

Année : 2009 - 2010

N°

THEME

**CONSULTATION PRENATALE RECENTREE :  
PERCEPTION DES GESTANTES ET DES ACCOUCHEES  
RECENTES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE  
KOLONDIÉBA**

THESE

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

*Par*

**Monsieur Daouda Yaya Koné**

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**Jury :**

**Président :**

**Professeur Salif DIAKITE**

**Membre :**

**Docteur Oumar M TRAORE**

**CoDirecteur**

**Docteur N'tij KEITA**

**Directeur de Thèse :  
TRAORE**

**Professeur Agrégé Mamadou**

## **DEDICACE :**

Je dédie ce travail.

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

**A son messager** Mohamed, paix et salut sur lui

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

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

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

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

A toutes les femmes qui ont accepté de participer à l'élaboration de ce travail

A mon Père Mr Yaya KONE abandonné dans ce monde comme un aveugle cherchant le monde visible à l'aide de son bâton, je ne te remercierai jamais assez pour les efforts consentis à mon égard si toute fois mes regards et mes comportements envers toi témoignaient mon amour aujourd'hui j'ai envie de te dire que je t'aime Papa

A ma maman Chérie, Madame KONE Salimata SOUNTOURA,  
Douce Mère, Tendre Mère, Infatigable Mère, toi qui as toujours

assumé le double rôle que le créateur t'a prédestinée celui d'épouse et de Mère.

Ce travail est le fruit de tes efforts, de ton amour et de tes prières. Ni le Larousse, ni le Robert ne me suffisent pour exprimer à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

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

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

Je t'aime Maman

A mes logeurs :famille Niambélé à Kébila feu Sidibé à Sikasso et Famille Koné à Bamako l'accueil gracieux que j'ai reçu de vous dans mes différents cycles d'étude m'a permis de nourrir un espoir doux .

Merci à vous tous ce travail est le votre

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

Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.

A mon épouse HAWA SANGARE merci pour ton amour.

## **REMERCIEMENTS**

### **AU corps professoral de la FMPOS :**

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

**A mes maîtres formateurs :** Dr Traoré Dramane, Dr Keita N'Tji, Dr Dembélé Yacouba, Dr Fofana Adama, Dr Diarra Alkadri Dr Soumana Oumar, Dr Diallo Bokary, Dr Doumbia Magara.

Merci pour l'encadrement

**Aux internes :** Mohamed Doumbia, Seydou Traoré, Karim K Sidibé, Kassim Sidibé, à tous les autres ; ce travail est le vôtre. Je vous en suis toujours reconnaissant.

**Aux DOCTEURS :** Salikou Sanogo, Hassane Coulibaly, Yacouba Koné Gaoussou Berthé, Diakaridia Fomba, Sinayoko Danseni . Ce travail est le vôtre.

### **A tout le personnel du CSRéf de Kolondièba**

Pour l'accueil et l'encadrement

A tout le personnel de l'unité CPN :

Merci pour la collaboration.

A toutes les sages femmes du centre de santé de référence du cercle de Kolondièba

Pour votre collaboration et votre disponibilité.

A tout le personnel de la médecine et de chirurgie.

Merci pour la collaboration

**AUX AMI(E) S ET COLLABORATEURS :** M.Maiga Abdel Kader et sa famille, Marquerite dite Bintou, Germaine Dakouo, Heravo, Seybou Diabaté ;Diagassan Diarra ;

Votre soutien social et vos conseils ont contribué à rendre meilleure la qualité de ce travail mais aussi facilité sa réalisation. Que Dieu vous en récompense.

AU laborantin Souleymane Maiga et son équipe merci pour la bonne collaboration

Au chauffeur Kalilou et son équipe merci de la collaboration.

Aux gérants des dépôts du jour et de nuit merci pour la collaboration.

Au Manœuvre : Lassine Koné et son équipe merci pour la bonne collaboration.

**A toute ma promotion :**

Courage et persévérance.

**A mes ami (e) s :** Bakary Sidibé Kalifa Kéita et famille, chaka Coulibaly, Daouda Koné, Moussa Coulibaly

Je vous présente amicalement ; ce travail qui est le vôtre.

Que ceux ou celles qui n'ont pas été cité (es) dans ces lignes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A notre maître et président du jury**

**Professeur SALIF DIAKITE**

Gynécologue obstétricien

.Professeur honoraire de gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS)

.Praticien infatigable

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, et votre humanisme.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).

**A notre Maître et Co-directeur :**

**Docteur N'TIJ KEITA**

Médecin chef Adjoint du district sanitaire du cercle de Kolondièba

Cher maître :

Ce travail est le votre, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous nous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).

**A notre maître/ membre du jury**  
**Docteur Oumar Moussokoro Traoré**  
**Spécialiste en Gynécologie Obstétrique ;**  
**Gynécologue accoucheur au Centre de Santé de**  
**Référence de la Commune V du district de Bamako.**

Cher Maître, ce travail est le fruit de vos efforts.

Nous avons été émerveillés par votre courage, votre amour pour le travail bien fait, joints à votre sens élevé du respect des autres, votre rigueur dans le travail nous valent toute notre admiration.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Soyez assuré cher Maître de notre profond attachement et notre sincère reconnaissance.

**A Notre Maître et Directeur de Thèse :**

**Professeur Agrégé Mamadou TRAORE**

**Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique**

**Secrétaire Général de la SAGO**

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

**Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.**

Cher Maître,

C'est aujourd'hui l'opportunité de rendre un hommage mérité à la qualité de l'enseignement que vous nous avez offert tout au long de notre cursus universitaire. Votre sympathie, votre abord facile, votre compétence professionnelle font de vous un homme exceptionnel.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers et très heureux d'être comptés parmi vos disciples

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre .Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

## **ABREVIATIONS**

**ANDEM** : Agence Nationale pour le Développement de  
L'évaluation Médicale

**ATCD** : Antécédent

**CAP** : Centre d'Animation Pédagogique

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CPN** : Consultation Périnatale

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSRéf** : Centre de Santé de Référence

**CUD** : Contraction Utérine Dououreuse

**FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie  
d'Odontostomatologie

**HTA** : Hypertension artérielle

**IO** : Infirmière Obstétricienne

**KM** : Kilomètre

**MII** : Moustiquaire imprégnée d'Insecticide

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PMA** : Paquet minimum d'activité

**PNP** : Politique Norme et Procédure

**PTME** : Prévention de la transmission Mère Enfant

**RAC** : Réseau Administratif de Communication

**SF** : Sage Femme

**SP** : Sulfadoxine-Pyriméthamine

**SSP** : Soins de Santé Primaire

**SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

**SOTELMA** : Société de Télécommunication du Mali

**TPI** : Traitement Préventif Inter mitant

**VAT** : Vaccin Anti Tétanique

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **Liste des tableaux**

**Tableau I:** Répartition des clientes selon l'âge

**Tableau II :** Répartition des clientes selon l'ethnie

**Tableau III :** Répartition des clientes selon la résidence

**Tableau IV :** Répartition des clientes selon le niveau d'instruction

**Tableau V :** Répartition des clientes selon la profession

**Tableau VI :** Répartition des clientes selon la gestité.

**Tableau VII :** Répartition des clientes selon la parité.

**Tableau VIII:** Répartition des clientes selon le statut matrimonial.

**Tableau IX :** Répartition des clientes selon la connaissance des normes de la CPN recentrée.

**Tableau X:** Répartition des accouchées selon la pratique des normes de la CPN recentrée.

**Tableau XI :** Répartition des accouchées selon la pratique des normes de la CPN recentrée.

**Tableau XII :** Répartition des clientes selon le moment de la première CPN.

**Tableau XIII :** Répartition des clientes qui n'ont pas fait la première CPN pendant le premier trimestre et les raisons de la non réalisation

**Tableau XIV :** Répartition des clientes qui n'ont pas utilisé correctement les MII et les raisons de la non utilisation.

**Tableau XV:** Répartition des clientes qui n'ont pas pris les deux doses de la Sulfadoxine Pyriméthamine et les raisons de la non prise

.

**Tableau XVI:** Répartition des clientes qui n'ont pas pris correctement le fer et l'acide folique et les raisons de la non prise.

**Tableau XVII:** Répartition des clientes qui ont refusé le dépistage volontaire du VIH/SIDA selon les raisons.

**Tableau XVIII :** Répartition des clientes qui n'ont pas réalisé le bilan prénatal selon les raisons.

**Tableau XIX:** Répartition des clientes qui ne préparent pas leurs accouchements selon les raisons.

**Tableau XX** Répartition des clientes qui ne pratiquent pas l'allaitement maternel précoce et exclusif selon les raisons

**Tableau XXI :** Répartition des clientes qui ne pratiquent pas la planification familiale selon les raisons.

## **LISTE DES FIGURES**

**FIGURE I :** Répartition des clientes selon la connaissance des éléments de la CPN recentrée.

**FIGURE II :** Répartition des clientes selon la pratique des éléments de la CPN recentrée.

**FIGURE III :** Répartition des clientes selon la préparation du plan d'accouchement.

# SOMMAIRE

<b>I- INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>II- OBJECTIFS</b>	<b>4</b>
<b>III- GENERALITES</b>	<b>5</b>
<b>IV- METHODOLOGIE</b>	<b>21</b>
<b>V- RESULTATS</b>	<b>36</b>
<b>VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b>	<b>50</b>
<b>VII- CONCLUSION</b>	<b>60</b>
<b>VIII- RECOMMANDATIONS</b>	<b>62</b>
<b>IX- REFERENCES</b>	<b>64</b>
<b>X- ANNEXES :</b>	

## I - INTRODUCTION

La grossesse n'est pas seulement un moment d'attente de l'accouchement. C'est souvent une période formatrice de la vie d'une femme, qui peut être joyeuse et épanouissante pour la femme, en tant qu'individu, mais aussi en tant qu'être social. Mais elle peut être une période de détresse et de souffrance, si elle n'est pas désirée, si elle arrive au mauvais moment, ou encore si des complications ou des circonstances adverses compromettent son déroulement et entraînent une maladie, voire une issue fatale [24].

Fred Sai ,ancien président de la fédération internationale du planning familial à dit : «Aucun pays n'envoie ses soldats défendre leur patrie sans se préoccuper de les voir revenir sains et saufs, et pourtant, depuis des siècles, l'humanité envoie ses femmes au combat pour le renouvellement de l'espèce humaine sans les protéger » [14].

L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant demeure encore un objectif prioritaire dans la plupart des pays du monde. L'importance accordée à ce sujet est motivée par la fréquence et la gravité des problèmes de santé dont souffrent la mère et l'enfant et les taux élevés de mortalité maternelle et infantile qui sont respectivement de 464 pour 100 000 naissances et 96 pour 1000 enfants selon EDS IV [9]. Une diminution trop lente du taux de mortalité maternelle pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, à savoir une de diminution moins de 1%.

Alors qu'il faut réduire annuellement de 5,5% le taux de mortalité entre 1990 et 2015 pour atteindre l'objectif fixé, les chiffres publiés aujourd'hui par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale font apparaître une diminution annuelle inférieure à 1%. En 2005, on a dénombré 536 000 décès maternels

contre 576 000 en 1990, 99% de ces décès étant enregistrés dans des pays en développement [25].

Ainsi dans plusieurs pays des programmes ont été développés dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles. Au Mali, on retient les programmes comme la promotion de la contraception, le programme de périnatalité, le système référence évacuation, la gratuité de la césarienne, les soins prénatals.

Les soins prénatals, soins que reçoit une femme au cours de la grossesse, aident à assurer des résultats sains pour la femme et les nouveaux – nés 2003[26]. Ils constituent une porte d'entrée pour toute une gamme de services de santé au niveau de la promotion de la santé et des services de santé préventifs. Ils constituent un maillon dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Les soins prénatals sont l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelle, en particulier là où l'état de santé général des femmes laisse à désirer. [11]

Cet état de fait a été expliqué par un médecin nigérian «Dans les pays en développement aujourd'hui, comme il y'a cinquante ans dans les pays industrialisés, une grande partie de la population est mal logée, mal nourrie, en mauvaise santé et ignorante de ce qui est bon pour elle et pour ses bébés. Tant que les gens ne sont pas plus prospères et que les avantages économiques ne sont pas plus largement repartis, la surveillance prénatale peut fournir les soins nécessaires pour compenser certains des effets néfastes de la pauvreté et du sous développement à grande échelle » [11]

Cependant la forme traditionnelle de la CPN a été sujet de plusieurs insuffisances en particulier l'approche risque, sa réalisation du point de vue logistique ou financier, la non prise en compte du besoin particulier de chaque pays, l'absence de préparation de l'accouchement. C'est ainsi qu'une nouvelle approche des soins prénatals a vu le jour, appelée consultation prénatale

recentrée. Cette approche met l'accent sur la qualité des soins plutôt que leur nombre [21]. Ces soins sont offerts à toutes les femmes enceintes qui fréquentent les centres de santé. Ils doivent répondre aux normes, à des principes, pour avoir les effets souhaités. C'est dans ce cadre que s'inscrit le présent travail, qui vise à évaluer la perception des gestantes et des accouchées sur les différentes composantes de cette nouvelle approche.

