



---

Type d'article: Recherche

## Connaissances des femmes en âge de procréer sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals en milieu rural en Côte d'Ivoire

## Knowledge of women of childbearing age on prenatal care, delivery and postnatal care in rural Côte d'Ivoire

Madikiny Coulibaly<sup>1\*</sup>, Marie-Dorothée Koumi-Mélèdje<sup>1</sup>, Coulibaly Soltie Aminata<sup>1</sup>, Odile Aké<sup>1,4</sup>, Kouadio Luc<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Institut National de Santé Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>2</sup>UFR Sciences et Pharmaceutiques et Biologiques, Université FHB, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>3</sup>Institut National d'hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>4</sup>UFR Sciences Médicales, Université FHB, Abidjan, Côte d'Ivoire

\* Correspondance : Email : cmadikiny@gmail.com ; (+225) 0707077217

### RESUME

En Côte d'Ivoire, en milieu rural, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals est de 87 %. Celles ayant reçu des soins postnatals et accouché avec un personnel qualifié était de 63 % et 45 %. L'étude sur les connaissances des femmes pourrait améliorer l'utilisation de ces soins. L'objectif de l'étude était de décrire les connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement assisté et les soins postnatals en milieu rural en côte d'ivoire. Une enquête transversale a été menée de décembre à janvier 2021 dans trois villages (Kodjokro, Koffiblékro et Frambo) situés dans le district de Tiapoum. Des femmes en âge de procréer (15 à 45 ans) y ont été sélectionnées grâce à un échantillonnage à deux degrés. Les caractéristiques sociodémographiques, gynéco-obstétricales et les connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement assisté et les soins postnatals ont été collectées. Une analyse descriptive a été réalisée pour chaque variable. L'échantillon était composé de 141 femmes dont l'âge moyen était de  $26,39 \pm 6,21$  ans. Une proportion de 71,60% des femmes connaissaient le nombre de visites prénatales (au moins quatre visites) et environ 4/5 (83,68%) connaissait l'âge auquel la femme enceinte devrait recevoir des soins prénatals (<4mois). Une proportion de 96,45% des femmes connaissaient l'endroit approprié pour accoucher et les principaux endroits connus étaient l'hôpital général (63,24%) et le centre de santé (54,41%). Les femmes ont cité les douleurs abdominales sévères (54,61%) suivies du saignement abondant (51,77%) comme les principaux signes de danger chez les mères pendant les 2 premiers jours après

l'accouchement. Les connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals de qualité étaient élevées. Néanmoins, est-il nécessaire d'intensifier les messages de sensibilisation sur l'ensemble des soins maternels pour un changement de comportement durable.

**Mots clés :** Connaissances - Soins prénatals - Accouchement - Soins postnatals - Femmes - milieu rural - Côte d'Ivoire

### Abstract

In rural Côte d'Ivoire, the proportion of women who received antenatal care was 87%. Those who received postnatal care and gave birth with qualified personnel were 63% and 45%. The study on women's knowledge could improve the use of this care. The objective of the study was to describe women's knowledge of antenatal care, assisted delivery and postnatal care in rural Côte d'Ivoire. A cross-sectional survey was conducted from December to January 2021 in three villages (Kodjokro, Koffiblékro and Frambo) located in the Tiapoum district. Women of childbearing age (15-45 years) were selected through a two-stage sampling. Socio-demographic, gynaeco-obstetrical characteristics and women's knowledge of antenatal care, assisted delivery and postnatal care were collected. A descriptive analysis was performed for each variable. The sample consisted of 141 women with a mean age of  $26.39 \pm 6.21$  years. 71.60% of the women knew the number of antenatal visits (at least four visits) and about 4/5 (83.68%) knew the age at which the pregnant woman should receive antenatal care (<4 months). A proportion of 96.45% of the women knew the appropriate place to give birth and the main places known were the general hospital (63.24%) and the health centre (54.41%). Women cited severe abdominal pain (54.61%) followed by heavy bleeding (51.77%) as the main danger signs for mothers during the first 2 days after delivery. Women's knowledge about quality antenatal care, delivery and postnatal care was high. Nevertheless, there is a need to intensify awareness-raising messages on all maternal care for sustainable behaviour change.

