Offre de soins de santé et consultations prénatales dans la ville de Gagnoa (sud-ouest de la Côte d'Ivoire)

Health care and prenatal consultations in the city of gagnoa (southwest of Côte d'Ivoire)

[1]KRAMO Yao Valère

Résumé

La morbidité et la mortalité maternelle et néonatale restent préoccupantes en Côte d'Ivoire. Elles sont imputables à l'irrégularité des consultations prénatales. Cette contribution vise à déceler les outils de communication établis pour redynamiser les consultations prénatales à l'échelle de la ville de Gagnoa. A cet effet, des entretiens ont été effectués avec le chef de district,8 médecins chefs, 8 infirmiers majors, 16 sages-femmes. L'enquête par questionnaire a consisté à interroger 390 mères à l'échelle de 8 quartiers choisis de manière raisonnée. Les résultats révèlent que les difficultés financières (43%), l'oubli des femmes enceintes (25%), l'ignorance (15%), les voyages imprévus (10%), une première expérience mal vécue (6%) et d'autres explications (3%) favorisent les consultations prénatales tardives. A cela s'ajoutent la lourdeur administrative (34%), le coût élevé des prestations (32%), le mauvais accueil dans les centres de santé (20%), l'étendue des ordonnances (10%), l'indisponibilité des agents de santé (8%). Parallèlement aux soins médicaux, les femmes enceintes ont recours aux matrones à 18%, aux médicaments traditionnels à 16%, aux emprunts financiers à 35%, à la mise en gage de biens matériels à 12% et aux organisations non gouvernementales à 19%. Elles reçoivent des agents de santé, des rappels de consultation prénatale à travers des téléphones portables (62%), le téléphone fixe (18%) et les ordinateurs (17%), les tablettes (3%). Ces dispositions atténuent les risques de fragilisation de la santé du couple mère-enfant.

Mots clés : Ville de Gagnoa, Consultations prénales, Facteurs de recours, Offre de soins, Redynamisation

Abstract

Maternal and neonatal morbidity and mortality remain a concern in Côte d'Ivoire. They are attributable to irregular prenatal consultations. This contribution aims to identify established communication tools to revitalise prenatal consultations in the city of Gagnoa. To this end, interviews were conducted with the district chief, eight chief physicians, eight senior nurses and 16 midwives. The questionnaire survey involved interviewing 390 mothers in eight neighbourhoods selected on a rational basis. The results reveal that financial difficulties (43%), pregnant women being forgotten (25%), ignorance (15%), unexpected travel (10%), a bad first experience (6%) and other explanations (3%) contribute to late prenatal consultations. Added to this are administrative burdens (34%), high costs of services (32%), poor reception at health centres (20%), the scope of prescriptions (10%), and the unavailability of health workers (8%). In addition to medical care, 18% of pregnant women use midwives, 16% use traditional medicines, 35% take out loans, 12% pawn material goods, and 19% turn to non-governmental organisations. They receive reminders about prenatal consultations from health workers via mobile phones (62%), landlines (18%), computers (17%) and tablets (3%). These measures reduce the risk of compromising the health of the mother and child.

Keywords: City of Gagnoa, Prenatal consultations, Factors influencing use, Healthcare Provision, Revitalisation

Introduction

La Conférence d'Alma Ata en 1978 puis l'initiative de Bamako en 1987, ont conduit à la création de programmes nationaux pour lutter contre les problèmes de santé. L'Etat ivoirien élabore des Plans Nationaux de développement Sanitaire à partir de juin 1996 (PNDS 1996-2005, PNDS 2009-2013, PNDS 2012-2015, PNDS 2016-2020) dont l'objectif principal est d'améliorer la santé de la population en général mais singulièrement celle de la mère et de l'enfant par une meilleure adéquation quantitative et qualitative entre l'offre des prestations de soins et la demande de santé. Également, l'État adopte dès 2013 la politique de gratuité des soins de santé de la mère et de l'enfant de moins de 5 ans en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement 4 et 5, réduire de trois-quarts la mortalité maternelle et infantile et rendre l'accès à la médecine procréative universel.

Cette volonté politique est étendue à tous les territoires du pays y compris la ville de Gagnoa. L'entité urbaine bénéficie de neuf centres de santé publics dont un hôpital général et un centre hospitalier régional, et dix-neuf centres de santés privés. Ces structures offrent des soins de consultation prénatale. Cependant, les statistiques sont peu satisfaisantes par rapport aux taux ciblés au niveau national de 90% à la quatrième consultation prénatale (Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, 2020, p.71).

Selon les normes en vigueur de l'Organisation Mondiale de la Santé, une femme enceinte doit avoir fait la première consultation prénatale entre le premier et troisième mois de la grossesse. La deuxième consultation intervient entre le quatrième et le sixième mois de la grossesse. La troisième consultation prénatale se réalise entre le septième et le huitième mois de la grossesse quand la quatrième consultation prénatale a lieu au neuvième mois de la grossesse notamment 15 jours avant l'accouchement (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2018 p.61).

En dépit de ces prescriptions, le calendrier des consultations prénatales n'est pas respecté. Le taux d'abandon des consultations prénatales à Gagnoa est de 58,65%. Pourquoi, les femmes enceintes ne respectent-elles pas le calendrier des consultations prénatales ? Cet article analyse les facteurs de non-respect du calendrier des consultations prénatales et met également en évidence les options de redynamisation des recours aux soins de santé par la femme enceinte. Il repose sur l'ypothèse selon laquelle les difficultés financières sont à la base de la discontinuité des consultations prénatales.

1. Matériels et méthodes

Les ressources matérielles et méthodologiques convoquées dans cette étude sont axées sur un modèle théorique, la présentation du territoire retenu, les méthodes et techniques de collecte et de traitement des données.

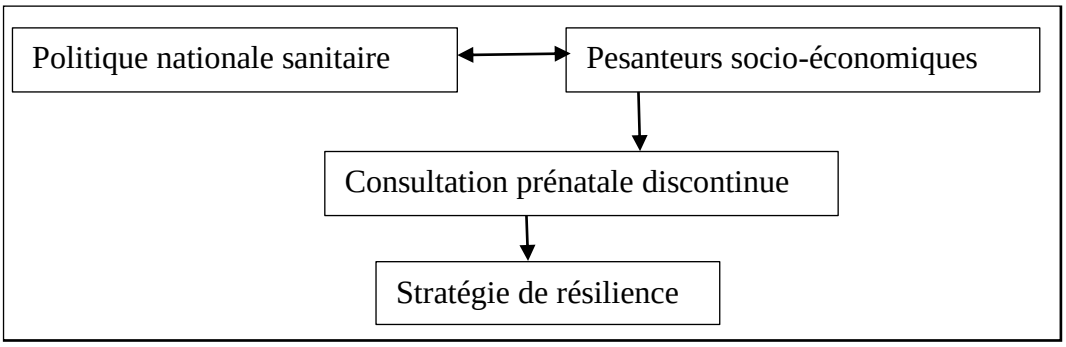
1.1 Modèle théorique et présentation de l'espace d'étude

Les consultations prénatales s'inscrivent dans le cadre de la protection du couple mère-enfant. La ralisation de cette étude de recherche a eu pour socle un modèle conceptuel circonstrict aux stratégies de redynamisation des consultations prénatales.