## **II- OBJECTIFS**

### ***1- Objectif général***

Evaluer la perception des gestantes et des accouchées récentes sur la consultation prénatale recentrée au centre de santé de référence de Kolondièba.

### ***2- Objectifs spécifiques***

- ✓ Mesurer la connaissance des gestantes et des accouchées récentes sur les différentes composantes de la CPN recentrée au CSRef de Kolondièba.
- ✓ Mesurer l'attitude des gestantes et des accouchées récentes sur les différentes composantes de la CPN recentrée au CSRef de Kolondièba.
- ✓ Rapporter les différents problèmes des gestantes et des accouchées récentes à la réalisation des composantes de la CPN recentrée.

## III-GENERALITES

### 3-1 LA CONSULTATION PRENATALE CLASSIQUE

#### ❖ Le développement de l'outil

L'histoire de la consultation prénatale moderne semble débiter, en Occident, au début du siècle. Les Britanniques en attribuent la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 (Oakley, 1984) et les Américains à leur Instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 (Kessel, 1987). C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale est mis au point par le Ministère de la Santé du Royaume-Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique est ajoutée ou remplace une autre jugée dépassée comme le cas de la C.P.N recentrée [32].

#### ❖ De la consultation prénatale classique à la consultation recentrée

Au cours de la dernière décennie, les experts ont compris que ni l'accès aux soins prénatals ni leur utilisation ne permettent de prévoir quelles seront les femmes susceptibles de développer de sérieuses complications lors de la grossesse et de l'accouchement.

- Le dépistage des facteurs de risques se trompe souvent dans la reconnaissance des femmes à risque de complications graves

- Alors qu'il est possible de détecter et de soigner des maladies chroniques, telles que l'anémie, le diabète et l'hypertension pendant la grossesse, du personnel de soins, même qualifié, ne peut prédire la majorité des urgences en obstétrique. Le dépistage des facteurs de risques rassure faussement les femmes appartenant au groupe dit « à faible risque » et dont le personnel soignant suppose qu'elles auront des accouchements normaux. Cependant, les soins prénatals peuvent non seulement assurer un lien essentiel entre les femmes et le

système de santé mais aussi permettre l'accès à d'autres services de soins indispensables

- Les chercheurs recommandent désormais quatre visites prénatales mettant l'accent sur les interventions dont l'efficacité a été reconnue :
- Apprendre à reconnaître les signes précurseurs de complications lors de la grossesse et de l'accouchement et où trouver des soins en cas d'urgence.
- Dans les cas où les carences en fer et l'anémie sont élevées, fournir des suppléments en fer et en acide folique ;
- Dans les pays où les carences en vitamine A sont courantes, fournir des suppléments en vitamine A à faible dose ;
- Fournir des conseils sur une alimentation appropriée pendant la grossesse.

### **3-2 LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE**

Les soins prénatals, c'est à dire les soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse, concourent à une issue favorable de l'accouchement. L'approche traditionnelle des soins prénatals présume que davantage de consultations assurent de meilleurs soins pour la femme enceinte. Une approche actualisée, appelée soins prénatals focalisés, met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Cette approche reconnaît que :

- les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse et que, dans les pays en voie de développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.
- Beaucoup de femmes identifiées comme étant « à haut risque » ne développent pas nécessairement de complications, tandis que des femmes qui sont censées être « à faible risque » peuvent en développer.

Les soins prénatals recentrés partent du principe que toute femme enceinte est à risque de complications et que toute femme devrait donc recevoir les mêmes soins de base y compris un suivi pour les complications. Cette approche ne se fie

pas à certains facteurs de risque et mesures qui font partie de la routine des soins prénatals traditionnels (par exemple, la taille de la mère, l'œdème malléolaire, la position fœtale avant 36 semaines) parce que ces indicateurs ne se sont pas avérés efficaces pour améliorer les résultats de la grossesse. Par contre, les soins prénatals focalisés se fient aux interventions prouvées et orientées selon un objectif, qui sont appropriées à l'âge de la grossesse, et qui visent les problèmes de santé les plus prédominants affectant les femmes et les nouveau-nés. Dans les zones à haute prévalence de paludisme, de telles interventions portent également sur le diagnostic, la prévention et le traitement du paludisme et ses complications. Une autre stratégie clé des soins prénatals recentrés est que chaque consultation doit être menée par un prestataire de soins de santé compétent, c'est à dire une infirmière, une sage-femme, un médecin ou bien par un autre prestataire qualifié ayant les connaissances, compétences et attitudes nécessaires pour œuvrer vers l'accomplissement des buts des soins prénatals, tels que décrits ci-dessous.

#### ❖ **BUTS DES SOINS PRENATALS RECENTRES**

La grossesse et l'accouchement sont des processus naturels qui se déroulent généralement sans complications. Les soins prénatals devraient donc se focaliser à assurer, soutenir et maintenir le bien-être maternel tout au long d'une grossesse et d'un accouchement normal. Pour atteindre cela, le prestataire compétent devrait œuvrer vers l'atteinte des buts suivants :

- Détection et traitement précoces des problèmes et complications
- Prévention des maladies et des complications
- Préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications
- Promotion de la santé

## ✓ DETECTION ET TRAITEMENT PRECOCE DES COMPLICATIONS

Bien que la plupart des grossesses soient normales, un but important des soins prénatals est la recherche et le traitement précoces des problèmes qui pourraient compliquer la grossesse. Les soins prénatals focalisés encouragent l'évaluation ciblée, au cours de laquelle le prestataire compétent s'entretient avec la femme, l'examine et effectue des examens complémentaires pour rechercher les signes/symptômes des maladies courantes locales, ainsi que des complications se rapportant à la grossesse. Les complications suivantes ont une influence significative sur la santé maternelle et néonatale :

- Paludisme
- Anémie grave
- Pré-éclampsie/éclampsie
- VIH
- Infections sexuellement transmissibles (IST)

Dans les zones endémiques à forte transmission palustre, rechercher les signes/symptômes du paludisme est un élément de routine des soins prénatals focalisés. Le diagnostic se fonde typiquement sur la présence de fièvre et considère également la région dans laquelle la femme vit ainsi que les signes/symptômes connexes. Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave et traité comme tel.

## ✓ PREVENTION

Les soins prénatals recentrés encouragent la mise en œuvre d'interventions sûres, simples et rentables pour éviter les complications de la grossesse et de l'accouchement. Deux interventions clés qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néo-natales dans le monde sont

la vaccination antitétanique et l'apport complémentaire en fer/folate pour éviter les carences en fer. La carence en fer peut mener à une anémie grave qui s'associe à la prématurité, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à la mortalité maternelle et néonatale.

D'autres interventions clés chez les femmes enceintes vivant dans des pays endémiques à forte transmission palustre comportent le traitement préventif intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine - Pyriméthamine et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII). Le TPI tue les parasites du paludisme dans le sang de la femme et aide à éviter qu'ils ne s'attaquent au placenta et n'aient un effet néfaste sur le fœtus. En outre, il aide aussi à détruire les parasites qui se trouvent dans le placenta. Les MII tuent et repoussent les moustiques.

Les soins prénatals recentrés encouragent également les mesures préventives pour les autres maladies et carences nutritionnelles suivantes :

- ❑ VIH/SIDA
- ❑ Déficit en micro nutriments (vitamine A, iode, fer, zinc....)
- ❑ Parasitoses intestinales (ankylostomiase, amibiase....)

### ✓ **PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT ET AUX EVENTUELLES COMPLICATIONS**

Si une femme est bien préparée à un accouchement normal et à des complications possibles, elle est plus apte à recevoir les soins rapides et appropriés dont elle a besoin pour préserver sa santé et celle de son nouveau-né. Selon les statistiques, 15% de toutes les femmes enceintes développent une complication mettant leur vie en danger et que la plupart de ces complications ne peuvent pas être prévues. Chaque femme et sa famille doivent se préparer à

répondre de manière appropriée à une situation d'urgence. Tout prestataire compétent doit aider la femme et sa famille à développer un plan pour l'accouchement.

**Les principaux éléments d'un plan d'accouchement sont décrits ci-dessous.**

- Accouchement dans un établissement de santé

Expliquer pourquoi il est recommandé d'accoucher dans un établissement de santé :

- Des complications diverses peuvent survenir pendant l'accouchement elles ne sont pas toujours prévisibles.
- Un établissement de santé dispose de personnel, de matériel, de consommables et de médicaments qui permettent, si nécessaire, de fournir les meilleurs soins possibles. En outre, il est doté d'un système d'évacuation.

- Expliquer quelles dispositions il faut prendre.

Passer en revue avec la patiente les points à régler :

- comment elle se rendra sur place, et si elle aura besoin d'emprunter un moyen de transport payant pour s'y rendre ;
  - combien cela lui coûtera d'accoucher à l'établissement de santé, et comment elle va payer ;
  - si elle peut économiser dès le présent pour faire face à ces dépenses ;
  - qui l'accompagnera et la soutiendra pendant le travail et l'accouchement ;
  - qui s'occupera de sa maison et de ses enfants pendant son absence.
- Lui indiquer quand se présenter à l'établissement de santé :
  - Si elle habite à proximité de l'établissement, il faut qu'elle s'y rende dès les premiers signes d'entrée en travail.
  - Si elle habite loin, il faut qu'elle parte deux à trois semaines avant la date d'accouchement prévue et séjourne soit dans un foyer d'accueil pour les femmes en fin de grossesse, soit en compagnie de sa famille ou d'amis, à proximité de l'établissement.

- Lui recommander de demander l'aide de la communauté, si nécessaire.
- Expliquer à la patiente ce qu'il faut amener :
  - Le carnet de CPN/fiche personnel ;
  - Des linges propres pour nettoyer, sécher et envelopper l'enfant ;
  - Des linges propres supplémentaires qui serviront de protections périodiques après l'accouchement ;
  - Des vêtements pour elle et pour l'enfant ;
  - Savon, seau, alèze, eau de javel.
- Expliquer quels sont les signes d'entrée en travail.

Recommander à la patiente de se rendre à l'établissement de santé ou de contacter une accoucheuse qualifiée si l'un des signes suivants se présente :

- pertes vaginales sanglantes et gluantes ;
- douleurs abdominales irradiantes vers le dos ;
- contractions douloureuses toutes les 20 minutes ou moins ;
- rupture de la poche des eaux.

### **Pourquoi les femmes meurent-elles?**

Les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir les soins dont elles ont besoin pour éviter de mettre leur vie en danger sont les suivants :

- L'inaccessibilité géographique ;
- Un coût inabordable des soins (les frais directs pour les soins médicaux, le transport, les médicaments, etc.) ;
- Les charges multiples des femmes ;
- L'impossibilité des femmes à prendre des décisions au sein de la famille ;
- Une mauvaise qualité des soins, un mauvais accueil ou un mauvais traitement des femmes par les prestataires, ne les encouragent pas à se rendre au centre pour se faire soigner.

Ces facteurs se traduisent par les retards suivants :

- **Retard à reconnaître le problème :** Quand une femme est en danger, elle doit d'abord reconnaître les signes d'alerte témoignant d'une complication. Si les femmes enceintes, leurs familles et les femmes qui prennent soins d'elles ne sont pas aptes à reconnaître les signes de danger, ils ne sauront pas décider du moment propice pour aller chez un prestataire qualifié.
- **Retard à l'accès au centre de soins :** Quand une femme présente une complication, elle doit avec sa famille prendre la décision d'aller chez un prestataire qualifié. Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur de la famille. Trop souvent, d'autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente. Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peuvent aboutir à un décès si une urgence survient pendant l'absence du décideur principal.
- **Retard à l'arrivée de la structure appropriée :** Une fois la décision prise, la famille doit trouver un moyen de transport pour emmener la femme à une structure sanitaire. Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soins où se trouvent des prestataires compétents qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires.

De plus, il existe dans certains cas, une réticence de la part des prestataires à référer une femme au niveau supérieur. Quand un prestataire essaie de prendre une femme en charge alors qu'il n'en est pas compétent, il met la vie de la femme en danger.

- **Retard à recevoir des soins de qualité :** Une fois arrivée à la structure appropriée, elle doit recevoir des soins de qualité.

## **Signes de danger**

Nous savons que 15% des femmes enceintes vont développer une complication pendant la grossesse, le travail, l'expulsion ou lors du post-partum, et que 1 à 2% d'entre elles vont mourir. L'évidence montre qu'il est presque impossible de prévoir quelle femme présentera une complication. Il est donc extrêmement important de travailler en collaboration avec les femmes pour qu'elles soient en mesure de reconnaître les complications et d'établir un plan d'action, au cas où cette situation surviendrait. Une telle préparation pourrait sauver la vie de beaucoup de femmes et leur permettre d'arriver plus tôt sur les lieux d'accouchements où elles peuvent recevoir les soins de santé nécessaires, dans des services compétents.

Les membres de la famille et les relais communautaires doivent savoir reconnaître les signes de danger. Beaucoup de temps pourrait être gagné si les membres des familles pouvaient reconnaître une anomalie et identifier le moment opportun pour envoyer la femme au centre de soins en s'assurant des arrangements de transport. Dans le cadre de l'hémorragie du post-partum, le décès peut avoir lieu en deux heures, par conséquent, c'est le temps épargné par la préparation du plan qui peut faire la différence entre la survie et la mort de la femme.

