternité

- Renforcer d'avantage la communication avec les femmes au cours de la CPN;
- Augmenter la fréquence des causeries sur la prise supervisée de la SP;
- Mettre en place une commission de surveillance du personnel de la maternité pour superviser la prise de la SP.

RÉFÉRENCES

1. Cisse B, Diallo T, Traore D, Denou A, Coulibaly S K, Diara A et al. Étude des effets indésirables liés à l'administration de Sulfadoxine-Pyriméthamine et Amodiaquine lors de la chimio prévention du paludisme saisonnier au Mali. *Rev Mali Infect Microbiol* 2018 ; 11 : 33-41.
2. Biou C O A, Kpozehouen A, Glèlè-Ahanhanzo Y, Ayivi-Vinz G, Ouro-Koura A R, Azandjèmé C. Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine chez la femme enceinte et effet sur le poids de naissance du bébé: application de la politique à 3 doses en zone urbaine au Sud Bénin en 2017. *Pan Afri Med J* 2019 ; 34 : 155.
3. Bamba S, Séré A, Nikiéma R, Halidou T, Thiéba B, Dao B et al. Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine du paludisme chez les femmes enceintes : efficacité et observance dans deux hôpitaux urbains du Burkina Faso. *Pan Afr Med J* 2013 ; 14 (1) : 2-8.
4. Moleins I, Agnamey P, Badiane M, Totet A, Brasseur P. Paludisme et grossesse : impact du traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine pyriméthamine sur le poids de naissance à la maternité d'Oussouye (Casamance, Sénégal). *Revue de Sage-femme* 2010 ; 9 : 123-127.
5. Briand V, Le Hesran J Y, Mayxay M, Newton P N, Bertin G, Houzé S et al. Prevalence of malaria in pregnancy in southern Laos: a cross-sectional survey. *Malaria Journal* 2016; 15(1):436.
6. Desai M, Ter Kuile F O, Nosten F, McGready R, Asamoah K, Brabin B et al. Epidemiology and burden of malaria in pregnancy. *Lancet Infect Dis.* 2007; 7:93-104.
7. Kayentao K, Kodio M, Newman R, Maiga H, Doumtabe D, Ongoiba A et al. Comparison of intermittent preventive treatment with chemoprophylaxis for the prevention of malaria during pregnancy in Mali. *J Infect Dis.* 2005; 191:109–116.

8. Steketee R, Nahlen B, Parise M, Menendez C. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2001 Jan 1;64(suppl1-2):28–35.
9. Tako E A, Zhou A, Lohoue J, Leke R, Taylor D W, Leke R F G. Risk factors for placental malaria and its effect on pregnancy outcome in Yaoundé, Cameroon. *Am J Trp Med Hyg* 2005;72(3):236-242.
10. Kayentao K, Garner P, van Eijk A M, Naidoo I, Roper C, Mulokozi A et al. Intermittent preventive therapy for malaria during pregnancy using 2 vs 3 or more doses of sulfadoxine-pyrimethamine and risk of low birth weight in Africa: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013; 309(6):594–604.
11. Diarra S S, Konaté D, Diawara S I, Tall M, Diakité M, Doumbia S. Factors associated with intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy in Mali. *Parasitol* 2019; 105(2): 299-302.
12. Ter Kuile F O, van Eijk A M, Filler S J. Effect of sulfadoxine/pyrimethamine resistance on the efficacy of intermittent preventive therapy for malaria control during pregnancy: a systematic review. *JAMA* 2007; 297:2603-16 10.
13. Tukur I U, Thacher T D, Sagay A S, Madaki J K. Comparison of sulfadoxine-pyrimethamine with chloroquine and pyrimethamine for prevention of malaria in pregnant Nigerian women. *Am J Trop Med Hyg* 2007; 76(6): 1019-1023.
14. Rogerson S J, Unger H W. Prevention and control of malaria in pregnancy: new threats, new opportunities. *Expert Review of Anti-infective Therapy* 2017; 15 (4); 361-75.
15. World Health Organization. Global Malaria Programme. World malaria report 2017. 2017. p. 196.
16. Organisation mondiale de la Santé. Document d'orientation en matière de politiques de l'OMS Traitement préventif intermittent pour le paludisme lors