1.1.1. Un modèle théorique à cheval sur la politique sanitaire et les contingences socio-économiques

La recherche de la préservation de la santé de la mère et de l'enfant découle des contenus des plans nationaux de développement sanitaire. Cepentant, l'apporopriation différenciée des indications étatiques amplifient la sécurité ou l'insécurité sanitaire des femmes enceintes, des nouveaux nés et des mères. C'est à juste titre que le modèle conceptuel présenté par la figure 1 définit le cadre restreint adopté dans cette étude.

Figure 1 : Modèle conceptuel de la redynamisation des consultations prénatales



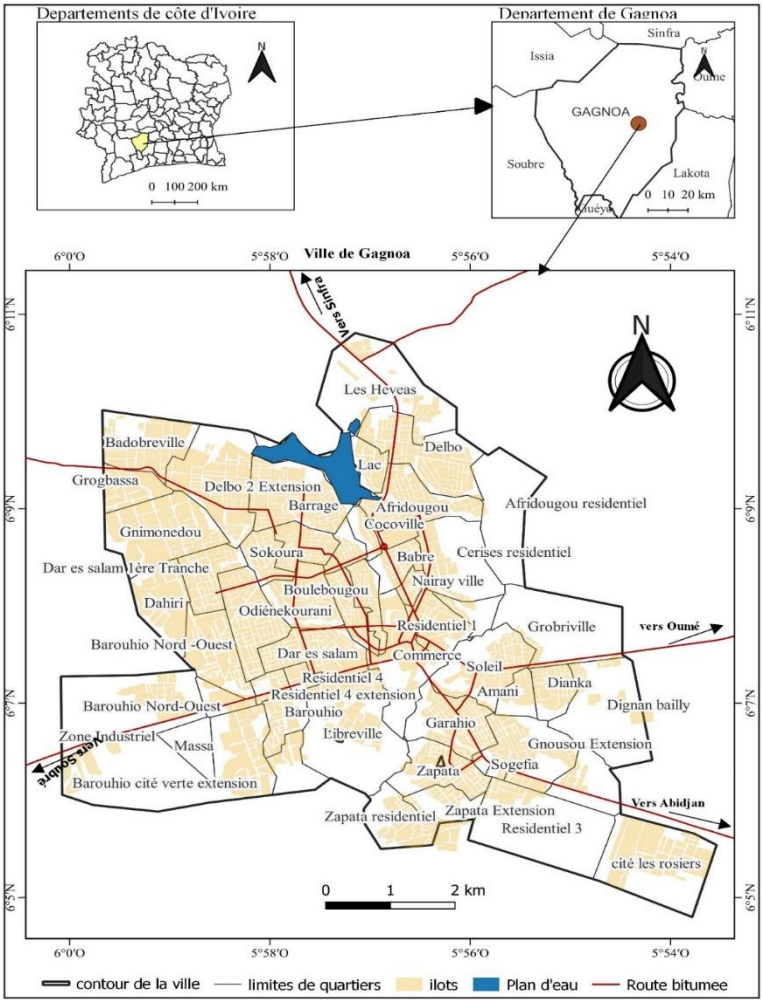
Source : KRAMO Yao Valère, 2025

De l'analyse de la figure 1, il ressort que la politique nationale de santé et les pesanteurs socio-économiques interagissent pour justifier les consultations prénatales tardives. En effet, les plans nationaux de développement sanitaire promeuvent la santé reproductive. Cependant, les difficultés financières provoquent des mutations à travers des mesures d'exemption ciblée en faveur du couple mère-enfant. En dépit de ces dispositions incitatrices, les caractéristiques socio-démographiques retardent les consultations prénatales. Face aux éventuels effets délétères du non-respect du calendrier d'entame et de poursuite des consultations prénatales, des stratégies de résiliences sont élaborées en vue de la préservation de la santé de la femme enceinte et du futur nouveau-né. Le modèle systémique établi est examiné à l'échelle de la ville de Gagnoa.

1.1.2 Présentation de l'espace d'étude

L'investigation a été effectuée à l'échelle de la ville de Gagnoa. Le choix de cette entit urbaine repose sur le statut politico-administratif et la diversité des centres de santé publics. Capitale du district du Gôh Djiboua, la ville de Gagnao abrite 9 structures sanitaires publiques dont deux centres de santé de référence, 5 établissements sanitaires de preer contact et 2 formations sanitaires spécialisées. L'ensembme de cette offre de santé comprend 7 maternités. Cependant, les consultations prénatales sont discontinues. La figure 2 présente l'entité de recherche.

figure 2 : Localsation de la ville de Gagnoa



Source : BNETD, 2019 ; INS, 2021 Réalisation : KRAMO Yao Valère, 2025

La ville de Gagnoa est située entre le 6°08 de latitude Nord et le 5°56 de longitude Ouest. Elle se localise dans le Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire et représente le chef-lieu de la région du Gôh.

1.2 Matériels et méthodes de collecte et de traitement des données

Les données utilisées dans cette étude ont été collectées au moyen d'une pluralité de méthodes et techniques.

1.2.1 Le recours à une recherche documentaire, une enquête par entretien et par questionnaire pour la collecte des données

La recherche documentaire réalisée à partir des bibliothèques numériques a permis d'obtenir des données textuelles sur la santé du couple mère-enfant, les facteurs incitatifs et répulsifs liés aux consultations prénatales. Les entretiens ont été effectués avec le directeur régional de l'Agence Nationale de la Statistique qui a fourni des statistiques relatives à la dynamique démographique de la ville de Gagnoa. Les entretiens étendus au chef du district sanitaire ont été axés sur l'offre de ressources sanitaires affectées à la santé de la population urbaine de Gagnoa. Dans le même scénario méthodologique, le directeur du service technique de la mairie a fourni la carte de la ville de Gagnoa.

L'observation directe a été l'occasion d'examiner l'état des voies de communication qui servent de liaison entre les structures sanitaires et le lieu de résidence des mères.

L'enquête par questionnaire a consisté à interroger un échantillon de 390 femmes ayant déjà conduit une grossesse à terme. La taille de l'échantillon représentatif a été obtenu à partir de la formule statistique suivante : : $n = \frac{z^2 xpxq}{d^2}$ avec n = taille de l'échantillon ; p = proportions des mères ayant déjà connu une maternité ; q = 1-p ; z = niveau de confiance de 95% avec un risque d'erreur de 5%, z = 1,96 ; d = précision voulue de 5%. Dans cette étude, la proportion des mères ayant conduit une maternité à terme, fournie par le district sanitaire 1, est de 64,7%. L'application de la formule statistique indiquée ci-dessus donne :

$n = \frac{1{,}96^2 x0{,}647x(1-0{,}647)}{0{,}05^2}$, n = 351 mères. Avec un niveau de confiance de 95%, la taille minimale de mères à interroger est de 351. Toutefois, la taille de l'échantillon représentatif a été réajustée avec n^* = 351x (100/90) ; n^* = 390 mères. Par la suite, la détermination de la proportion de la population des mères est donnée à travers la formule

$$Proprtion\ d'échantillon = \frac{\text{Effectif } de\ mères\ intégrées\ aux\ ménages}{Effectif\ total\ des\ mères}$$

$Proprtion\ d'échantillon = \frac{390}{10951}$; Proportion d'échantillon = 0,0356. Ainsi, pour obtenir le nombre de mères par quartier, on multiplie le nombre de mères par la proportion obtenue. Par exemple le nombre de mères interrogées au quartier Babré s'obtient à partir du calcul suivant : n = 1236 X 0,0356, n = 44,0016 ; n= 44 mères. Le tableau 1 montre la distribution des mères interrogées par quartier.