## **Signes de danger chez la femme enceinte**

Recommander à la femme de se rendre immédiatement à l'hôpital/au centre de santé, de jour comme de nuit, sans attendre, si l'un des signes suivants se présente :

- saignement vaginal ;
- convulsions ;
- céphalées sévères associées à une vision floue ;
- fièvre et trop grande faiblesse pour quitter le lit ;

- douleur abdominale intense ;
- respiration rapide ou difficile.

Il faut que la patiente se rende au centre de santé le plus vite possible, si l'un des signes suivants se présente :

- fièvre ;
- douleur abdominale ;
- elle se sent malade ;
- elle a les doigts, le visage et les jambes enflés.

### **Préparer un plan pour les complications éventuelles**

Il est important d'impliquer autant que possible les membres de la famille dans l'élaboration d'un plan pour les complications éventuelles. Si la femme seule est impliquée, elle sera moins encline à mettre le plan en « marche » lorsqu'elle présentera une complication.

- **Établir un plan pour épargner à cet effet**

Il faut encourager la famille à épargner pour que les fonds nécessaires soient disponibles pour les soins d'urgence. Au fil des consultations avec la femme, évaluer les besoins financiers, les ressources nécessaires pour répondre à ces besoins et les méthodes pour accéder à ces fonds. Il faut s'assurer que les fonds soient suffisants et disponibles avant le début du travail.

- **Établir un plan pour la prise de décisions en cas d'urgence qui puisse survenir en l'absence du décideur principal**

Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur dans chaque famille. Trop souvent, d'autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente. Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peuvent aboutir à un décès si une urgence survient en l'absence du décideur principal. Il est important de discuter de la question pour savoir comment la

famille peut prendre des décisions urgentes sans perturber ou offenser les valeurs culturelles. Dans la mesure du possible, il faut déterminer quel membre de la famille serait en mesure de prendre une décision en l'absence du décideur principal.

- **Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence**

Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soins où se trouvent des prestataires compétents et qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires. Chaque famille devrait avoir un plan pour transporter la femme si elle présente des complications et si elle a besoin d'être référée à un niveau supérieur de soins de santé. Il faut préparer ce plan dès le début de la grossesse et il devrait inclure les éléments suivants:

- où la femme devrait se rendre si elle souffre d'une complication ;
- comment accéder au prochain niveau de soins en cas d'urgence ;
- quel membre de la famille devrait l'accompagner ;
- comment acquérir les fonds nécessaires en cas d'urgence.

- **Prendre les dispositions pour un donneur de sang**

Un problème majeur dans beaucoup de structures est que malgré le fait que tout le nécessaire pour faire une transfusion soit disponible, il y a un manque chronique de sang. Un autre problème est naturellement l'approvisionnement en sang qui ne soit pas « à risque » pour la femme lors de la transfusion (sang non contaminé, non infecté ...). Les femmes présentent un risque élevé de développer une infection par transmission sanguine dans la mesure où la naissance et les complications obstétricales potentielles sont vectrices de

dépense sanguines importantes. Pour ces deux raisons il est extrêmement important que la femme désigne des donneurs de sang qui soient disponibles au cas d'urgence aussi bien au cours de la grossesse, du travail, ou de l'expulsion qu'au cours du post-partum immédiat.

## ✓ **PROMOTION DE LA SANTE**

Les soins prénatals recentrés nécessitent du temps pendant chaque consultation pour discuter des questions importantes de santé. Le prestataire compétent devrait s'assurer que la femme et sa famille ont les informations nécessaires pour prendre les meilleures décisions possibles pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum ainsi que des conseils suffisants pour appliquer ces informations à leur situation particulière.

Dans les pays à haute prévalence de paludisme, il faudrait que les femmes enceintes et leurs familles reçoivent des messages concernant la santé et des conseils sur les thèmes suivants :

- Traitement préventif intermittent : comment il agit pour protéger contre le paludisme et ses complications, combien il importe de revenir à la formation sanitaire pour obtenir des soins prénatals continus afin de recevoir toutes les doses recommandées.
- Moustiquaires imprégnées d'insecticide : où les trouver et comment les utiliser efficacement, leurs avantages et leurs innocuités pour les femmes enceintes et le fœtus.
- L'Hygiène du milieu
- D'autres questions importantes dont il faut discuter sont :
  - La nutrition

- La prise en charge des troubles mineurs de la grossesse
- L'utilisation de produits potentiellement nocifs (alcool, tabac, thé, le cola et le café)
- L'hygiène vestimentaire et corporelle
- Le repos et l'activité
- Les relations sexuelles et les rapports sexuels à moindre risque
- L'allaitement précoce et exclusif
- La prévention du tétanos et de l'anémie
- Les conseils et dépistage volontaires pour le VIH
- La prévention d'autres maladies endémiques et des carences nutritionnelles
- La planification familiale
- la vaccination de la mère et du nourrisson

✓ **COMPETENCES INTERPERSONNELLES**

Les clientes sont plus aptes à utiliser les services de soins de santé quand on les traite avec respect et dignité. Elles partagent des informations à caractère très personnel lors de la consultation prénatale qui est l'occasion d'établir de bonnes relations entre le prestataire et la cliente. Lors d'une séance d'éducation sanitaire/conseils et au cours de toutes les consultations prénatales, les compétences interpersonnelles suivantes vous aideront à développer des interactions de bonne qualité avec la cliente :

- parler doucement, d'un ton aimable.
- écouter la femme et répondre de manière appropriée.

- encourager la femme/famille à poser des questions et à exprimer ses préoccupations.
- permettre à la femme/famille de démontrer qu'elle comprend les informations fournies.
- expliquer toutes les procédures/actions et obtenir la permission avant de les commencer.
- montrer du respect envers les croyances culturelles et les normes sociales.
- éviter les distractions lors de la visite
- être compréhensif et ne pas porter de jugement
- être un agent de santé qualifié, compétent et disponible

## ❖ **GESTION DES DOSSIERS POUR LES CONSULTATIONS PRENATALES ET LES ACTIVITES DE PREVENTION DU PALUDISME**

La gestion des dossiers est une activité importante pour la prestation des soins prénatals. Des fichiers exacts sont nécessaires pour contrôler l'état de la femme de manière adéquate, pour assurer la continuité des soins (au fil du temps et d'un prestataire à l'autre), pour planifier et évaluer les soins et pour assurer une communication efficace entre les prestataires et les structures sanitaires au cas où il serait nécessaire d'orienter la cliente (vers un service ou établissement spécialisé). Une structure sanitaire devrait établir un dossier pour chaque femme et chaque nouveau-né y recevant des soins. Le prestataire recueille les informations, les notes, s'y réfère et les met à jour lors de chaque consultation.

Voici les informations qu'il faut noter sur la fiche prénatale :

- Première visite prénatale**
- Identification de la cliente
  - Antécédents
  - Histoire de la grossesse actuelle

Plaintes/Examen physique

- Examens complémentaires (BW, Albumine/sucre, groupage/Rhésus, Test d'Emmel, Taux d'hémoglobine,)
- Demander les autres examens au besoin (VIH, hépatite, etc.)
- Prestation de soins préventifs, la prescription d'un traitement préventif intermittent à la SP contre le paludisme, le FAF, VAT si approprié, MII
- Donner les soins curatifs si nécessaire
- Conseils, dont un plan pour l'accouchement et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Date probable de l'accouchement
- Date de la prochaine consultation prénatale

- Visites prénatales suivantes**
- Histoire depuis la dernière consultation ;
  - Examen physique ciblé,
  - examens complémentaires (Albumine/sucre et autres si nécessaires)
  - Prestation de soins, notamment, la prescription d'un traitement préventif intermittent à la SP contre le paludisme

le FAF, le VAT si approprié et la MII ;

- Conseils, y compris la révision du plan pour l'accouchement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (les informations pertinentes sur la possession et l'utilisation d'une MII) ;
- Date de l'accouchement
- Date de la prochaine consultation prénatale ;

#### ❖ **CALENRIER DES CONSULTATIONS PRENATALES**

L'établissement d'un programme de consultations approprié dépend de l'âge de la grossesse et aussi des besoins individuels de la femme. Pour les femmes dont la grossesse évolue normalement, le programme suivant pour un minimum de quatre consultations prénatales peut suffire :

**Première** consultation : Premier trimestre 14 semaines d'aménorrhée (avant la fin du 3<sup>ième</sup> mois) ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte

**Deuxième** consultation : Deuxième trimestre 15 à 27 semaines d'aménorrhée) (4-6 mois)

**Troisième** consultation : Troisième trimestre 28 à 34 semaines d'aménorrhée (6 à 7,5 mois)

**Quatrième** consultation : Troisième trimestre à partir de la 37<sup>ième</sup> semaine d'aménorrhée (9<sup>ème</sup> mois).

Il se peut que les femmes ayant des troubles mineurs, des besoins particuliers, des états nécessitant des soins autres que les soins de base ou bien d'autres problèmes, aient besoin de consultations supplémentaires.

## IV. METHODOLOGIE

### 4.1. CADRE ET LIEU D'ETUDE

L'étude a eu lieu dans les unités de consultation prénatale et des suites de couches de la maternité du centre de santé de référence de Kolondièba. Notre choix s'est porté sur ce centre du fait qu'il soit chef lieu de beaucoup de centres en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont les plus préoccupants avec d'importantes structures de santé (17CSCOM).

#### 4.1.1. HISTORIQUE

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 cercle. C'est ainsi que fut créé le centre de santé de Kolondièba (service socio sanitaire de cercle de Kolondièba) dans le but de prendre en charge les références des structures périphériques.

Le service socio sanitaire du cercle a été érigé en centre de santé de référence en 1995.

Le centre de santé de référence de Kolondièba comprend plusieurs services et unités qui sont :

⇒ Service de gynécologie-obstétrique comprenant :

- unité grossesse à risque/gynécologie
- unité accouchement / suites de couches
- unité CPN (Consultations Périnatales)
- unité PF (Planning Familial) et post Natales

⇒ Unité chirurgicale

⇒ Service de médecine

- médecine interne
- pédiatrie

- ⇒ Unité Odontostomatologie
- ⇒ Unité Ophtalmologie
- ⇒ Unité imagerie médicale
- ⇒ Unité PEV (Programme Elargi de Vaccination)
- ⇒ Unité Consultations externes et soins (Pansement et injections)
- ⇒ Unité laboratoire d'analyses
- ⇒ Unité recherche et information (Bibliothèque – Salle informatique – Salle de staff – Salle d'archives – Bureau – S.I.S. Système d'Information Sanitaire)
- ⇒ Service financier (Bureau des entrées et comptabilité)

Le centre de santé de Kolondièba a été créé en 1952, il débuta par une case et se développa progressivement. Le bloc opératoire a été ouvert par un médecin généraliste qui de nos jours est professeur en Gynéco-obstétrique au Mali, en la personne de monsieur **Mamadou Traoré** qui est le directeur de cette thèse en 1981.

Le 15 septembre 1997 le centre de santé de référence de Kolondièba a reçu le prix CIWARA d'excellence, décerné par l'institut Malien de conseil en ménagement (IMCM). Ce prix a été décerné pour l'excellence de ses actions. La même année la sage-femme maîtresse a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. La sage-femme maîtresse par son expérience personnelle a organisé un système d'internat à la maternité de Kolondièba où toutes les femmes ayant une grossesse à risque sont hébergées ou internées et sont suivies régulièrement qui est aujourd'hui institutrice à l'institut de formation en science de la santé.

#### 4.1.2. Situation géographique

Le cercle de Kolondiéba fait partie des 7 cercles de la région de Sikasso et se situe à l'extrême Sud du Mali. Il est limité :

- Nord et à l'Ouest par le cercle de Bougouni
  - Au Sud par la république de la côte d'ivoire
  - A l'est par le cercle de Kadiolo et celui de Sikasso
- **Superficie** : le cercle couvre une superficie de 9200 Km<sup>2</sup>.
  - **Climat** : Le climat est de type soudanien avec une pluviométrie variant entre 800 et 1200 mm par an.
  - **Relief** : Le relief est peu accidenté, dominé par des plaines et des collines qui se signalent dans les parties Sud et ouest de Fakola avec des sommets ne dépassant pas 300 à 310 m.
  - **Végétation** : Les sols sont latéritiques et couverts de forêts denses et des forêts de galeries qui se dégagent progressivement du Sud au Nord. On y rencontre des espèces comme le (sô), le Cahicedra, le Néré, le Karité, les palmiers à huile, le Bambou.

#### 4.1.3 Profil démographique

Le cercle de Kolondiéba compte 178 973 habitants en l'an 2007 (Source DNI 1998). La densité est de 19,5 habitants au Km<sup>2</sup>. La population est inégalement répartie, les parties Nord et Sud ouest sont plus peuplées. Le taux d'accroissement naturel est de 2,7% (recensement général 1998). Les principales ethnies sont : les Bambaras, les Sénoufos et les peuls.