- de la grossesse à la sulfadoxine-pyriméthamine-TPIp-SP. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2017.
17. Gabreil G, Lessard-Hebert M. La recherche action : Ses fonctions, son fondement et son instrumentalisation. Presse de l'université de Québec, 1987, 125p.
 18. Michèle Catroux « Introduction à la recherche-action: modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique»; Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité. Vol:XXI N°3/2002,8-20.
 19. Yavo J C, Amari A S G, Assi S B, Assemian A, Kouame R, Balayssac E et al. Évaluation de la connaissance du traitement préventif intermittent au cours de la grossesse (TPIg) par la sulfadoxine-pyriméthamine en Côte d'Ivoire. *Thérapies* 2019; 4: 487-494.
 20. Dakouo F, Fomba S, Coulibaly M B. Analyse des indicateurs du processus de gestion d'un centre de premier niveau: CAS du CSCOM de Konobougou, Mali. *Jaccr Africa* 2019; 3(3): 250-259.
 21. WHO. Document orientation en matière de politiques de l'OMS : Traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse la sulfadoxine-pyriméthamine –TPIp-SP. Genève, Organisation mondiale de la santé 2014.
 22. Sicuri E, Bardaji A, Nhampossa T, Maixenchs M, Nhacolo A, Nhalungo D A P L et al. Cost-effectiveness of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in southern Mozambique. *Public Library of Science PLoS ONE* 2010; 5(10): e13407.
 23. Desai M, Gutman J, Taylor S M, Wiegand R E, Khairallah C, Kayentao K et al. 2016. Impact of sulfadoxine-pyrimethamine resistance on effectiveness of intermittent preventive therapy for malaria in pregnancy at clearing infections and preventing low birth weight. *Clinical Infectious Diseases* 2016; 62(3): 323-333.

24. Mikomangwa W P, Minzi O, Mutagonda R, Baraka V, Mlugu E M, Aklillu E et al. Effect of sulfadoxine-pyrimethamine doses for prevention of malaria during pregnancy in hypoendemic area in Tanzania. *Malaria Journal* 2020; 19(1): 160.
25. Bamba S, Séré A, Nikiéma R, Halidou T, Thieba B, Dao B et al. Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine – pyriméthamine du paludisme chez les femmes enceintes: efficacité et observance dans deux hôpitaux urbains du Burkina Faso. *Pan Afr Med J* 2013; 14: 105.
26. Clerk C A, Bruce J, Pius Kaba A, Nathan M, Abraham H, Brian G et al. A randomized, controlled trial of intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine, amodiaquine, or the combination in pregnant women in Ghana. *Journal of Infectious Diseases* 2008; 198(8): 1202-11.
27. H, Bruce J, Browne E, Randal A, Greenwood B, Chandramohan D. Efficacy, safety, and tolerability of amodiaquine plus sulfadoxine-pyrimethamine used alone or in combination for malaria treatment in pregnancy: a randomized trial. *Lancet* 2006; 368(9544): 1349-56.

ANNEXES

CHRONOGRAMME : (Diagramme de GANTT)

Activités	Chronogramme																Responsable
	Février				Mars				Avril				Mai				
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	
Prise de contact avec l'équipe du CSCom U en particulier de la maternité <i>Explication des raisons de cette étude</i>																	Dr Djeneba Kanakomo, équipe CSCom U
Collecte des données (1 ^{ière} évaluation)																	Dr Djeneba Kanakomo
Analyse des données collectées																	Dr Djeneba Kanakomo, équipe CSCom U
Elaboration du plan d'action																	Dr Djeneba Kanakomo, équipe CSCom U
Mise en œuvre du plan d'action																	Dr Djeneba Kanakomo, équipe CSCom U
Evaluation du plan d'action																	Dr Djeneba Kanakomo, équipe CSCom U
Restitution du résultat de l'évaluation																	Dr Djeneba Kanakomo
Réalisation des documents du mémoire																	Dr Djeneba Kanakomo