Tableau 1 : Liste des quartiers enquêtés dans la ville de Gagnoa

Quartiers investigués	Effectif de mères	Taille de l'échantillon représentatif	Pas de sondage
Babré	1236	44	28
Barouhio	1207	43	28
Commerce	1600	57	28
Delbo	2527	90	28
Dioulabougou	1825	65	28
Garahio	1376	49	28
Sokouradjan	1180	42	28
Total	**10951**	**390**	**28**

Source : INS, RGPH, 2021

De l'analyse de ce tableau, il se dégage une variation de la taille de l'échantillon représentatif selon les quartiers retenus de manière aléatoire. A l'échelle de chaque quartier, le premier ménage sélectionné s'est fait à partir des indications du service technique de la mairie et de la direction régionale de la construction, du logement et de l'urbanisme. A l'intérieur du ménage identifié, une seule et une femme ayant conduit une grossesse à terme est interrogée. La seconde personne interrogée est prise en compte à partir d'un pas de sondage rationnel de 28 ménages.

1.2.2 Traitement des données à l'aide d'une variété de logiciels

Les fiches d'enquêtes et les guides d'entretien ont été dépouillés de façon manuelle. Il en a été de même pour les données statistiques recueillies auprès des institutions spécialisées. Les données démographiques ont été traitées à l'aide du logiciel Excel version 2010 et ont permis d'élaborer des graphiques. Les données cartographiques ont été traitées par le logiciel QGIS et 2.18.

2. Résultats

La prise en charge de la santé reproductive a conduit les autorités sanitaires à doter la ville de Gagnoa en structures de soins maternels et de personnel médical. Le recours discontinu aux unités de soins entraîne la mise la mise en place de stratégies de redynamisation des consultations prénatales.

2.1. Une offre hétérogène de ressources sanitaires au service des consultations prénatales

L'offre de ressources sanitaires s'analyse à travers la typologie des centres de santé, du personnel médical et des lits d'observation.

2.1.1 Des centres de santé de trois catégories

La pyramide sanitaire ivoirienne est structurée autour de trois paliers notamment les établissements sanitaires de premier contact, les centres de santé de deuxième niveau (hôpitaux généraux, centres hospitaliers régionaux) et les structures de santé de troisième niveau (centres

hospitaliers universitaires, établissements sanitaires spécialisés). A l'échelle de la ville de Gagnoa, la disponibilité des structures publiques de santé sont traduites par le tableau 2.

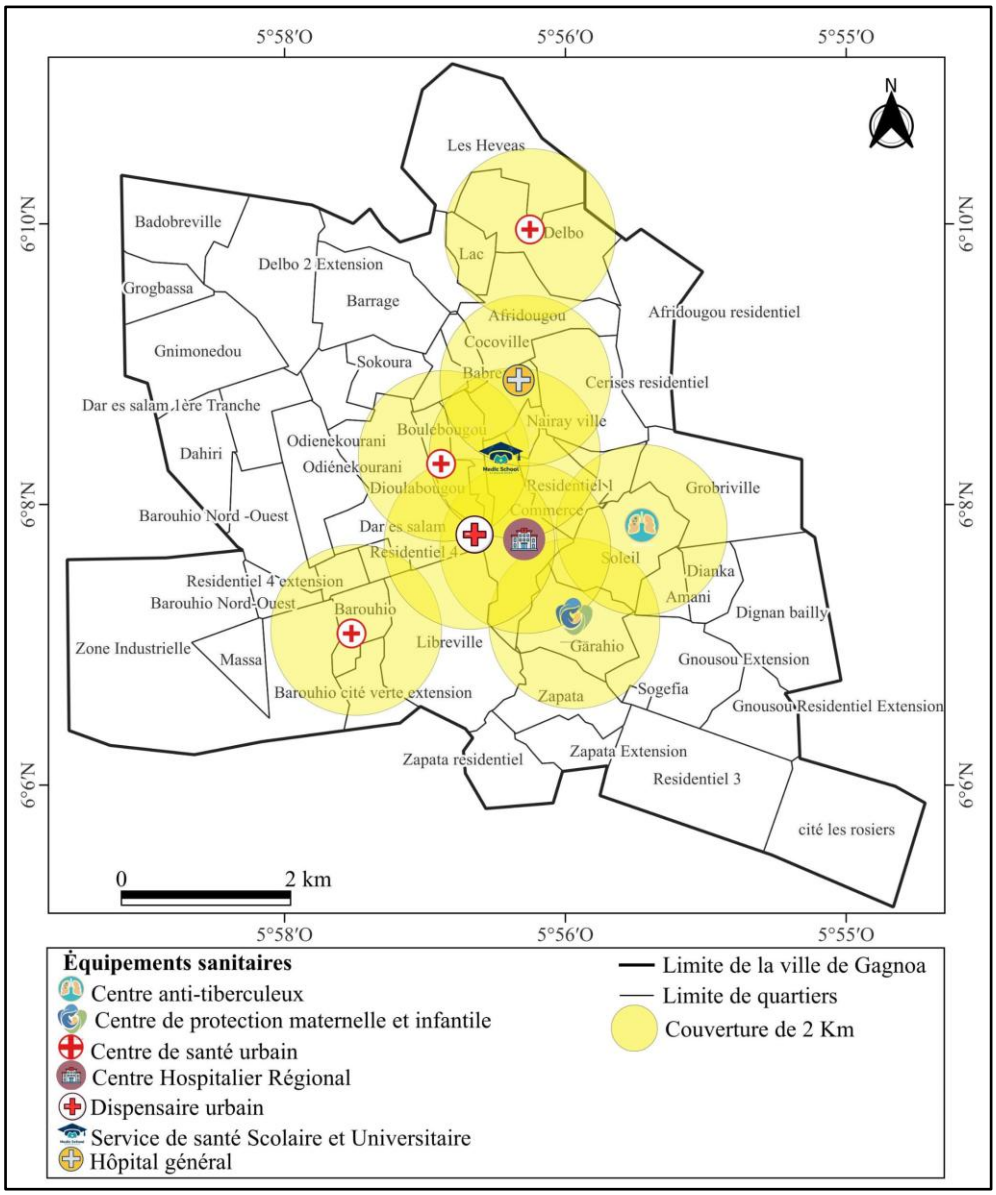
Tableau 2 : Typologie, date et quartier d'implantation des structures sanitaires publiques de la ville de Gagnoa

Types de structure sanitaire	Dénomination	Date de création	Quartier d'implantation
Etablissements sanitaires de premier contact	Dispensaire urbain	1975	Commerce
	Centre de protection maternelle infantile	1984	Garahio
	Centre de santé urbain	1995	Dioulabougou
		2004	Barouhio
		2016	Delboh
Centres de santé de référence	Centre Hospitalier Régional	1937	Commerce
	Hôpital Général	2012	Babré
Centres de santé spécialisés	Service de santé scolaire et universitaire	1972	Commerce
	Centre antituberculeux	1970	Soleil

Source : District sanitaire 1, Gagnoa, 2024

Le tableau 2 présente la dynamique spatio-temporelle de l'offre de structures sanitaires publiques à l'échelle de la ville de Gagnoa. De 1970 à 2016, la capitale de la région du Gôh a bénéficié de la construction de 9 centres de santé dont 54% d'établissements sanitaires de premier contact, 23% de structures de santé de deuxième niveau et 23% de services de santé spécialisés. Ces structures sanitaires sont à 33% implantées au quartier Commerce. Les quartiers Soleil, Garahio, Dioulabougou, Barouhio et Delbo se partagent 67% des centres de santé. La prédominance du quartier Commerce dans l'absorption des centres de santé réside dans le statut de noyau urbain dudit quartier. La figure 3 présente la distribution spatiale des centres de santé urbains de Gagnoa.