#### 4.1.4 Cadre politique et administratif

Le cercle de Kolondiéba compte 12 communes. De nombreux services techniques et administratifs existent dans le cercle il s'agit de : la

préfecture, la justice, l'agriculture, le CAP, la gendarmerie, la SOTELMA, le poste, le service de contrôle financier etc....

Le cercle est dirigé par un préfet qui est le représentant de l'Etat et un président du conseil de cercle qui est l'émanation de la population.

#### **4.1.5 Secteur économique**

L'économie du cercle est basée sur l'agriculture, l'élevage, la pêche, la chasse, la cueillette, l'exploitation des ressources ligneuses, etc.

Le coton conventionnel est la seule culture de rente. Il est à signaler que la culture du coton biologique gagne du terrain.

L'arboriculture commence à se développer dans le cercle. Les espèces concernées sont les mangues (Kent, Kéitt, Amélie, Brooks, mango...), les agrumes, l'anacardier et la banane. Les difficultés rencontrées sont entre autres liées aux attaques parasitaires et au mauvais état des pistes rendant difficile l'écoulement des produits.

Ainsi, le développement économique basé sur l'agriculture est entravé par le mauvais état des pistes rurales qui n'encourage pas la venue des commerçants des produits agricoles dans la zone.

Le climat dans le cercle est favorable à l'élevage. Les espèces élevées sont : les Bovins les ovins, les caprins, les arsins et les volailles.

Cependant, le tarissement précoce des rivières et mares (6 mois sur 12) principal motif de transhumance vers la Côte d'Ivoire, la détérioration des pâturages par les feux de brousse, le déboisement abusif et la présence des mouches Tsé-tsé, constitue des entraves au développement du secteur.

L'aviculture est pratiquée traditionnellement. Elle rapporte des revenus substantiels aux familles.

Le commerce n'est pas très développé et se repose sur les produits agricoles, d'élevage et les produits de première nécessité.

#### **4.1.6 Cadre culturel**

La population du cercle de Kolondiéba, comporte plusieurs ethnies du pays et chacune apporte sa tradition à la vie culturelle. Les trois principales religions sont l'islam, le Christianisme et la religion traditionnelle. Des confréries très dynamiques comme celle des chasseurs existent.

**4.1.7 Communication et transport :** Le cercle de Kolondiéba dispose du réseau téléphonique de la SOTELMA et deux opérateurs de téléphonie mobile : Orange et Malitel. Le réseau RAC est bien fourni au niveau des services de santé mais certains sont de courte portée.

Le cercle est couvert par la radio et la télévision nationale et dispose également de quelques radios de proximités.

Le transport inter urbain est assuré par les véhicules gros porteurs et les minibus. Les engins à deux roues: les motos Djakarta les Yamaha 100 de même que les vélos sont également très nombreux dans le cercle.

#### **4.1.8 Infrastructures sanitaires**

Les infrastructures sanitaires du cercle sont réparties comme suite :

- 17 centres de santé communautaires (CSCOM) fonctionnelles
- Une aire de santé non fonctionnelle
- Un cabinet médical
- Un Centre de Santé de Référence

#### **4.1.9 Personnel**

- **Niveau CSRef**

Un (1) médecin santé publique

Un (1) médecin gestionnaire des structures de santé

Trois (3) médecins généralistes

Trois (3) assistants médicaux ;

Trois (3) Infirmiers d'Etat ;

Deux (2) sages femmes ;

Six (6) infirmiers de santé ;

Trois (3) infirmières obstétriciennes ;

Trois (3) matrones ;

Trois (3) aides soignants ;

▪ **Niveau CSCOM**

Trois médecins généralistes ;

Deux infirmiers d'Etats ;

Dix infirmiers de santé ;

Deux infirmières obstétriciennes;

Cinq aides soignants ;

Dix huit matrones.

**4.1.10 Organisation du travail**

Les consultations prénatales se font tous les jours du lundi au vendredi de 8h à 13h30. Elles sont assurées par les sages femmes et les infirmières obstétriciennes.

Au cours de ces consultations, les femmes reçoivent les VAT, les Moustiquaires Imprégnées d'insecticides, des séances d'éducation sur le changement de comportement, sur le planning familial et sur le plan d'accouchement.

Ces femmes reçoivent également la PTME au cours des CPN.

Les consultations externes de gynécologie se font tous les jours par le Médecin de garde et les faisant fonction d'interne (F F I).

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 7h30 le lundi et à 8h du mardi au vendredi réunissant le personnel médical dirigé par le chef de service. Au cours du staff les équipes de garde de médecine/chirurgie et la maternité font le compte rendu des activités et événements qui se sont déroulés lors de la garde.

La visite des malades hospitalisés se fait tous les jours après le staff.

#### **4.2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive prospective.

#### **4.3. Période de l'étude**

La collecte des données s'est déroulée du 01 janvier au 30 juin 2009 au centre de santé de référence de Kolondièba

#### **4.4 Population d'étude**

Elle était constituée par les femmes enceintes qui sont venues pour leur CPN et les accouchées pendant la période de l'étude au CSREF.

##### **4.4.1 Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- être une femme enceinte, venue pour une CPN au centre de santé de référence ;
- être une femme qui a accouché dans le service, et être dans les 24h du post-partum ;
- avoir donné son consentement pour participer à l'enquête.

Toutes les femmes répondant aux critères ci-dessus et présentes au moment de l'enquête ont été incluses dans l'étude.

#### **4.4.2. Critères de non inclusion**

Les critères de non inclusion concernaient des femmes :

- avoir accouché depuis plus de 24h ;
- toutes les femmes qui n'ont pas accepté participer à l'enquête.

#### **4.5. Echantillonnage**

##### **4.5.1. Méthode d'échantillonnage**

Nous avons utilisé la méthode non probabiliste pour faire notre échantillonnage.

##### **4.5.2. Technique d'échantillonnage**

La technique de choix raisonné a été utilisée. Nous avons fait un recensement exhaustif de toutes les femmes enceintes et les accouchées répondant à nos critères d'inclusion et qui se sont présentées pendant la collecte des données.

##### **4.5.3. Taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :

$$n = (z\alpha^2 * p q / i^2)$$

Où :

n=taille de l'échantillon

Z $\alpha$ = écart réduit correspondant au risque  $\alpha$  consenti à un seuil de signification de 0,05 ; Z $\alpha$ =1,96

p= 0,70 : nous avons le pourcentage de couverture en CPN3 au CSRef qui est estimé à 70%.

q= (1-p)= 0,30 : c'est le complément de p.

i = 0,04 ; c'est la précision que nous avons fixé pour cette étude.

$$n=1,96^2*0,70*0,30 / 0,04^2 = 504$$

#### **4.6. La validité interne et externe de l'enquête**

Des dispositions ont été prises pour minimiser les biais d'information et de sélection. Il s'agit :

- d'un pré-test de l'outil.

- de l'enquête après une séance de CPN ou dans les 24h du post-partum ;
- de l'augmentation de la taille de l'échantillon de 5% dans le souci de prévenir les non réponses qui peuvent constituer un biais de sélection ;
- des dispositions prises pour expliquer aux femmes les raisons de l'enquête, ce qui peut diminuer la proportion de refus de participation.

## **4.7. Les variables**

### **4.7.1. Variables relatives aux caractéristiques des femmes**

- L'âge ;
- Le niveau d'instruction ;
- La profession.
- Le statut matrimonial ;
- La résidence ;
- L'ethnie ;
- La gestité ;
- La parité

### **4.7.2. Les variables relatives aux normes de la CPN**

- Le nombre de CPN ;
- La périodicité des CPN.

### **4.7.3. Les variables relatives aux objectifs de la CPN**

- La prévention du paludisme pendant la grossesse ;
- La prévention de l'anémie ;
- Le dépistage volontaire du VIH/SIDA ;
- La vaccination antitétanique ;
- Les signes de travail d'accouchement ;
- Les signes de danger pendant la grossesse ;
- L'allaitement maternel précoce et exclusif ;
- La planification familiale ;
- Le plan d'accouchement ;

- Les examens complémentaires.

#### **4.7.4. Aspects Opérationnels des variables**

##### **Les normes de la CPN**

- Lorsque le pourcentage de CPN4 est supérieur ou égale à 70%, il est jugé très bon, il est acceptable si le pourcentage est entre 50% et 70%, et il est mauvais s'il est inférieur à 50%.
- La périodicité de la CPN est appréciée par la possibilité de faire quatre CPN,
- Lorsque la première CPN est faite pendant le premier trimestre par 70% des femmes, elle est jugée bonne, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- pendant le deuxième trimestre elle est acceptable, après le deuxième trimestre elle est mauvaise, quelque soit le pourcentage.
- 

##### **Les Objectifs de la CPN**

L'atteinte des objectifs est appréciée par rapport au pourcentage des femmes ayant effectué trois CPN, toutes ces femmes doivent bénéficier des objectifs de la CPN.

- Lorsque plus de 70% des clientes ont reçu les deux doses de la SP, cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes ont utilisé de façon correcte les MII pendant leur grossesse cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes ont pris de façon correcte le fer acide folique pendant leur grossesse cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.

- Lorsque plus de 70% des clientes ont reçu la vaccination antitétanique pendant leur grossesse cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes ont effectué le dépistage volontaire du VIH/SIDA pendant leur grossesse cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes connaissent les signes du travail d'accouchement cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes pratiquent l'allaitement maternel précoce et exclusif cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes pratiquent une méthode de contraception cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes connaissent plus de six éléments du plan d'accouchement cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes connaissent plus de six signes de danger pendant la grossesse cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.
- Lorsque plus de 70% des clientes ont réalisé le bilan prénatale cela est jugé bon, entre 50% et 70% c'est acceptable, inférieur à 50% c'est mauvais.

#### **4.8. Techniques et Outils de collecte**

Les techniques utilisées étaient :

- L'entretien individuel par questionnaire ;
- L'exploitation documentaire (fiche de suivi de la grossesse et le registre de CPN)

#### **4.9. Traitement des données**

- Les données collectées ont été traitées et analysées avec le logiciel Epi Info version 3.4.3.

#### **4.10. Aspects éthiques**

- Les principaux aspects éthiques ont été pris en compte et l'étude s'est déroulée dans le respect de l'homme dans ses dimensions humaines.

- Les raisons et le but de l'enquête ont été clairement expliqués à chaque femme afin d'avoir son accord.

- L'enquête a été menée de façon confidentielle. A la fin de chaque entretien la femme est gentiment remerciée de sa disponibilité, de sa compréhension et de sa collaboration.

#### **4.11. Les limite du travail**

La non prise en compte de certains aspects importants tels que :

- l'accouchement et les suites de couches,
- l'examen clinique pendant la CPN ;
- Les opinions du mari et ou de la famille dans la réalisation de la CPN.

Les ressources limitées ne nous ont pas permis de traiter ces aspects si importants de la santé de la mère et de l'enfant. Ces aspects de la santé de la femme nous auraient permis d'avoir une appréciation plus globale de la CPN recentrée, son impact dans l'évolution de la grossesse, de l'accouchement, et les suites de couches aussi bien au niveau de la communauté que dans le centre de référence de Kolondiéba.

### **5. Définitions Opératoires des concepts**

#### **▪ La Planification Familiale**

Au Mali, le concept de PF comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST-VIH/SIDA, aux grossesses non

désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien être familial et individuel. [23]

- **La contraception**

C'est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfants désiré au moment voulu. [23]

- **Counseling**

Le counseling est un entretien entre prestataire et client sur un consentement éclairé du choix du client, un tête-à-tête qui a lieu dans un endroit calme et discret. [23]

- **L'allaitement maternel exclusif des enfants de moins de six mois**

Un enfant est allaité exclusivement au sein quand il est nourri uniquement avec du lait maternel; l'enfant ne reçoit d'autres aliments (solides, semi solides ou liquides) que le lait maternel, même pas d'eau. [34]

- ❖ **Plan d'accouchement**

Un plan d'action pour se préparer à l'accouchement et la naissance du bébé. [16]

- ❖ **Plan en cas de complications**

Un plan d'action pour reconnaître les signes de danger et réagir en conséquence. [16]

- ❖ **Signe de danger**

Un signe ou symptôme indiquant que la femme ou le nouveau-né a un problème de santé et doit se rendre à une infrastructure sanitaire le plus tôt possible. [16]

- ❖ **L'évaluation**

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions est atteint avec succès en vue des objectifs préalablement fixés. [2]

#### ❖ **Surveillance prénatale ou consultation prénatale (CPN)**

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à trois fins essentielles.

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains
- Traiter ou orienter la femme dans les cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents.
- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications. [2]

#### ❖ **Les normes**

Ils précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises exigées pour chaque service offert. [2]

#### ❖ **La mortalité maternelle**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. [2]

#### ❖ **Taux de mortalité maternelle**

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 femmes en âge de procréer. [2]

#### ❖ **La grossesse**

C'est l'état qui débute avec la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception. [2]

### ❖ **Facteurs de risque**

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui si elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée. [2]

### ❖ **Grossesse à risque :**

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque. [2]

### ❖ **La maternité sans risque**

C'est de créer des conditions dans lesquelles une femme peut choisir d'avoir un enfant et si elle le fait, est assurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoins et à des soins après la naissance de manière à éviter les risques de décès ou d'incapacités liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Cette définition coïncide avec celle de l'OMS à la conférence de l'ONU sur les femmes (1995) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être assurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période du post natal et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liés à la grossesse. [2]

## V. RESULTATS

### 5.1. Caractéristiques sociodémographiques :

**Tableau I** : Répartition des clientes selon l'âge.

<b>Tranches d'âge en année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<20	130	25,8
20-39	352	69,8
40 et plus	22	4,4
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>

Les clientes moins de 30 ans étaient majoritairement représentés dans notre série avec 70%. Parmi celles-ci les adolescentes représentaient 25,8% de la série.