BUDGET

Activités	Type	Coût unitaire	Nombres	Montant	Responsables
Prise de contact, d'information avec L'ASACO et l'équipe technique du centre	Pause-café	1 000	10	10 000	CEC
	Pause déjeuné	3 500	10	35 000	
Sous total 1				45 000	
Session d'établissement d'un plan d'action	Pause-café	1 000	10	10 000	CEC et personnel
	Pause déjeuné	3 500	10	35 000	
Sous total 2				45 000	
Atelier d'évaluation des effets de l'action	Pause-café	1 000	10	10 000	CEC et personnel
	Pause-déjeuner	3 500	10	35 000	
Sous total 3				45 000	
L'encadrement de mémoire	Bureau de recherche + CEC	100 000	2	200 000	
Sous total 4				200 000	
Atelier de restitution du résultat obtenu	Pause-café	1 000	10	10 000	
	Pause-déjeuner	3 500	10	35 000	
Sous total 5				45 000	
Confection document final		7500	15	112500	
Sous total 6				112 500	
TOTAL GENERAL				492500	

A. GRILLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE DE LA SP

1. LOCAUX :

1.1. SALLES ET INSTALLATIONS

1.1.1. Existence d'une salle de CPN ? Oui , Non

1.2. Entretien des locaux

1.2.1. Propre ? Bien , Assez-bien , Passable .

1.3. Aération

1.3.1. Salle est-elle bien aérée ? Oui , Non

1.4. Eclairage de la salle de CPN:

1.4.1. Naturel ? Oui , Non

1.4.2. Electricité ? Oui , Non

1.4.3. Qualité éclairage ? Bien , Assez-bien , Passable

2. PERSONNEL DE LA SALLE DE CONSULTATION

2.1. Existence d'agents qui offrent la CPN: Oui , Non

2.2. Qualification professionnelle ?Sage-femme,IO et Matrones

2.3. Les agents qui offrent ses services de CPN ont-ils été formés sur la prise
supervisé de SP ? Oui , Non

3. Disponibilités des médicament et intrants

Méthode : (par observation des fiches de stock ou Cahier de mouvements)

3.1. Seau : Oui , Non .

3.2. Gobelet Oui , Non .

3.3-Médicaments SP pour la prophylaxie chez la femme enceinte

Oui , Non .

Quantité : Date de Péréemption :

Source d approvisionnement: DRC/CSREF/BAROUELI

Rythme d'approvisionnement : Mensuel , Trimestriel Semestriel

4. Supports de gestion :

Méthode de vérification : Exploitation des fiches de stocks ou cahier de mouvements des stocks, de la fiche de collecte des données, du registre de CPN

4.1. Fiches de stocks ou cahier de mouvement des stocks

Disponibles : Oui , Non .

Si oui

Tenue : Bonne Passable Mauvaise

Qualité de remplissage : Bonne Passable Mauvaise

Archivage : Oui , Non .

Commentaires :

4.2. Registre de CPN

Disponibles : Oui , Non .

Si oui

Tenue : Bonne Passable Mauvaise

Qualité de remplissage : Bonne Passable Mauvaise

Archivage : Oui , Non .

4.3. Qualité de la prise de la SP :

Observations lors de l'activité (en cas d'acceptation par la cliente après une bonne explication) ou **d'une simulation**

4.3.1. Qualification :

4.3.2. La qualité de l'accueil est- elle bonne ? Oui , Non

4.3.3. Explication sur la prise de SP ? Oui , Non

4.3.4. La prise est-elle supervisée ? Oui , Non

4.3.6. Période de la prise de la SP. Bien décrit , Mal décrit

4.3.7. Effets secondaires. Bien décrit , Mal décrit

4.3.8. Importance prise SP. Bien décrit , Mal décrit

4.3.9. Formation reçu pour le personnel ? Oui , Non

4.3.10. Comment doit-on prendre la SP ?

Supervisé A la maison

4.3.11 Qu est ce que c'est que la SP ?

Bien décrit , Mal décrit

B. Évaluation des connaissances des femmes

Bonjour madame/monsieur, je suis Mme X. Vous avez été identifiées en tant qu'utilisateur de ce centre. Je souhaiterais de ce fait m'entretenir avec vous durant quelques minutes. L'entretien est anonyme et les résultats seront utilisés strictement dans le cadre de l'évaluation de la qualité de la prise de la SP. Êtes-vous d'accord ? Oui / __ / Non / __ / Si non l'évaluateur met fin à l'interview et remercie le client.