Figure 3 : Répartition des centres de santé de la ville de Gagnoa



Source : BNETD, 2019 ; INS, 2021 Réalisation : KRAMO Yao Valère, 2025

L'analyse de la figure révèle que les centres de santé de la ville de Gagnoa sont concentrés dans un rayon de 2 kilomètres sur une bande centrale du Nord au Sud. La répartition des structures sanitaires laisse transparaître un désert médical à l'Ouest de la ville. La disposition des centres de santé est en déphasage avec l'étalement urbain. Ainsi, les centres de santé restent agglutinés au centre au détriment des fronts urbains.

2.1.2 Un personnel médical et des lits aux effectifs différenciés selon les structures sanitaires

Le fonctionnement des structures de santé nécessite des ressources matérielles et une animation par des agents médicaux. Le personnel de santé procède parfois à des mises en observation ou à des hospitalisations. Cette activité repose sur la disponibilité de lits. Le tableau 3 montre la

distribution de l'effectif du personnel médical et des lits affectés aux consultations prénatales à l'échelle de la ville de Gagnoa.

Tableau 3 : Distribution de l'effectif du personnel médical et des lits selon les centres de santé enquêtés

Structures sanitaires	Nombre d'infirmiers	Nombre de sages-femmes	Effectif de lits
Centre Hospitalier Régional	82	32	114
Hôpital Général	49	25	137
Centre de santé urbain de Barouhio	4	5	4
Centre de santé urbain de Dioulabougou	12	13	18
Centre de santé urbain intégré de Delboh	8	5	10
Dispensaire urbain	8	5	28
Centre de protection maternelle et infantile	4	5	2
Total	**167**	**100**	**313**

Source : District Sanitaire 1, Gagnoa, 2024

De l'analyse de ce tableau, il ressort que 167 infirmiers, 100 sages-femmes et 313 lits d'observation sont affectés aux services de consultations prénatales. Le centre hospitalier régional, l'hôpital général concentrent significativement le personnel médical et le nombre de lits. Ils disposent respectivement de 49% et 29% des infirmiers d'une part et d'autre part 36% et 28% des sages-femmes. La proportion des sages-femmes chute à 14% à Dioulabougou, à 6% au dispensaire urbain et au centre de protection maternelle et infantile à Garahio.

Dans des proportions plus réduites à 5%, les centres de santé urbains de Delboh et de Barouhio renferment également de faibles taux de sages-femmes. Le centre de santé de Dioulabougou détient 7% du personnel infirmier et 6% des lits. Le dispensaire urbain du Commerce et le centre de santé intégré de Delboh renferment chacun 5% des infirmiers et dans l'ordre 6% et 5% des sages-femmes. Les plus faibles proportions en infirmiers et en lits sont observées à Garahio dont le centre de santé couvre 2% et 1% des ressources sanitaires indiquées. L'effectif des sages-femmes, le nombre de sages-femmes et le volume des lits varient du fait du statut et des capacités d'accueil de chaque structure sanitaire. Le non-respect du calendrier des consultations prénatales se justifie par une diversité de motifs. Des options sont définies pour atténuer ces indicateurs qui fragilisent la santé maternelle.

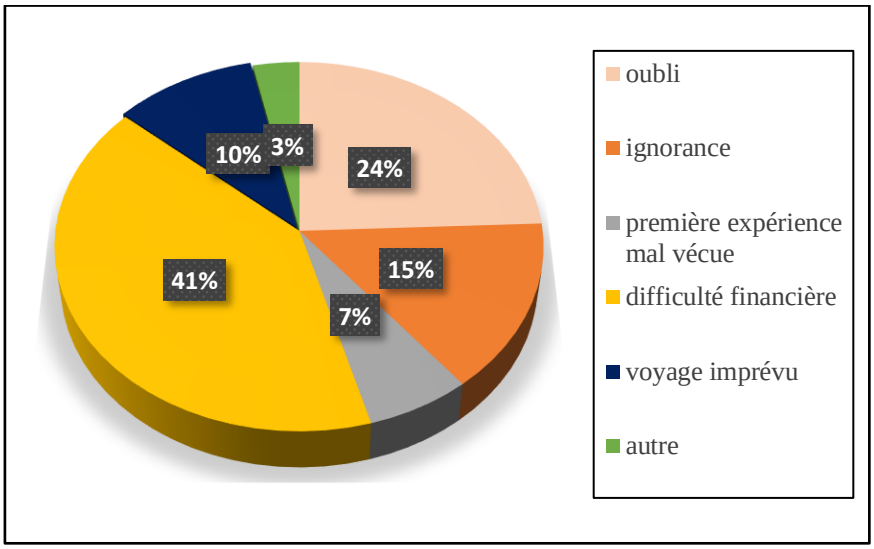
2.1 Une variété de facteurs de consultations prénatales tardives

L'arrivée tardive des femmes en première consultation prénatale est le résultat des pesanteurs socio-psychologiques et des reproches formulés à l'encontre des agents de santé.

2.1.1 Des facteurs socio-psychologiques à l'origine des consultations tardives

Les femmes qui ont vécu une expérience de grossesse ont respecté de manière différenciée les normes de prise en charge médicale liée à leur santé. Cette situation est liée à plusieurs facteurs présentés par la figure 4