**Tableau II** : Répartition des clientes selon l'ethnie.

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bambanas	275	54,5
Peulh	110	22
Senoufo	32	6,3
Malinké	20	4
Bobo	17	3,4
Soninké	16	3,2
Sonrhäi	13	2,5
Bozo	11	2,1
Dogon	10	1,9
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>99,9</b>

La moitié des clientes étaient des bambanas avec 54,5%.

**Tableau III : Répartition des clientes selon la résidence.**

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Kolondiéba ville	312	61,9
Villages	192	38,1
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>

La majorité des clientes résidaient à Kolondiéba ville soit 61,9%

**Tableau IV : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction.**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non scolarisées	320	63,5
Niveau primaire	106	21
Niveau secondaire	78	15,5
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>

La majorité des clientes était non scolarisée avec 63,5%.

**Tableau V** : Répartition des clientes selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	355	70,4
Elève et Etudiante	60	11,9
Commerçante	29	5,7
Monitrice et Enseignante	60	11,9
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>

Les ménagères étaient les plus représentées avec 70,4 %.

**Tableau VI** : Répartition des clientes selon la gestité.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	104	20,6
Pauci gestes	206	40,8
Multi gestes	86	17,1
Grande multi gestes	108	21,4
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>99,9</b>

Les pauci gestes étaient majoritaires 40,8% de l'échantillon.

NB : Primigeste= 1gossesse ; pauci geste= 2à3 grossesses ; multi geste= 4à6 grossesses ; grande multi geste=7grossesses et plus.

**Tableau VII** : Répartition des clientes selon la parité.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipares	62	12,3
Primipares	160	31,7
Pauci pares	141	28,0
Multi pares	56	11,1
Grande multipares	85	16,9
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>

Les primipares étaient majoritaires avec 31,7% de l'échantillon.

NB : Nullipares= 0 accouchement ; primipare= 1accouchement; pauci pare= 2à3 accouchements ; multi pare= 4à6 accouchements ; grande multipare=7accouchements et plus.

**Tableau VIII** : Répartition des clientes selon le statut matrimonial.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	425	84,3
Célibataire	79	15,7
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>

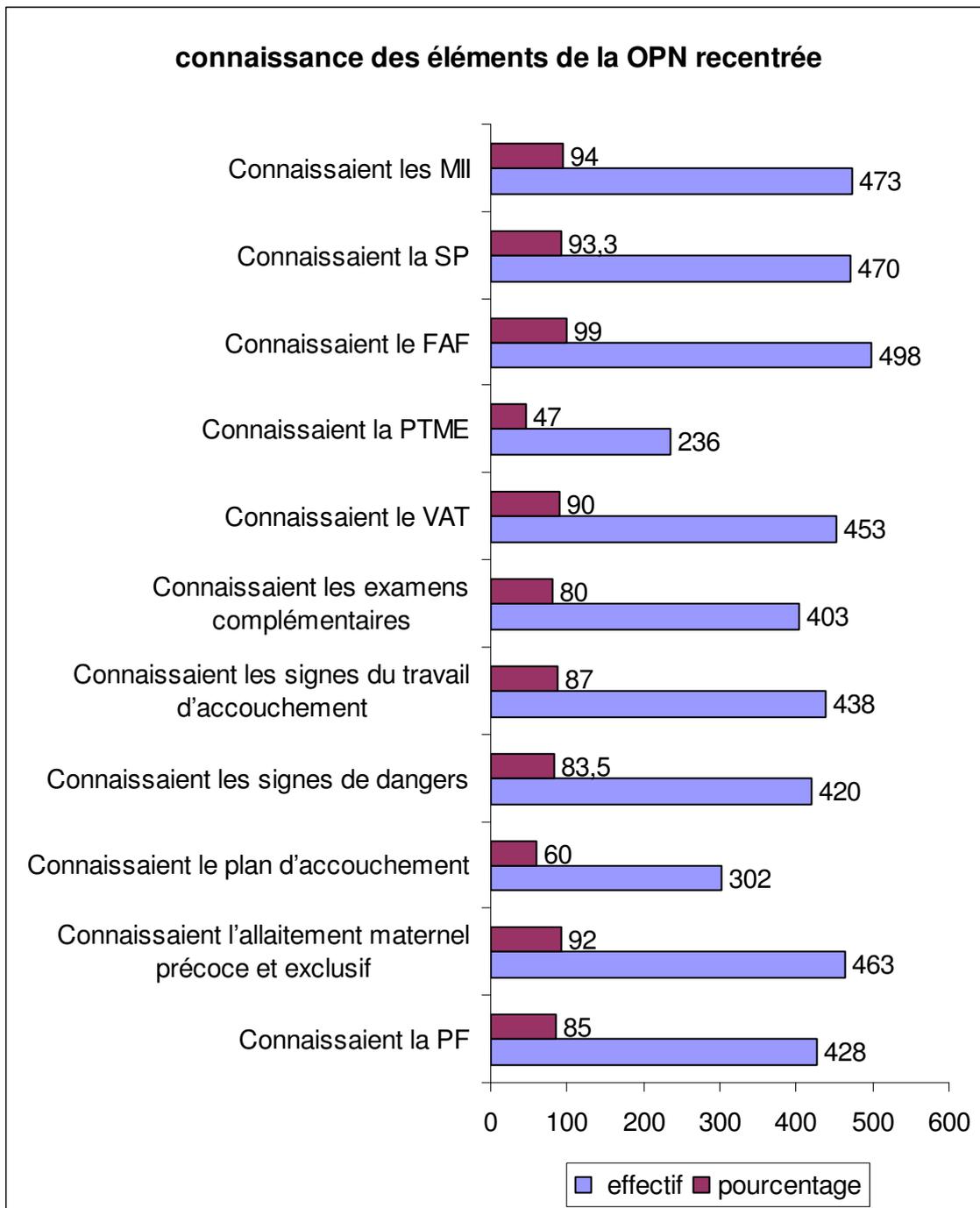
Les clientes étaient mariées dans 84,3%.

## 5.2. Connaissance de la CPN recentrée

**Tableau IX :** Répartition des clientes selon la connaissance des normes de la CPN recentrée.

<b>Connaissance des normes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nombre de CPN (4)	430	85,3
Périodicité	295	58,5

Seulement 58,5% des clientes connaissaient la périodicité des consultations prénatales.



**FIGURE 1 :** Répartition des clientes selon la connaissance des éléments de la CPN recentrée.

La prévention de la transmission du vih mère enfant était le moins connu des éléments soit une connaissance de 47 %

### 5.3. La pratique de la CPN recentrée

**Tableau X** Répartition des accouchées selon la pratique des normes de la CPN recentrée.

<b>Pratique des normes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ont fait 4 CPN et plus	129	41,5
Ont fait 3 CPN	110	35,4
Ont fait 2 CPN	42	13,5
Ont fait 1 CPN	30	09,6
Aucune CPN	00	00
<b>Total</b>	<b>311</b>	<b>100</b>

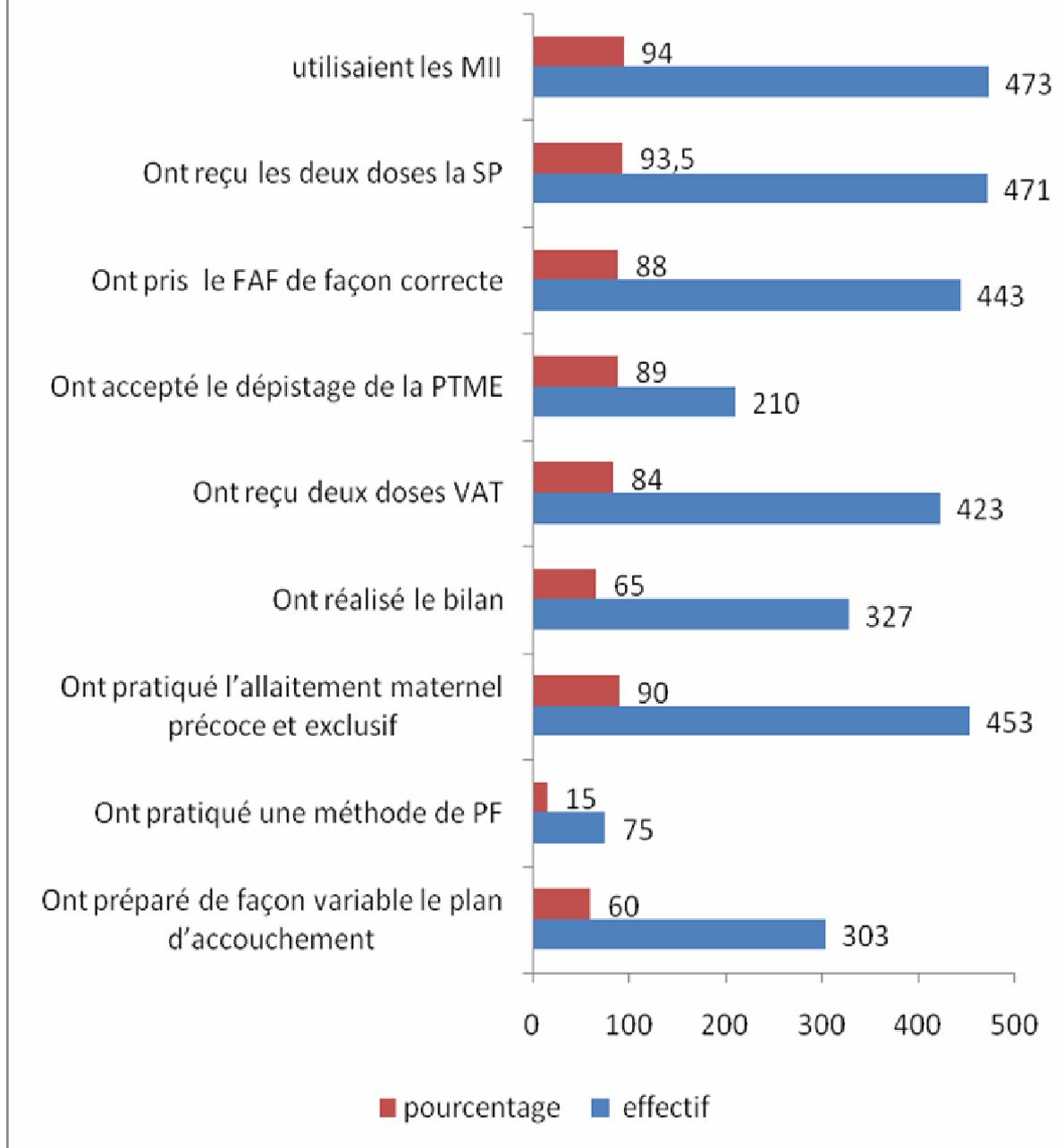
Environ 41,5 % des clientes accouchées ont fait 4 CPN et plus.