1. Age de la femme :

2. Provenance de la femme :.....

3. Âge de la grossesse :

4. Niveau d'instruction :

5. Combien de dose :

6. L'ordre d'arrivée est-il respecté par le prestataire ?

Oui /__/ Non /__/

Commentaires : -----

7. Est-ce que l'accueil était bon ?

Oui /__/ Non /__/

Commentaires : -----

8. A sert la SP ? À décrire

Oui /__/ Non /__/

Commentaires : -----

9. Quand pensez-vous de la SP ?

Bon /__/ Autres /__/

Commentaires : -----

10. Quels sont les périodes de prise de la SP ?

Bien décrit /__/ Autres /__/

Commentaires : -----

11. Existe-t-il des effets secondaires ?

Oui /__/ Non /__/

Si oui, les quels ? -----

Fiche signalétique

Nom : KANAKOMO

Prénom : Djeneba

Numéro de téléphone : 76 07 52 85 /60 36 62 61

Mail : djenebakanakomo76@gmail.com

Titre de Mémoire : Évaluation de la qualité de la prise de la sulfadoxine / pyriméthamine chez les femmes enceintes au centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Année Universitaire : 2020- 2021

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako : FMOS

Secteur d'intérêt : Santé de la reproduction, santé publique

Résumé

Introduction : Un traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine pour contrôler le paludisme pendant la grossesse est utilisé dans 37 pays d'Afrique subsaharienne. Le Traitement préventif intermittent (TPI) avec sulfadoxine / pyriméthamine s'est avéré efficace pour réduire l'incidence du paludisme associé à la grossesse.

Méthode et matériels : Il s'agissait d'une étude de recherche action réalisée au centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou. Elle s'est déroulée en quatre mois en allant du 1^{ier} février au 31 mai 2021. Elle concernait les femmes enceinte vue à la maternité au cours de la CPN.

Résultats : Toutes les ressources de la prise de la SP étaient disponibles à 100% au cours des deux études. Le personnel n'avait pas reçu de formation sur la prise supervisée de la SP dans 85,71% des cas à l'évaluation initiale contre 14,29% à

l'évaluation finale. Moins de la moitié des femmes enceintes avait bien défini la sulfadoxine pyriméthamine soit 48,1% des femmes à la première évaluation contre 94,20% à la seconde évaluation. Les femmes qui ne savaient le nombre de dose de SP à prendre au cours de la grossesse représentaient 42,03% contre 73,1% des femmes qui avaient dit 4 doses au cours de l'évaluation finale.

Conclusion : La présence des différentes ressources humaines et matérielles avait facilité la réalisation de cette activité. Néanmoins les insuffisances portaient de formation et de la mise à niveau du personnel, la méconnaissance de l'importance de la SP et le début tardif de la CPN. Ainsi, le plan d'action élaboré et mise en place a permis à l'amélioration des points faible.

Mots clés : Evaluation, qualité, prise, sulfadoxine / pyriméthamine, femmes enceintes, Konobougou

Abstract

Introduction : Intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine to control malaria in pregnancy is used in 37 countries in sub-Saharan Africa. Intermittent Preventive Treatment (IPT) with sulfadoxine pyrimethamine has been shown to be effective in reducing the incidence of malaria associated with pregnancy.

Method and materials: This was an action research study carried out at the Konobougou community and university health center. It took place over four months, from February 1 to May 31, 2021. It involved pregnant women seen in the maternity hospital during ANC.

Results: All resources for taking MS were 100% available in both studies. Staff had not received training on supervised use of MS in 85.71% of cases at initial assessment versus 14.29% at final assessment. Less than half of pregnant women had clearly defined sulfadoxine pyrimethamine, ie 48.1% of women at the first assessment against 94.20% at the second assessment. Women who did not know how many doses of SP to take during pregnancy accounted for 42.03% compared to 73.1% of women who said 4 doses during the final assessment.

Conclusion : The presence of various human and material resources had facilitated the realization of this activity. However, the shortcomings were in training and upgrading of staff, the lack of awareness of the importance of MS and the late onset of ANC. Thus, the action plan developed and implemented enabled the improvement of weak points.

Key words: Quality improvement, intake, sulfadoxine / pyrimethamine, pregnant women, Konobougou