Figure 4 : Répartition des mères en fonction des facteurs de CPN tardive

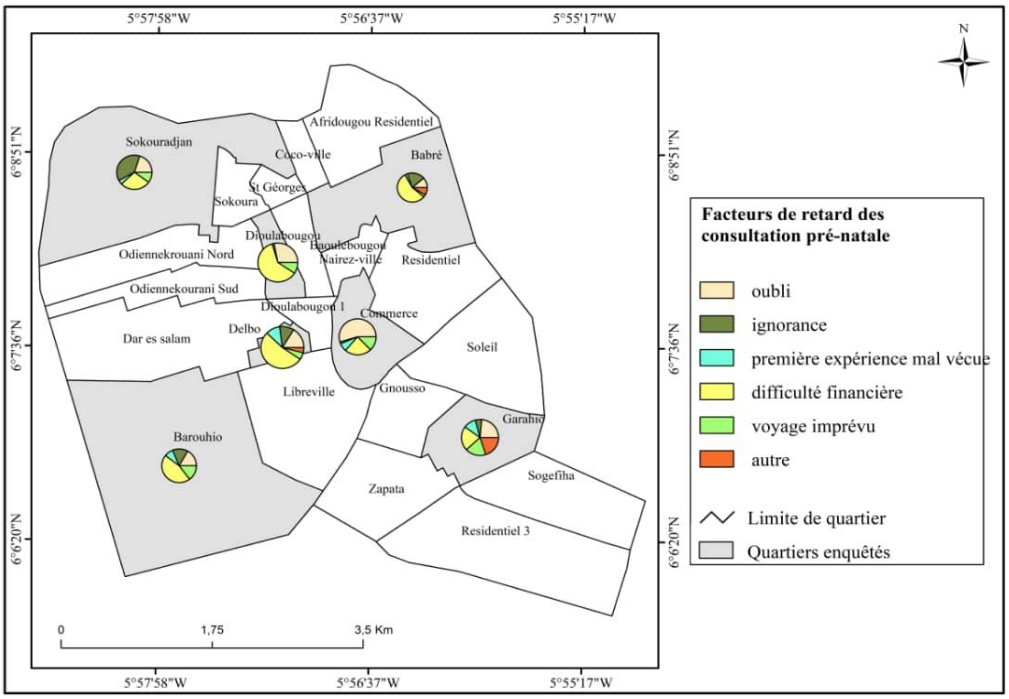


Source : Enquêtes de terrain, 2024

L'analyse de la figure 4 montre que les difficultés financières sont dominantes (43%). En plus, l'oubli des femmes enceintes (25%), l'ignorance (15%), les voyages imprévus (10%), une première expérience mal vécue (6%) et d'autres explications (3%) favorisent les consultations prénatales tardives. Les difficultés financières sont significatives car les mères ne sont pas autonomes. La figure 5 présente la variation des facteurs de consultation tardive liée à la grossesse.

La figure 5 montre des disparités spatiales de la répartition des facteurs de retard des Consultations prénatales. Les difficultés financières sont prédominantes dans les quartiers comme Dioulabougou avec 60% des personnes interrogées. Cette proportion recule à 51% à Barouhio, à 45% à Babré et à 43% à Delbo. En revanche, au niveau des quartiers de Commerce, Garahio, Sokouradjan ont de faible porportions respectivement 23%, 24% et 33%. L'oubli est faiblement observé à l'échelle des quartiers Garahio (27%), Delbo (13%), Dioulabougou (28%), Sokouradjan (24%), Barouhio (19%) et Babré (9%). Ce facteur de retard des consultations prénatales est beaucoup plus présent dans le quartier Commerce avec une proportion de 53%. Une faible proportion d'opposition du conjoint est enregistrée à Garahio (4%), Delbo (21%), Dioulabougou (8%), Sokouradjan (19%), Ccommerce (18%), Barouhio (5%) et Babré (14%).

Figure 5 : Répartition des mères interrogées par quartier selon les facteurs de consultation prénatale tardive



Source : BNETD, 2011 *Réalisation : KRAMO Yao Valère, Juin 2024*

Aussi, il a été relevé une faible portion de l'effectif des mères ayant vécu une mauvaise première expérience. Cette faible proportion se perçoit sur l'ensemble des quartiers enquêtés dans la ville de Gagnoa notamment à Garahio (12%), Delbo (8%), Sokouradjan (5%), Commerce (7%), Barouhio (9%) et Babré (2%). L'ignorance des mères recoupe des faibles proportion à Garahio 6% Delbo (28%), Dioulabougou (3%), Sokouradjan (21%), Commerce (5%), Barouhio (5%) et Babré (31%). Les quartiers Garahio (20%), Delbo (4%), Dioulabougou (9%), Sokouradjan (11%), Commerce (12%), Barouhio (16%) et Babré (11%) enregistrent les faibles proportions de facteurs liés à un voyage imprévu. Toutefois, les autres facteurs représentent la plus faible proportion à l'échelle des quartiers enquêtés : Garahio (10%), Delbo (2%), Babré (9%) et Sokouradjan (5%).

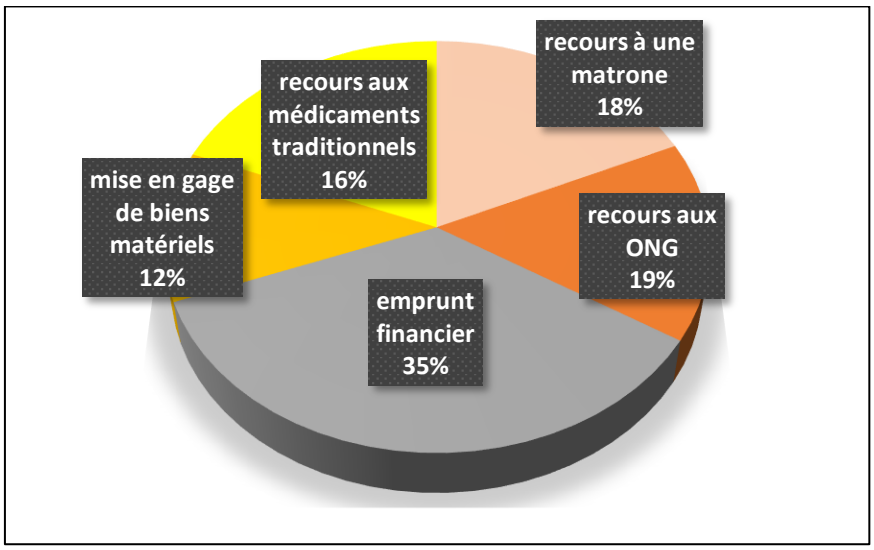
2.2 Des options de résilience face à la consultation prénatale tardive

La conception du nouveau né requiert des dispositions particulières de perservation de la santé de la mère et par conséquent celle du futur nouveau né. C'est à cet effet que des stratégies sont déployées pour réduire les risques sanitaires induits par l'état de grossesse.

2.2.1 Des stratégies de préservation de la santé du couple mère-enfant

L'absence de consultation prénatale par les mères est comblée par des dispositions parallèles de sécurisation de l'état de grossesse. Les options de protection de la santé du couple mère-enfant sont indiquées par la figure 6