**Tableau XI** : Répartition des clientes selon le moment de la première CPN.

<b>Moment</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Pendant le premier trimestre	336	67
Après le premier trimestre	168	33
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>

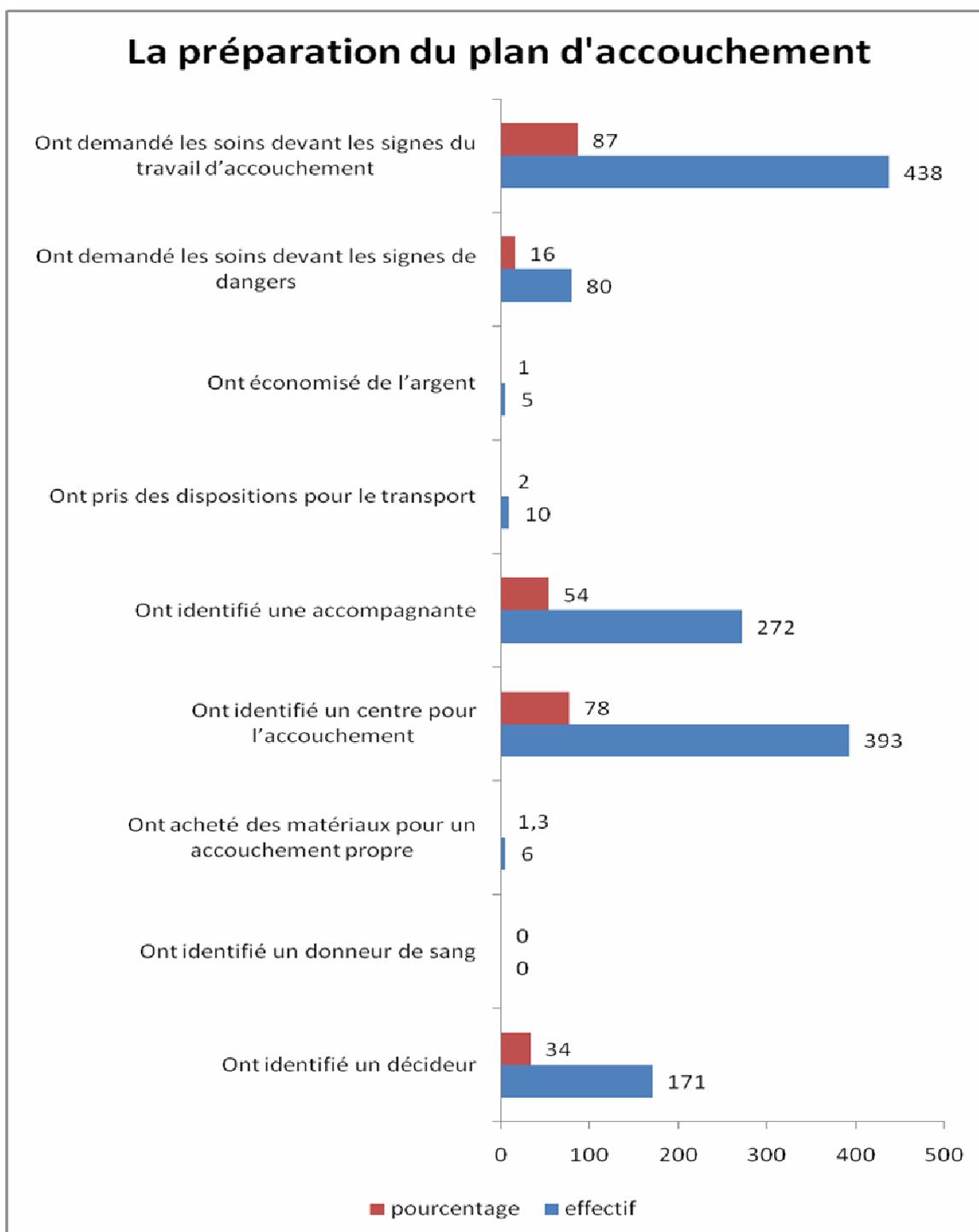
Les clientes ont effectué leur première CPN pendant le premier trimestre dans 67%.

## Pratique des éléments de la CPN recentrée



**FIGURE 2 :** Répartition des clientes selon la pratique des éléments de la CPN recentrée.

La planification familiale était la moins pratiquée avec 15%.



**FIGURE 3 :** Répartition des clientes selon la préparation du plan d'accouchement.

Le lieu d'accouchement était identifié dans 78% des cas. Aucune cliente n'avait identifié un donneur de sang.

### 5.3. Les difficultés liées à la réalisation de la CPN

**Tableau XII** : Répartition des clientes qui n'ont pas fait la première CPN pendant le premier trimestre et les raisons de la non réalisation.

<b>Raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Méconnaissance	60	35,7
Financière	50	29,7
Distance	58	34,5
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>99,9</b>

La méconnaissance des normes de la consultation prénatale a été retrouvée chez 35,7% des clientes qui n'ont pas respecté la période de la première consultation prénatale.

**Tableau XIII** : Répartition des clientes qui n'ont pas utilisé correctement les MII et les raisons de la non utilisation.

<b>Raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Reçu en retard	21	67,7
Ne peuvent pas dormir sous MII	10	32,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>99,9</b>

Parmi les clientes qui n'ont pas correctement utilisé les MII 67,7% avaient reçu en retard, 32,2% ne pouvaient pas dormir sous MII.

**Tableau XIV** : Répartition des clientes qui n'ont pas pris les deux doses de la Sulfadoxine Pyriméthamine et les raisons de la non prise.

<b>Les raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Retard à la première CPN	20	60,6
Rendez-vous de CPN non respecté	13	39,4
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

La majorité des clientes 60,6% qui n'ont pas reçu les deux doses de SP, avaient commencé tardivement la CPN.

**Tableau XV** : Répartition des clientes qui n'ont pas pris correctement le fer et l'acide folique et les raisons de la non prise.

<b>Les raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non respect du rendez vous	25	41
Retard de la première CPN	20	32,7
Allergie au produit	16	26,2
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>99,9</b>

Parmi les clientes qui n'ont pas pris de façon correcte le fer acide folique, 41% avaient pas respecté le rendez vous.

**Tableau XVI** : Répartition des clientes qui ont refusé le dépistage volontaire du VIH/SIDA selon les raisons.

<b>Les raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Peur de la discrimination	216	73,4
Refus du conjoint	23	7,8
Statut déjà connu	15	5,1
Manque d'information	40	13,6
<b>Total</b>	<b>294</b>	<b>99,9</b>

Parmi les clientes qui ont refusé le dépistage, 73,4% avaient peur de la discrimination.

**Tableau XVII** : Répartition des clientes qui n'ont pas réalisé le bilan prénatal selon les raisons.

<b>Les raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Manque de moyen financier	110	62,1
Pas reçu le bilan	67	37,8
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>99,9</b>

Le manque de moyen financier était la raison la plus fréquente avec 62,1 % chez les clientes qui n'ont pas effectué le bilan prénatal.

**Tableau XVIII :** Répartition des clientes qui ne préparent pas leurs accouchements selon les raisons.

<b>Les Raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non implication de la famille	71	35,3
Méconnaissance des éléments	50	24,8
Manque de moyen financier	80	39,8
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>99,9</b>

Le manque de moyen financier a été la principale raison avec 39,8%.

**Tableau XIX :** Répartition des clientes qui ne pratiquent pas l'allaitement maternel précoce et exclusif selon les raisons.

<b>Les raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Liées à la fonction	30	60,7
Troubles de l'allaitement	18	35,3
Statut sérologique (VIH positif)	2	3,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>99,9</b>

Les troubles de l'allaitement ont été la principale raison de la non pratique de l'allaitement maternel précoce et exclusif avec 60,7%.

**Tableau XX :** Répartition des clientes qui ne pratiquent pas la planification familiale selon les raisons.

<b>Les raisons</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Refus du conjoint	230	53,6
Religion	109	25,4
Le manque d'information	90	21
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100</b>

Le refus du conjoint a été la principale raison avec 53,6%.

## VI- COMMENTAIRES

Notre étude, prospective, sur la perception des gestantes et des accouchées récentes de la CPN recentrée s'est déroulée au centre de santé de référence de Kolondiéba du 01 janvier au 30 juin 2009.

La majorité de l'échantillon était représentée par les accouchées récentes avec 61,7 %.

Elle nous a permis :

- d'apprécier la connaissance des femmes sur les composantes de la CPN recentrée.
- d'apprécier la pratique des composantes de la CPN recentrée par les femmes.
- de recueillir les difficultés liées à la réalisation de la CPN recentrée.

### 6.1 Caractéristiques sociodémographiques

#### ❖ L'âge

La tranche d'âge de 15-19 ans était la plus représentée avec 25 %.

Camara D. [6] et Doumbia M. [9] trouvent respectivement 60,5%, 56,7%.

#### ❖ Niveau d'instruction

Notre étude a montré que 63,5% des clientes n'étaient pas scolarisées.

Doumbia M. [9] dans son étude intitulée les déterminants du non respect des normes de la consultation prénatale par les femmes faite au Benin trouve 83%.

Selon EDS IV-2006 [8] 88% des femmes dans la région de Mopti n'ont aucune instruction et 50% dans la ville de Bamako.

### ❖ **La profession**

La grande majorité de notre échantillon était représentée par des ménagères avec 70% des cas.

Fomba S. [4] et Bocoum H. [11] rapportent respectivement 84,5%, 68%. Ce groupe devrait être classé parmi les femmes à risque vu l'impact des travaux ménagers intenses sur l'évolution de la grossesse.

### ❖ **La gestité :**

Les Paucigeste étaient les plus représentées avec 40,8% de notre échantillon. Quant aux multi gestes : Elles représentaient 17,1% de notre échantillon et 46,5% pour Koïta M. [32].

### ❖ **La parité :**

Les Primipares représentaient 35% de notre échantillon.

Quant aux grandes multipares, elles représentaient 18 % des cas.

## **6.2 Les éléments de la CPN recentrée**

### ❖ **Normes de la CPN**

Dans notre étude 85,3% des clientes enquêtées étaient au courant du recentrage de la CPN à savoir 4 CPN et leur périodicité pendant une grossesse d'évolution normale, ce qui est acceptable.

67% des clientes avaient effectué leur première consultation prénatale pendant le premier trimestre de la grossesse, ce qui est acceptable.

Environ 41,5% des accouchées récentes avaient effectué Quatre CPN ou plus.

Selon EDS IV-2006, [8] au Mali la proportion des femmes ayant reçu des soins prénatals a augmenté depuis 2001, variant de 58% à 70%. En milieu rural 48% des femmes avaient reçu des soins prénatals en 2001 contre 64 % en 2006. Seulement 35% des clientes ont effectué au moins quatre visites prénatales recommandées.

Save the children [30] dans son enquête avait trouvé 24%.

Passchier M. [26] dans son étude intitulée : « Itinéraires thérapeutiques en milieu rural guinéen » a trouvé que 55% des femmes seulement ont respecté les

recommandations de l’OMS à propos du nombre de consultation qui est d’au moins quatre (4) CPN durant la grossesse.

Doumbia M. [9] trouve que 21,4% des femmes enquêtées de la commune d’Athiémé ont respecté les normes de la CPN en 2007. Ce niveau de respect des normes varie d’un arrondissement à un autre.

La méconnaissance de la grossesse et ou la période de la première CPN ont été les principales raisons évoquées par les femmes d’avoir effectué la première CPN au-delà du premier trimestre avec 35,7 %.

Doumbia M. trouve que la connaissance de la période de la première CPN est significativement liée au niveau d’instruction des femmes ; 85,7% des femmes ayant le niveau secondaire connaissent la période de la première CPN contre 6% des femmes non scolarisées. La période de réalisation de la première CPN est significativement associée au niveau d’instruction des femmes ; 100% des femmes du niveau secondaire ont réalisé leur première CPN au premier trimestre contre 27,0% pour les non scolarisés.

#### ❖ **Les examens complémentaires pendant la grossesse**

Au Mali selon les normes et procédures [4] les examens complémentaires doivent être demandés à la première consultation prénatale et sont indispensables pour détecter certaines pathologies associées à la grossesse.

Dans notre étude ces examens ont été demandés dans la majorité des cas soit 82%, et la réalisation était de 65%.

Berthé A [3] rapporte que ces examens ont été demandés chez les gestantes à 100% et Fomba S[11] rapporte 96,6%, Goita N [14] 99%, Konaté [18] 41,5% et Koïta [17] 38,5%.

La réalisation de ces examens complémentaires demande une sensibilisation et une planification de la part des femmes et de leur famille.

Le manque de moyen financier a été la principale raison de la non réalisation du bilan prénatal par les femmes soit 62,1%.

Doumbia M. [8] dans son étude faite au Bénin rapporte que le niveau économique des ménages a une liaison statistiquement significative avec le nombre de CPN et la réalisation du bilan prénatal pendant la grossesse. Il trouve que 80% des femmes classées comme niveau économique faible avaient effectué moins de 4 CPN pendant leur grossesse et n'avaient pas réalisé le bilan prénatal demandé.

Bernardin T. [2], dans son étude « analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire » réalisée en 2007 a montré que le pouvoir économique du chef de famille ou du ménage a une influence significative sur le recours aux soins modernes notamment la consultation prénatale. Les ménages qui ont un niveau économique élevé ou moyen utilisent plus les soins et services de la médecine moderne plus que les ménages pauvres.

#### ❖ **La supplémentation en Fer Acide Folique pendant la grossesse**

Plus de la moitié des femmes des pays en voie de développement souffrent d'une anémie. Dans notre étude 99% des femmes savaient l'intérêt de la prise du fer-acide folique pendant la grossesse, et 88% ont bénéficié d'une supplémentation correcte en FAF pendant leur grossesse, ce qui est bon.

Sitouck Wongen [29] rapporte 100% et Konaté S [18] rapporte 22% de supplémentation en FAF.

Il en a été de même pour Berthé A. (3) et Kamissoko M. (16) où toutes les gestantes ont reçu cette prescription.

Save the children [30] dans son enquête trouve 71% de supplémentation en FAF.

Selon EDS IV -2006, [8] 44% des femmes enceintes au Mali étaient anémiées sous la forme modérée.

Le retard de la première CPN le non respect des rendez-vous et les effets secondaires du FAF ont été les principales raisons évoquées par les femmes qui n'ont pas pris de façon correcte le FAF pendant leur grossesse soit respectivement 41% et 32,7%.

## ❖ **La planification Familiale**

Les services de planification familiale sont ouverts au Mali depuis 1970 [1]. Les femmes n'ont pas envie de faire la planification familiale [1]. Quarante ans après, peu de femmes ont recours à la contraception.

F.S.Diabaté [12] rapporte dans son étude faite au Douentza que 40% des femmes enquêtées étaient informées de la planification familiale.