Figure 6 : Répartition des mères en fonction des stratégies face aux difficultés

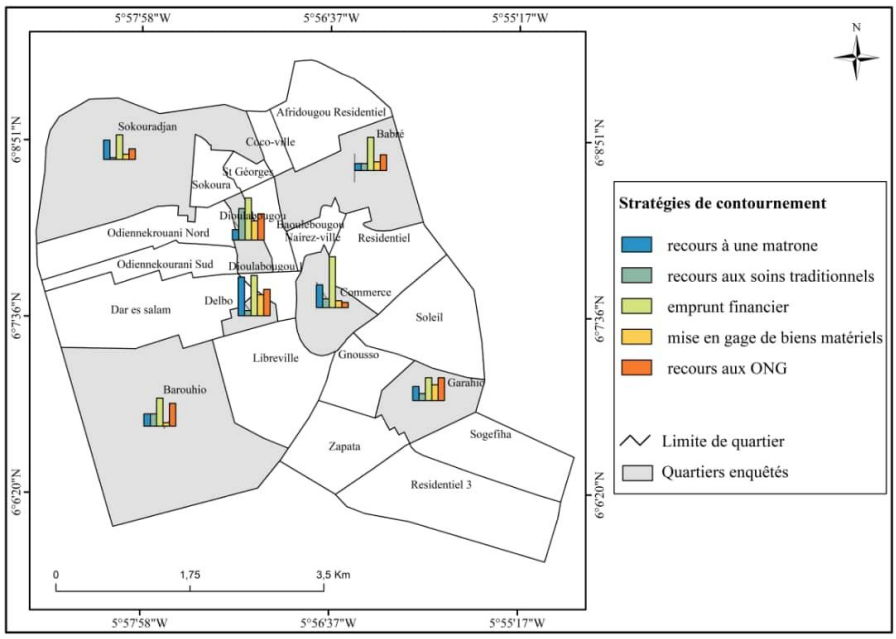


Source : Enquêtes de terrain 2024

Cette figure 5 révèle la répartition des mères en fonction des stratégies face aux difficultés financières. Le recours à un emprunt financier est fait par 35% des mères interrogées. La sollicitation des Organisations Non Gouvernementales est l'œuvre de 19% de l'échantillon de l'étude. L'usage des services des matrones est pratiqué par 18% des mères interrogées. L'utilisation des médicaments traditionnels est réalisée par 16% des mères contre 12% qui mettent en gage des biens matériels. La prépondérance de l'emprunt financier témoigne des difficultés des femmes à mobiliser des revenus nécessaires à la prise en charge de leur situation sanitaire spécifique à la reproduction.

Les dispositions varient selon les quartiers investigués (figure 7). L'analyse du contenu de la figure 7 révèle que les mères interrogées qui font des emprunts sont représentées significativement dans les quartiers Commerce (51%), Babré (43%), Dioulabougou et Barouhio avec 37% chacun. Ces proportions chutent à 27% à Garahio, à 26% à Delbo, à 33% à Sokouradajan. Le recours à une matrone recoupe des proportions moins élevées : 16% à Garahio, 24% à Delbo, 9% à Dioulabougou, 26% à Sokouradjan, 23% au Commerce, 16% à Barouhio et 9% à Babré.

Figure 7: Répartition des mères interrogées par quartier selon les stratégies déployées face aux difficultés financières



Source : BNETD, 2011 *Réalisatiion : KRAMO Yao Valère, Juin 2024*

Les mères qui ont recours aux médicaments traditionnels comme stratégie de contournement sont moins dominantes sur l'ensemble des quartiers enquêtés :Garahio (12%), Delbo (20%) Dioulabougou (14%), Sokouradjan (19%), Commerce (14%), Barouhio (12%) et Babré (16%). Celles qui ont recours aux Organisations Non Gouvernementales sont également faiblement observées dans les quartiers enquêtés : Garahio (26%), Delbo (17%), Dioulabougou (23%), Babré (20%), Commerce (5%), Barouhio (30%) et Sokouradjan (14%). les mères qui mettent en gage les biens matériels s'observent faiblement dans les quartiers enquêtés de Garahio (18%) Delbo (13%), Dioulabougou (17%), Sokouradjan (7%), Babré (11%) Commerce (7%) et Barouhio (5%).

2.2.2 Une intégration des outils de communication à la redynamisation des consultations prénatales

Les autorités municipales et les agents de santé développent de multiples stratégies pour inciter les femmes à effectuer les consultations prénatales. C'est dans ce contexte que les outils de communication sont utilisés pour servir de canaux de sensibilisation et de rappel de la nécessité des consultations prénatales.

Le tableau 4 présente la répartition des mères interrogées selon le type d'outils de rappel des consultations prénatales. L'analyse du tableau 4 montre de différentes variations de proportion des canaux de rappel des consultations prénatales.

Tableau 4 : Répartition des mères interrogées selon les canaux de rappel des consultations prénatales

Canaux de rappel de rendez-vous	Téléphone fixe	Ordinateur	Téléphone fixe	Tablette
Proportion de mères en pourcentage	62	17	18	3

Source : Enquêtes de terrain, 2024

Il s'observe une prédominance des téléphones portables (62%). Le téléphone fixe (18%) et les ordinateurs (17%) sont également utilisés. Les tablettes (3%) sont faiblement utilisées. La prédominance de l'usage des téléphones portables résulte de la révolution des moyens de télécommunication. Le faible taux de recours aux tablettes s'explique par leur caractère encombrant. Le tableau 5 révèle l'usage de ces outils par quartier enquêté.

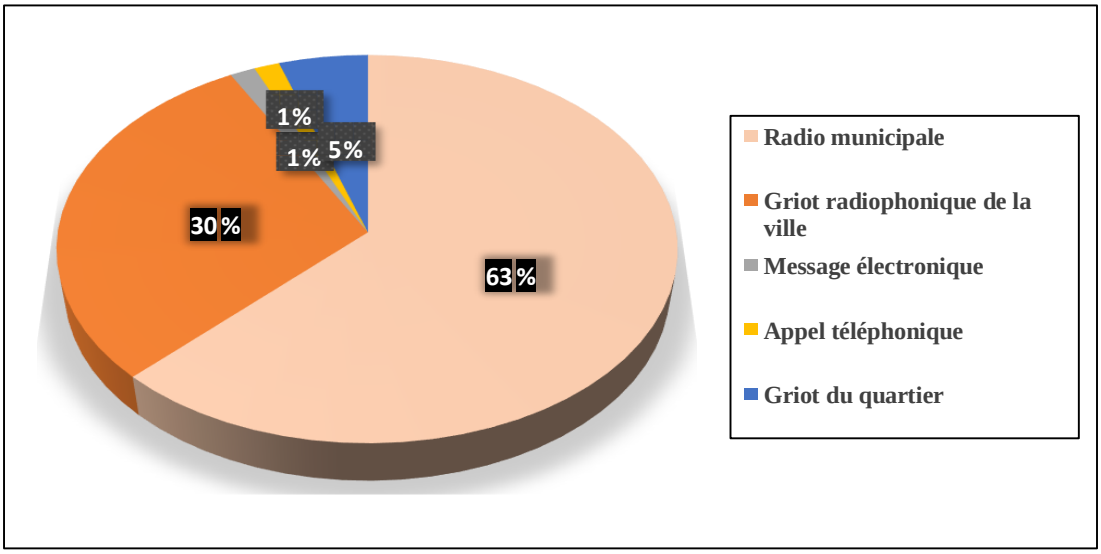
Tableau 5: Répartition des mères enquêtées selon les TIC de rappel

Quartier	Téléphone portable	Ordinateur	Téléphone fixe	Tablette
Garahio	39%	22%	20%	19%
Delbo	55%	19%	23%	3%
Dioulabougou	94%	3%	3%	0
Sokouradjan	60%	24%	14%	2%
Commerce	81%	9%	9%	1%
Barouhio	86%	14%	0	0
Babré	20%	27%	50%	3%

Source : Enquêtes de terrain, 2024

Le tableau 5 montre la répartition spatiale de la technologie de l'information et de la communication (TIC) utilisée par les centres de santé pour le rappel des consultations prénatales des mères interrogées. Le téléphone portable est prédominant : Dioulabougou (94%), Barouhio (86%), commerce (81%), Sokouradjan (60%), Delbo (55%) et Garahio (39%). Au quartier Babré (20%) les proportions sont faibles. En revanche, les ordinateurs et les tablettes sont faiblement observés à l'échelle des quartiers enquêtés : 22% à Garahio, 27% à Babré, Dioulabougou (3%), Commerce (9%). Aussi, pour l'utilisation des tablettes est perçue à 19% à Garahio. Quant au téléphone fixe, il est significatif à Babré (50%) et peu pratiqué à Dioulabougou (3%). La communication sur les consultations prénatales est également mise en œuvre par les autorités sanitaires en collaboration avec les communautés locales et la municipalité. La figure 8 décline les canaux d'informations incitatrices à la consultation prénatale précoce ou hâtive.

Figure 8 : Distribution des canaux d'informations relatives aux consultations prénatales



Source : enquête de terrain, 2024

À l'analyse de cette figure 8, révèle la distribution des mères selon les canaux d'information relative aux consultations prénatales. À travers cette analyse, on enregistre respectivement la dominance d'information par la radio municipale 83%, le griot radiophonique de la ville 30% et le griot du quartier 5% contre une faible proportion des messages électroniques 1% des mères interrogées par quartier enquêté. La prédominance de la radio municipale traduit l'implication de la mairie aux actions de protection de la santé du couple mère-enfant et de du coût accessible des messages radiophoniques. La faible proportion des griots se traduit par la méthode traditionnelle pour les informations relatives aux consultations prénatales en langues locales notamment bété, malinké.

3. Discussion

3.1 Des facteurs socio-psychologiques et financiers à l'origine du non-respect du calendrier des consultations prénatales

Les gestantes non instruites ont 5,45 fois plus de risque de faire tardivement la première consultation prénatale que celles instruites à l'échelle de la commune de Mopti (A. OUOLOGUEM, 2023, p.42). Selon l'auteur, il est difficile pour les gestantes non instruites de comprendre la nécessité de consultation prénatale alors que la grossesse n'est pas considérée comme une maladie surtout qu'elles ne présentent pas de signe de maladie mais également par la méconnaissance de la période du début de la grossesse et de l'importance de la première consultation prénatale. Les facteurs socio-économiques justifient également la réticence vis-à-vis des consultations prénatales. A cet effet, la malformation du bébé, la naissance prématurée,

les fausses couches seraient liées à la prise de médicaments dans le district de Nyaruguru au Rwanda (A. GATARAYIHA, 2013, p. 31). Ces raisons décelées par l'auteur au Rwanda, constituent des déterminants de recours à la médecine traditionnelle en cas de grossesse. La consultation prénatale n'intervient qu'une seule fois notamment à l'approche de l'accouchement.

Par ailleurs, les femmes qui ont des problèmes financiers éprouvent plus de risque de faire moins de quatre consultations prénatales à Bougouni (S. DIARRA, N. *et al*, 2020, p. 95). En plus, des difficultés financières, l'absence de problèmes gestationnels, la taille du ménage, le niveau d'instruction justifient de manière significative le retard observé dans les consultations prénatales en République Démocratique du Congo (P.K. KAYEMBE et E. M. MUSALU, 2011, pp. 850-851). Parfois, le niveau d'instruction du conjoint, la distance entre la résidence et le centre de santé, la méconnaissance des risques de complication du premier trimestre et du moment où il faut débuter les consultations prénatales, la grossesse non planifiée constituent des motifs de retard à la première consultation prénatale à Natitingou au Bénin (E.R. ATADE, et al, 2021, p. 493). Les caractéristiques socio-démographiques expliquent souvent le non-respect du chronogramme des consultations prénatales. C'est ainsi que la probabilité de réaliser tardivement une consultation prénatale augmente avec l'âge avancé, la multigestité, la situation ménagère ou d'élève et le faible niveau d'instruction de la mère à l'échelle de l'aire sanitaire de Djébonoua en Côte d'Ivoire (S.YEO et al, 2020, p. 58). Cette approche est partagée par K.C. FURAHA et al (2023, p. 81). Selon les auteurs, la profession est significativement liée au renoncement aux soins de santé dans le sud Kivu en République Démocratique du Congo. C'est à juste titre que le niveau d'instruction, les imaginaires sociaux sont associés à des déterminants comme le mauvais accueil, l'hygiène approximative et la distance géographique pour justifier le non-respect des consultations prénatales en pays Odzukru dans le sud ivoirien (M.S. AKMEL et M.E.A.L. AKMEL, 2021, p. 245).

3.2 Des stratégies diversifiées de résilience en faveur des consultations prénatales continues

L'intégration des messages relatifs à l'importance de la consultation prénatale précoce aux programmes scolaires et d'alphabétisation, l'usage de la radio et de la télévision pour diffuser des messages en rapport avec la consultation prénatale permettent de réduire le taux de consultation prénatale tardive à Kinshasa (A.B. MATONDO, 2016, p.40). La sensibilisation est un outil d'incitation à la consultation prénatale précoce car elle permet d'accroitre le taux de premières consultations prénatales à konobougou (S. KAMISSOKO, 2024, p.36). En plus des séances de sensibilisation, des modules d'éducation pour la santé maternelle, animées par des infirmières et des médecins ayant une expérience dans l'animation des classes des mères qui se

sont déroulées dans la langue locale pour une meilleure interaction avec les femmes. L'adoption d'une approche participative, et la réorientation des services furent les principaux axes d'action. Il en a résulté une amélioration significative du nombre de consultations prénatales en milieu rural au Maroc (S. MAJDA *et al*, 2020, pp.5-6). Selon ces auteurs, le taux de consultation prénatale en milieu rural marocain est passé de 8% en 2013 à 54% en 2020. Ainsi, l'amélioration de l'alphabétisation, l'éducation sanitaire, la stratégie avancée de la consultation prénatale, la sensibilisation des femmes enceintes, l'amélioration technique et infrastructurelle sont indispensables à l'augmentation des consultations prénatales dans le district de Faratsiho à Madagascar (J.F. RAFAMATANANTSOA *et al*, 2024, p. 282). Aussi, l'implication des époux à inciter leurs conjointes à la consultation prénatale, la fixation d'un prochain rendez-vous aux gestantes, l'indication des signes de danger et la notion d'alerte permettent de stimuler le nombre de consultations prénatales en zone de santé d'oicha (P.M. BAILANDA, *et al*, 2024, p.55). Mieux, le respect des conditions d'hygiène, le bon accueil, le respect physique des parturientes contribuent à diminuer l'incidence de la discontinuité des consultations prénatales à Marcory en Côte d'Ivoire (B.V.J. BENIE, *et al*, 2015, p.719).