Save the children [30] dans son enquête trouve 3%.

Selon EDS-IV en 2006, [8] au Mali 75% des femmes connaissaient au moins une méthode de contraception moderne, 19% aient déjà recours à la contraception moderne dans leur vie, 7% utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Cependant ces chiffres varient, en fonction du milieu, 17% à Bamako, 4% en milieu rural, et 2% à Mopti. En fonction du statut matrimonial, 6% chez les femmes en union, en fonction du niveau d'instruction 12% niveau primaire, 23% niveau secondaire.

Au Maroc [31] 49% des femmes en âge de procréer connaissent spontanément une méthode de contraception ; au Botswana et au Zimbabwe ces taux sont respectivement de 12,2% et 14,9%.

Dans notre étude seulement 15% des femmes utilisaient un moyen de contraception ce qui est mauvais.

Dans notre étude les principales raisons évoquées par les femmes à la non pratique de la planification familiale sont le refus du conjoint avec 53,6 %, la religion 25,4% et le manque d'information avec 21%.

## ❖ **L'allaitement Maternel Précoce et Exclusif**

L'allaitement maternel précoce et exclusif est un droit de l'enfant selon l'OMS et l'UNICEF [23].

Chaque jour 3500 vies pourraient être sauvées dans le monde si tous les enfants étaient nourris exclusivement au sein durant les premiers mois de leur vie [23].

Dans notre étude 92% des femmes savaient l'intérêt, et les modalités de l'allaitement maternel précoce et exclusif et 90% pratiquaient l'allaitement maternel exclusif et précoce, ce qui est bon.

Save the Children [30] dans son enquête trouve que 9% était en informée.

Selon EDS IV 2006 [8] 38% des enfants de 0-6 mois sont exclusivement allaités au sein au Mali, 53% reçoit, en plus du lait maternel de l'eau, seulement 4% reçoivent d'autres laits.

Selon Destination Santé [25] au Mali le taux d'allaitement maternel exclusif était de 8% en 1996, 37% en 2006 et 21% au Cameroun.

Les principales raisons évoquées par les femmes n'ayant pas pratiqué l'allaitement maternel précoce et exclusif étaient l'occupation des mères pour diverses raisons (salariée, commerce) avec 60,7%, les troubles de l'allaitement avec 35,3%, la prévention de la transmission du vih de mère à l'enfant avec 3,9%.

Au Maroc selon Destination Santé [25] l'urbanisation et le travail salarié des mères, les considérations esthétiques, et naturellement le marketing agressif des producteurs, l'insuffisance de formation de nombreux professionnels de santé sont les raisons qui ont fait que le taux d'allaitement maternel précoce et exclusif est passé de 51% en 1992 à 31% en 2004.

#### ❖ **Le dépistage volontaire du VIH/SIDA pendant la grossesse et ou le travail d'accouchement**

La transmission du vih de la mère à l'enfant pendant l'accouchement, puis au cours de l'allaitement est une des voies de contamination toujours particulièrement fréquente dans la plupart des pays en développement.

Dans notre étude 89% des femmes avaient accepté le dépistage pendant la grossesse et ou le travail, ce qui est bon.

Camara D. [6] dans son étude, le dépistage du VIH/SIDA en vue du programme de la PTME (transmission mère enfant du VIH), la recherche

d'albumine et de sucre dans les urines ont été les plus demandés avec respectivement 62,5% ; 99% ; 99%.

Save the children [30] dans son enquête trouve que 2% était informées.

Selon le conseil national du sida en France le 14 mars 2002 [34] 89,4% des femmes avaient effectué le dépistage à l'occasion de leur grossesse. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'en France le dépistage volontaire est proposé à toutes les femmes lors de la première CPN et renouvelable en cas de négativité, et aussi la qualité de l'information que les femmes reçoivent pendant le counseling.

Les principales raisons évoquées par les femmes ayant refusé le dépistage sont la peur de la stigmatisation et ou la discrimination avec 73,4%, le refus du conjoint avec 07,8%, et le statut sérologique déjà connu avec 05,1%.

#### ❖ **La prévention du paludisme pendant la grossesse**

Au Mali, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Le traitement et la prévention du paludisme constituent donc une composante importante des soins de santé maternelle et infantile [27].

Dans notre étude 93,3% des femmes savaient l'intérêt et la périodicité de la prise de la SP pendant la grossesse et presque la moitié soit 66% des femmes avaient reçu les deux doses de SP pendant leur grossesse, ce qui est acceptable.

Save the children [30] dans son enquête trouve que 21% étaient informées, et 73% avaient reçu les deux doses de SP.

Nous avons trouvé que 98% des femmes savaient l'intérêt et le mode d'utilisation des moustiquaires imprégnées pendant la grossesse et 94% des femmes ont utilisé la moustiquaire imprégnée durant leur grossesse, ce qui est bon.

Save the children [30] dans son enquête trouve que 71% ont dormi sous moustiquaires imprégnés la veille de l'enquête.

Selon EDS-IV 2006 au Mali 50% des ménages possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Cette proportion varie en fonction des régions avec 29% à Kidal, 50% à Ségou et 54% à Bamako. Seulement 4% des femmes avaient reçu deux doses de SP durant leur grossesse, 16% à Bamako et 12% chez les femmes riches.

Konaté S [19] et Fomba [11] ont rapporté respectivement 85% et 50,3%.

Le non respect des normes de la CPN a été la principale raison du non respect des mesures de prévention du paludisme pendant la grossesse.

Pour Doumbia M. [9] 90% des femmes qui ont respecté les normes de la CPN ont bénéficié de MII contre environ 43,0% de celles qui n'ont pas respecté les normes.

#### ❖ **La prévention du tétanos**

Le tétanos de la mère est responsable d'au moins 5% des décès maternels par an [28]. Le tétanos néonatal est responsable de 14 % des décès des enfants de moins d'un an [28].

L'efficacité de la prévention du tétanos néonatal par la vaccination antitétanique n'est plus à démontrer. Chez une femme vaccinée, elle protège le nouveau-né contre le tétanos ombilical d'une part et d'autre part contre le tétanos néonatal par les anticorps transmis de la mère à l'enfant.

Dans notre étude 84% des femmes ont bénéficié de la vaccination antitétanique, ce qui est bon.

Pour Berthé A. (3) :100%, et de Goita N. (14) : 90,5%).

Pour Doumbia M. [8] 100,0% des femmes qui ont respecté les normes de la CPN ont bénéficié de deux doses de VAT contre près de 52,0% de celles qui n'ont pas respecté les normes.

Save the children [30] dans son enquête trouve que seulement 10% était informé.

Selon EDS-IV en 2006 [8] 48% des femmes avaient reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse.

Ces chiffres varient en fonction des régions 44% à Mopti, 26% à Kidal ; en fonction du niveau d'instruction 72% pour le niveau primaire, 83% pour le niveau secondaire et plus.

#### ❖ **Les signes de danger/ les signes du travail**

Quand une femme est en danger, elle doit d'abord reconnaître les signes d'alerte témoignant d'une complication. Si les femmes enceintes, leurs familles et les femmes qui prennent soins d'elles ne sont pas aptes à reconnaître les signes de danger, ils ne sauront pas décider du moment propice pour aller chez un prestataire qualifié [15].

Dans notre étude une proportion élevée soit 70,2% des femmes savaient au moins six éléments des signes de danger pendant la grossesse, ce qui est bon et 77,4% savaient trois signes du travail d'accouchement, ce qui est bon.

Selon EDS-IV-2006 [8] seulement 12% des femmes avaient pris leur décision seules pour leurs propres soins de santé.

#### ❖ **La préparation à l'accouchement**

Puisque toute grossesse présente des risques les prestataires doivent travailler avec les femmes enceintes et leur famille pour élaborer un plan d'accouchement. Ce plan permettra à la femme de recevoir à temps des soins de qualité, que ce soit pendant la grossesse, au cours du travail et d'un accouchement normal ou compliqué.

Dans notre étude le plan d'accouchement était connu avec 60%, et le moins pratiqué. En effet 40% n'avaient préparé aucun élément du plan.

La préparation a été variable d'un élément à l'autre, le décideur a été identifié dans 34%, le lieu d'accouchement 78%, l'identification de l'accompagnante 54%, les matériaux pour propre accouchement dans 1,3%.

Cependant aucune femme n'a ni économisée de l'argent, ni identifiée un donneur de sang, ni prendre des dispositions pour le transport.

Dans l'étude faite par Save the Children [30] seulement 6% étaient informés pendant la CPN, 36% avaient préparé l'accouchement de façon variable, argent

économisé dans 31%, lieu d'accouchement 24%, dispositions pour le transport 6%, matériaux pour accouchement propre 29%, les donneurs de sang et le décideur dans 21%

L'insuffisance de la préparation du plan d'accouchement par les femmes au centre de santé de référence de Kolondiéba pourrait s'expliquer par la faible connaissance des éléments du plan d'accouchement par les femmes d'une part, et d'autre part, par la non implication des familles des femmes dans cette préparation du plan d'accouchement.

## VII CONCLUSION

Notre étude prospective sur la perception des femmes enceintes et des accouchées récentes de la CPN recentrée au centre de santé de référence de Kolondiéba s'est déroulée du 01 janvier au 30 juin 2009.

C'est ainsi que la perception a été appréciée selon les différents éléments de la consultation prénatale.

- elle est bonne pour éléments comme le nombre de C P N recommandée, la supplémentation en fer plus acide folique, la vaccination antitétanique, la prise des deux doses de SP et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- elle est acceptable pour les examens complémentaires, l'allaitement maternel exclusif, le dépistage volontaire du VIH/SIDA, les signes du danger et du travail d'accouchement ;
- elle est mauvaise pour la planification familiale, la préparation du plan d'accouchement ;

❖ L'inaccessibilité financière a fait que toutes les femmes n'avaient pas effectué le bilan prénatal.

❖ Le non respect des normes de la CPN avait fait que toutes les femmes n'avaient pas reçu le FAF de façon correcte.

Les femmes ont peur de la discrimination et la stigmatisation ; les partenaires ne sont pas d'avis pour le dépistage volontaire de leur femme, les femmes pensent que le test est réservé aux femmes à risque.

Les femmes ne reçoivent pas des informations nécessaires sur le dépistage volontaire pendant leur grossesse.

❖ Le traitement traditionnel pour diverses raisons limite la pratique de l'allaitement maternel précoce et exclusif.

❖ Les rumeurs sur les effets secondaires des contraceptifs et le manque d'information sur la planification familiale limitent cette pratique.

Les parents des femmes n'étaient pas impliqués dans la préparation du plan d'accouchement.

A la suite de ces remarques nous nous proposons de faire certaines recommandations afin que toutes les femmes enceintes puissent bénéficier des soins pendant leur grossesse, l'accouchement et les suites de couches en cas de complications

## VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude des recommandations suivantes ont été formulées à l'endroit :

### 1. AUX PRESTATAIRES

- Prenez le temps nécessaire pour expliquer à la femme le nombre de CPN dont elle a besoin et leur périodicité ;
- Expliquez à la femme l'intérêt et les principes de chaque élément de la CPN recentrée ;
- Expliquez à la femme l'intérêt de demander des soins devant un signe de danger ;
- Expliquez à la femme les éléments et les méthodes de préparation du plan d'accouchement ;
- Impliquez le mari ou la famille de la femme afin de leur expliquer l'intérêt et leur place dans la préparation du plan d'accouchement ;
- Proposez le dépistage volontaire du VIH/SIDA à toutes les gestantes dès la première CPN.

### 2. A L'EQUIPE CADRE DU DISTRICT ET AU COMITE DE GESTION

- Évaluez la qualité de la CPN au centre de santé de référence de Kolondiéba
- Rendez accessible le coût des bilans prénatal pour toutes les gestantes.

### 3. AUX GESTANTES

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

#### 4. A LA COMMUNAUTE

- Rendez autonome les femmes dans le cadre de la prise de décision concernant leurs propres soins de santé ;
- Mettez en place un fond d'urgence renouvelable pour les urgences pendant la grossesse et au cours de l'accouchement ;
- Mettez à la disposition des femmes des moyens d'accès aux urgences en cas de complications ;
- Vérifiez que les femmes se rendent aux soins prénatals ;
- Accompagnez les femmes dans l'application des conseils stricts donnés par les prestataires de soins.

## REFERENCE

### **1- Cellule de planification et de statistique :**

Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire Bamako (Koulouba) 1995-2000

### **2- Condition de la femme et population le cas de l'Afrique francophone :**

Publier pour les nations Unies par le CEPED avec la collaboration du FNUAP et de l'URD

### **3 Fomba S.**

Qualité de la consultation prénatale et l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako thèse de médecine 2002-2003

### **4. Goïta N.**

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako.

Thèse de Médecine de Bamako 2005-2006

### **5. Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest :**

Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack (novembre 1997) OMS Bureau l'Afrique division santé de la famille.

### **6. OMS (chronologique)**

Mortalité maternelle soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-202 (Genève 1986).

### **7. Fofana A.**

Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de Kolondièba

Thèse de Médecine de Bamako 2007

**8. Doumbia M :** les déterminants du non respect des normes de la consultation prénatale par les femmes de la commune d'Athiémé en 2007 au Bénin pour l'obtention du master en Santé Publique.