Conclusion

L'étude a révélé la disponibilité d'une variété de structures sanitaires dédiées aux consultations prénatales à l'échelle de la ville de Gagnoa. Toutefois, les difficultés financières constituent le principal facteur de discontinuité des soins de suivi de la grossesse. Dès lors, l'ypothèse selon laquelle les difficultés financières sont à la base de la discontinuité des consultations prénatales, est confirmée Des choix thérapeutiques alternatifs axés sur le recours à une matrone, l'utilisation des médicaments traditionnels sont par conséquent pratiqués. Au regard des risques inhérents à l'irrégularité des consultations prénatales, la radio municipale, les griots, les téléphones portables sont utilisés comme des canaux de rappel des rendez-vous médicaux**.** Les technologies de la communication et de l'information deviennent des supports de redynamisation des consultations prénatales. Cependant, l'usage effectif de ces outils est freiné par les disparités d'aménagement numérique et du taux élevé de femmes analphabètes.

Références bibliographiques

ABDOU KB Kayentao, OUMOU Coulibaly, MAHAMADOU Dembele, MAHAMADOU Guindo, IBRAHIMA Teguete, SORY Ibrahim Diawara, MAHAMADOU Soumana Sissoko, KASSOUM Kayentao, 2022, « Facteurs associés à la problématique de la consultation prénatale dans les districts sanitaires de Kita et de San (Mali) », in *The Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, volume 23, numéro 11, pp.73-78

AKMEL Meless Siméon et AKMEL Meless Essim Alida Lizette, 2021, « Opinions et comportements des femmes face à la consultation prénatale en pays odzukru (Côte d'Ivoire) », in *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, volume 4, numéro 7, pp. 239-254

ATADE Edjro Raoul, LOKOSSOU Symphorose, ABOUBAKAR Moufalilou, SIDI Rachidi Imorou, BOUKARI Faridatou, VODOUHE Mahoublo, KABIBOU Salifou, 2021, « Facteurs liés au retard à la première consultation prénatale à l'hôpital de Zone de Natitingou, Benin, in Kisangani Médical *», Revue médicale d'information sur la recherche et de formation médicale* volume 11, numéro 2, pp.490-495

BAILANDA Mumbere Pascal, VIVUYA Deu Précieuse, ISSE Mighambo Anaclet, MATIABA Binda Paul, KASISI Bulonza Solange, KAKULE Mutsunga Maurice, NZANZU Ndulutulu Joachim, KABOKO Kevin, MUMBERE Mukemay, MOSOMO Trésor, KAMBALE Mulagha, 2024, « Implication des gestantes à la consultation prénatale à la seizième semaine en zone de santé d'oicha /RD Congo », in *OSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM),* volume 26, numéro 12, pp.52-56

BENIE Bi Vroh Joseph, TIEMBRE Issaka, AHOUSSOU Eric Martial, TCHINY Koutoua, DAGNAN N'cho Simplice, SARAGNO Janine Tagliante, 2015, « Effet de la réorganisation des services sur les consultations prénatales à l'hôpital général de Marcory, Côte d'Ivoire », in *Afrique, Santé Publique et Développement*, volume 27, numéro 5, pp. 713-721

DIARRA Souleymane, TELLY Nouhoum, SAGARA Issaka, TRAORE Soumeila, DEMBELE Jean Charles, GUINDO Balla, SIDIBE Roger, CAMARA Kabiné, COULIBALY Moussa Keredogo, DEMBELE Abdoulaye, 2020, » *Facteurs associés à la réalisation de moins de quatre consultations prénatales à Bougouni* », in Mali, santé publique, tome 10, numéro 2, pp.93-99

FURAHA Kasimu Clémence, MIRINDI Kulondwa Michel, MAMBO Bashi Mulenda, BADERHA Buyemere Croyance et MUSHAGALUSA Kasali Félicien 2023, « Résilience socio-économique des femmes enceintes ayant des enfants de 0-5 ans sur l'accessibilité aux soins de santé au Sud-Kivu (RDC) : Cas de la zone de santé de Miti-Murhesa ». In *Annales des Sciences et des Sciences Appliquées*, volume 5, numéro 1, pp.167-185

GATARAYIHA Agnès, 2013, *Facteurs du non-respect des quatre consultations prénatales standards par les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru au Rwanda*, mémoire de master en développement, Université Senghor, 53 p

KAMISSOKO Salif, 2024, *Contribution à l'amélioration de la qualité des consultations prénatales au centre de santé communautaire universitaire de konobougou*, mémoire en médecine, université des sciences des techniques et des technologies de Bamako, 69 p.

KAYEMBE Kalambayi Patrick et MUSALU Mafuta Musalu, 2011, « Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Equateur et du Katanga en République Démocratique du Congo », in *Annale Africaine de Médecine,* Volume 4, numéro 4, pp. 845-854

MAJDA Sebbani, LATIFA Adarmouch, MOHAMED Amine, MOHAMED Cherkaoui, 2020, « Mobilisation communautaire pour l'amélioration de la surveillance de la grossesse en milieu rural au Maroc », in *Pan African Medical Journal*, volume 35, numéro 73, pp.1-9

N'DRI Kouamé Mathias, OLOU N'Guessan Luc, KOFFI Koffi Abdoul, MOUSSOUM Ludovic Martial, ZOUA Kakou Arnauld Gomez, 2023, « Facteurs associés aux retards à la première consultation prénatale dans le district sanitaire de Kouibly (Côte d'Ivoire) », in *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, Volume 5, numéro 1, pp.12-26

MATONDO Biakabuswa Adolphe, 2016, *Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo,* mémoire de master en santé publique et environnement, Université de Laurraine, 73 p.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2018, Rapport annuel sur la situation sanitaire (2018), Abidjan, 407 p.

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, 2018,

MELIHO Codjo Pierre, OTTOKOU Codjo Adam, 2022, « Analyse sociologique des déterminants de l'abandon et du renoncement à la consultation prénatale (cpn) par les femmes multipares en milieu ife au centre du Benin », in *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, volume 5, numéro 10, pp.187-206

OUOLOGUEM Andialou, 2023, *Facteurs associes au retard à la première consultation prénatale dans la commune de Mopti en 2021*, Thèse de doctorat en médecine, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 90 p.

RAFAMATANANTSOA Jean Florent, RANDRIAMIFIDY Zafiniavo Dauphin Jacques Crépin, MIRAIMILA Botovola, RAMONTALAMBO Tantely Jenny, RAKOTOARISON Richard, RAOBELA Léa, RAKOTONIRINA Julio, 2024, « Facteurs associés au nombre des consultations prénatales dans le district de Faratsiho, Madagascar », in *Revue Africaine de Médecine et de Santé Publique*, pp.272-284

YAMEOGO Relwende Barnabe., ZAMANE Hyacynthe., KABORE H.ervé, KOMBOIGO BEWENDIN Evelyne., SOME Der.Adolphe., OUATTARA Souleymane., 2023, « Facteurs associés au retard à la consultation prénatale du premier trimestre (CPN1) chez les femmes enceintes dans le district sanitaire de Koupela (Burkina Faso) ». in *Journal de la SAGO*, volume.24, numéro 2, pp.13-18.

YEO Salifou, KOUAKOU Bah Jean-Pierre, COULIBALY Sina, 2020, « Déterminants socio-culturels du recours tardif à la Consultation Prénatale (CPN) dans l'aire sanitaire de Djébonoua en Côte d'Ivoire », in *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*, volume 7, numéro 20, pp.56-65

Auteur

[1]Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara, Déparement de Géographie, Labotaoire Ville, Société et Territoire, valerekramo@gmail.com,