### **9. Erica R. et Sue A.**

La prévention des décès maternels. OMS Genève 1990 P- 164 – 230.

**10. F.S. Diabaté Diallo (1), S.Y. Simaga (2), M. Traoré (3), A. Dolo (3).** Connaissance – Attitude – Pratique de la planification familiale en zone rural au mali.

**11- Konate S.**

Qualité de la surveillance prénatale dans le CSRef de la commune II du District de Bamako

Thèse de Médecine Bamako 2002 M 33, 36P

**12- Division santé de la reproduction**

Procédure en santé de la reproduction, soin prénatale recentré, soin prénatal, soin post natal, soin après avortement, pathologie génitale et dysfonctionnement sexuel chez la femme juin 2005, 219 pages.

**13- Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/1996, P :43**

**14- Sitouck Wonguen Sandra**

Qualité de la surveillance prénatale au CSRef V du district Bamako. Thèse de médecine Bamako 2006, P : 91

**15. Coulibaly F.**

Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako thèse médecine. Bamako 1995 N° 95 pages

**16. Batungwanayoc, Dujarden B, Questiauxg, Dusabe Marivab B**

Résultats de l'introduction du partogramme à l'hôpital de KABGAYE (RWANDA). Revue de médecine d'Afrique noire 1995 N° 12 P : 628-635.

**17. Decam. C. Duponchel J. L. Huguet D.**

Enquête multicentrique sur la mortalité maternelle grave en Afrique de l'Ouest. Rapport préliminaire du Mali, 1996

**18. Donabedian – Avédis**

Exploitation in assessment and monitoring, vol 1

The definition of quality and approaches to its assessment; health administration Press and Arbor, Michigan 1980

**19. Diouf. S. ; Diallo. A ; Camara. B et all**

Etat de santé des mères en district rural Sénégalais (Khombole).

Revue de médecine d'Afrique noire N°4 Avril 1999.

**20. Kassambara M.**

Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliqué à la commune VI du District de Bamako.

Thèse médecine, Bamako 1989 n° 15 ; 179 pages.

**21. Passchier M.**

Itinéraire thérapeutique l'exemple de la sous préfecture de Kanfarandé en Guinée. Paris : URD ; 2003

Université René Descartes Paris 5 2003 :10-136

**22. Fred Sai.** Ancien président de la fédération internationale du planning familial a parlé de la maternité maternelle à l'ouverture de la conférence, « saving lives : skilled attendance at childbirth », qui eu lieu en Tunisie du 13 au 15 novembre 2000

**23. Koïta M.**

Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du District de Bamako.

Thèse de médecine 2001 M14 ; 129 pages.

**24. Leke R. J. I.**

Adolescence et santé de la reproduction : situation en Afrique au Sud du Sahara.

Rapport OMS 1992.

**25. Koemer M. I. ET Montaya - Aguilarc**

L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaire OMS Publication offset n° 105, Genève.

**26. Seguy B.**

Dossiers Médico-chirurgicaux (DMC) Fascicules obstétriques  
Maloine S A EDITEUR. 27, rue de l'école de médecine

- 75 006 Paris 1986 – P = 64

**27. Union Professionnelle des accoucheuses Belge-203 rue de  
baume**

- 7 100 Haine-Saint-Paul-064/22 36 83

- Contact@sagefemmebe

**28. Thiam HD.**

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondièba Thèse médecine Bamako 00 – M – 62 – 60 pages -1998

**29. Mars de Wagner M. D.**

Technology in Birth : Do No Harm

1987 – 2001 Midwifery Today, Inc

Traducteur Mary pascal Beau regard, mai 2001

Sites Internet et association francophones pour une approche « citoyenne » de naissance

[http : // www-fraternet.org / naissance/docs/wagner-fr htm](http://www-fraternet.org/naissance/docs/wagner-fr.htm)

**30. Yaro K.**

Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre CSCO M et service socio-sanitaire de commune au niveau de la commune VI du District de Bamako.

Thèse médecine, Bamako 1997 – 97 – M – 12 101 pages.

**31. Feu m – L ; Fayomi E. Zohoum T. 11 :**

Santé mère / enfant au Bénin : réalisation et déficit. Revue de médecine d'Afrique noire n° 2 Février 1998.

**32. Dr Lyonel Rossant, Dr Jacqueline Rossant-Lumbroso**  
**Doctissimo-l'accouchement :**

[http://www - doctissimo.fr/html/Santé/Femme/sa -571 - emen  
norma 12.htm](http://www-doctissimo.fr/html/Santé/Femme/sa-571-emen-norma-12.htm) 2004.

**33- Journal du médecin N°1235-** Vendredi 14 janvier 2000

Thierry GOORDEN

La semaine mondiale de sensibilisation de la population :  
sauvons des vies de femmes.

**34-Clone R :** Soins prénatals de santé maternelle. Etude  
d'efficacité. Programme de santé maternelle et maternité sans  
risque. Division de la santé de la famille OMS (10h  
OMS/MSM/92-4.

**35. Konaté P.** Evaluation de la qualité des consultations  
prénatales au Centre de Santé de Référence de Koutiala.  
Thèse Médecine. Bamako.2007 ; 88 :P60.

**36-**Direction nationale de la sante publique/ mission française  
de coopération et d'action culturelle au mali  
Ecole Secondaire de la Santé  
Projet : « Maternité à risque »  
Formation continue des sages femmes  
1994/1995, 1995/1996, 1996/1997.

**37-Rivière M.** Mortalité Maternelle au cours de l'état gravi do-  
puerpérale, avortment xcepté. Introduction  
generale.Rv.Gynecol.Obstet.1959 ; 11 :P141-3.

**QUESTIONNAIRE FEMME ENCEINTE ET ACCOUCHEE RECENTE**

**Fiche** **d'enquête** **N°**

/\_\_\_/

**Structure : CSRéf /...../**

**Date de l'enquête :...../...../200.....**

**Q1. Nom et prénoms**

.....

**Q2. Age (en année)** /\_\_\_/

**Q3. Ethnie**

/\_\_\_/

1= Bambara                      2 = Malinké                      3= Soninké

4= Sonrhäi                      4= dogon                      5= Peulh

6= Bozo                      7= Bobo                      8= Sénoufo

Autres= .....

**Q4. Lieu de résidence** 1= Kolondièba ville                      2=Autre

/\_\_\_/

**Q5. Statut matrimonial** 1=marié                      2=Célibataire

/\_\_\_/

**Q6. Type de foyer** 1=Monogame 2=Polygame

/\_\_\_/

**Q7. Si polygame, préciser le nombre de coépouses**

/\_\_\_/

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

/\_\_\_/

**Q8. Niveau d'instruction**

1=non instruite                      2=primaire

/\_\_\_/

3=secondaire                      4=supérieur

**Q9. Profession :**

/ \_\_\_/

1= sans profession

2= Elève ou Etudiante

3= commerçante

4= Autres

Si autres

préciser.....

**Q10. Procréateur :**

**Nom**

**et**

**prénoms**

.....

**Q2.Age** (en année)

/ \_\_\_/

**Q3.**

**Ethnie**

/ \_\_\_/

1= Bambara

2 = Malinké

3= Soninké

4= Sonrhäi

4= dogon

5= Peulh

6= Bozo

7= Bobo

8= Sénoufo

Autres= .....

**Q4. Lieu de résidence**

1= Kolondièba ville

2=Autre

/ \_\_\_/

**Q8. Niveau d'instruction**

1=non instruite

2=primaire

/ \_\_\_/

3=secondaire

4=supérieur

**Q9. Profession :**

/ \_\_\_/

1= Exploitant agricole

2= Eleveur

3= commerçant

4= Autres

***Etapas de la CPN recentrée***

**Q11.** Gestité

/\_\_\_/

**Q12.**Parité

/\_\_\_/

**Q13.** Nombre d'enfants vivants

/\_\_\_/

**Q14.** Avortement

/\_\_\_/

Si oui le  
contexte.....

**Q15.**

Décédé

/\_\_\_/

Si oui le  
contexte.....

**Q16.**

Mort-né

/\_\_\_

/

Si oui  
contexte.....

.....

**Q17. Femme enceinte /...../  
accouchée /..../**

**Femme**

**Si Femme enceinte :**

**a-**L'âge de la grossesse : Trimestre 1<sup>er</sup> /.../ 2<sup>ème</sup> /..../  
3<sup>ème</sup> /..../

**b-**Combientième CPN 1<sup>ère</sup> /.../ 2<sup>ème</sup> /..../ 3<sup>ème</sup> /..../  
4<sup>ème</sup> /..../

Si 1<sup>ère</sup> CPN au delà du 1<sup>er</sup> trimestre, quelles sont les  
raisons :

- Financière /..../
- Méconnaissance /..../



**Q20. Quel est le nombre de CPN qui vous a été conseillé ?**

/\_\_\_/

**Q21. Que pensez vous de ce nombre?** 1=bon 2=excessif

3=insuffisant /\_\_\_/

**Q22. Avez vous été conseillés de dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide** 1= oui 2= non

/\_\_\_/

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

/\_\_\_/

Si non pourquoi

**Q23. Avez vous été conseillés sur la prophylaxie anti-palustre avec la SP**

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

/\_\_\_/

Si non

pourquoi.....

.....

**Q24. Avez vous été conseillés sur la prophylaxie antianémiques avec le fer acide folique ?** 1=oui

2=non /\_\_\_/

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

/\_\_\_/

Si non

pourquoi.....

**Q25. Avez-vous reçu un counseling sur le dépistage du VIH/SIDA** /\_\_\_/

1=oui 2=non

Si oui quel a été votre choix ? 1=oui 2=non /\_\_\_/

Si non pourquoi ?

.....

**Q26. Avez-vous été sensibilisés sur la prophylaxie anti-tétanique ?**

/\_\_\_/

1=oui 2=non

Que pensez-vous de cette prophylaxie.....

**Q27. Avez vous reçu des bilans prénatals ?** 1=oui 2=non /\_\_\_/

Si oui l'avez-vous fait ? 1=oui 2=non

/\_\_\_/

Si non

pourquoi ?.....

.....

**Q28. Avez-vous été conseillés sur l'alimentation** 1=oui

2=non /\_\_\_/

Si oui lesquels

.....

Que pensez-vous de ce conseil alimentaire.....

**Q29. Savez vous qu'il y a des signes du travail ?** 1=oui

2=non /\_\_\_/

Si oui lesquels ?

-Maux de ventre et de dos ; 1=oui 2=non  
/\_\_\_/

-Contractions régulière et douloureuse ; 1=oui  
2=non /\_\_\_/

-Perte des eaux 1=oui  
2=non /\_\_\_/

**Q31. Savez vous des signes de danger au cours de la grossesse ?** 1=oui 2=non /\_\_\_/

Si oui lesquels ?

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

**Q30. Avez vous entendu parler de la préparation à l'accouchement ?**

1 = oui 2 = non  
/\_\_\_/

Si oui quel aspect ?



L'avez-vous respecté ?/ vous la respecterez ?

1 = oui

2 = non

/\_\_\_/

Si

non

pourquoi ?.....

.....

.....

.....

.....

..... **Q32. Avez-vous été sensibilisés sur la  
planification familiale ?**

1=oui 2=non

/\_\_\_/

Êtes-vous prêtes à l'appliquer ?

1=oui

2=non

/\_\_\_/

Si

non

pourquoi.....

## **Fiche signalétique**

**NOM** : Koné

**PRENOM** : Daouda Y

**Titre de la thèse** : Consultation prénatale recentrée : perception des gestantes et des accouchées récentes au centre de santé de référence de Kolondièba à propos de 504 cas.

**Période d'étude** : 1 janvier au 30 juin 2009

**Année Universitaire** : 2009-2010

**Pays d'origine** : Mali (Bamako) 3<sup>e</sup> Région Sikasso (Cercle de Kolondièba)

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS), BP : 2805 Bamako (Mali)

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie- Obstétrique ; Santé Publique

### **RESUME**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et prospective portant sur 504 femmes (gestantes et accouchées) au centre de santé de référence du Cercle de Kolondièba.

L'enquête est basée sur un questionnaire qui explore outre les caractéristiques sociodémographiques des femmes, mais aussi la connaissance, la pratique et les obstacles en rapport avec la consultation prénatale recentrée.

C'est ainsi que la perception a été appréciée selon les différents éléments de la consultation prénatale.

- elle est bonne pour les éléments comme le nombre de C P N recommandée, la supplémentation en fer plus acide folique, la vaccination antitétanique, la prise des deux doses de SP et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ;

- elle est acceptable pour les examens complémentaires, l'allaitement maternel exclusif, le dépistage volontaire du VIH/SIDA, les signes du danger et du travail d'accouchement ;
- elle est mauvaise pour la planification familiale, la préparation du plan d'accouchement ;

L'inaccessibilité financière ,la non implication des conjoints dans la préparation du plan d'accouchement et la peur de la discrimination et de la stigmatisation du VIH/SIDA sont les obstacles à la réalisation de la C P N recentrée au CSREF de Kolondiéba.

**Mots clés :** Perception, consultation prénatale recentrée.

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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