**Keywords :** Knowledge - Antenatal care - Delivery - Postnatal care - Women - Rural - Côte d'Ivoire

### 1. Introduction

Les soins prénatals ont augmenté dans de nombreuses régions ces dernières décennies dans le monde. A contrario, seules 51% des femmes des pays à faible revenu bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins quatre consultations prénatales, de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins postnatals. Pourtant, en 2015, dans les pays à faible revenu, on a constaté qu'un peu plus de 40% des femmes enceintes avaient bénéficié des quatre consultations prénatales recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2019). Or, les soins prénatals, l'accouchement assisté et les soins postnatals de qualité sont d'une importance capitale pour prévenir la morbidité et la mortalité maternelle. En effet, c'est pendant l'accouchement et les premiers jours de la vie que surviennent plus de la moitié de tous les décès maternels et néonatals en plus de la mortalité intra-partum (Joy, 2006 ; Carine, 2006). Dans le monde, la mortalité maternelle reste très élevée. En 2015, 303 000

femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement dont plus des deux tiers en Afrique subsaharienne. La majeure partie de ces décès s'est produite dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités. Cette mortalité est plus élevée en milieu rural et dans les communautés les plus pauvres qui ont le moins de chances de recevoir des soins médicaux appropriés (OMS, 2019 ; Alkema, 2016).

Les causes les plus fréquentes de mortalité maternelle en Afrique sont l'hémorragie du post-partum, les troubles hypertensifs et la septicémie post-partum. Or, la majorité de ces causes sont évitables lorsque les soins postnatals sont de qualité, surtout la première semaine (Say, 2014 ; GBD, 2017). En effet, une étude a estimé à 28% les décès maternels survenant pendant la période intra-partum ou post-partum immédiat au niveau mondial (Kassebaum, 2014). Une autre a montré qu'en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, 40 à 45 % des décès maternels, des mortinaiances et des décès néonataux surviennent pendant ou dans les 24 h suivant l'accouchement (AMANHI ,2018). Cependant, c'est à ces périodes que la couverture des soins est le plus faible avec une qualité des soins minimale (Joseph de Graft-Johnson, 2005 ; Sines, 2007). Or, c'est la période la plus négligée pour la prestation de soins de qualité et les taux de prestation de soins qualifiés sont beaucoup plus faibles (OMS, 2006 ; 2013).

Plusieurs études ont montré que la majorité de ces problèmes maternels pourraient être réduits si les femmes recevaient des soins postnatals appropriés (OMS, 2010 ; Singh, 2014 ; Pattinson, 2011 ; Blank, 2013). Le Rapport de la Mortalité Maternelle (RMM) 2015 estimait le taux de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 546 pour l'Afrique Sub-saharienne. En 2012, ce taux était estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes. La moitié de ces décès survient en période de post- partum immédiat. Les causes immédiates les plus fréquentes sont les hémorragies (42 %), l'anémie (13 %) et l'hypertension artérielle (12 %) (plan stratégique Programme National de Santé Mère-Enfant).

Selon l'enquête démographique de santé de la Côte d'Ivoire (2012), en milieu rural, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals est de 87 %, de 63 % pour les soins postnatals dans les deux premiers jours après l'accouchement et de 45 % pour les femmes qui ont accouché avec un personnel qualifié. L'étude sur les connaissances pourrait permettre d'améliorer l'utilisation de ces soins. Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un projet communautaire de santé appelé Santé et Engagement Communautaire (SEC) mise en place par le département de santé publique de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan. A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées simultanément à l'étude des connaissances sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals en Côte d'Ivoire. L'objectif de l'étude était de décrire les connaissances des femmes en âge de procréer sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals (continuum de soins maternels) en milieu rural en côte d'ivoire.

## 2. Matériels et Méthodes

### 2.1. Cadre et type d'étude

Il s'agissait d'une enquête transversale qui s'est déroulée du 17 novembre au 07 janvier 2021 au District de Tiapoum. Il est situé au sud-est de la Côte d'Ivoire dans la région du Sud-Comoé à 176 Km d'Abidjan et à 56 Km d'Aboisso. Administrativement le district comprend 32 Villages et 187 campements. Sa population totale est estimée à 71023 habitants dont 20100 femmes en âge de procréer en 2020. Ses principales infrastructures sanitaires sont constituées par un hôpital général, deux centres de santé urbain, six centres de santé ruraux, deux dispensaires ruraux, deux officines privées (Pharmacies) et trois Organisation Non Gouvernementale (ONG) de santé. L'étude a été exécutée dans trois villages (Kodjokro, Koffiblékro et Frambo) (INS, 2014).

### 2.2. Participants et échantillonnage

La population d'étude était constituée par les femmes en âge de procréer, de 15 à 49 ans, ayant fait des consultations prénatales, accouchées d'un enfant vivant et réalisées des consultations postnatales dans les établissements de santé 2 à 18 mois avant le début de l'enquête. Elles devraient résider depuis plus de six mois dans le quartier et accepter de participer à l'étude. Les adolescentes dont les tuteurs légaux ont accepté la participation ont également été incluses dans l'étude. N'ont pas été incluses les mères en visite dans lesdits ménages et les femmes dont les maris s'opposeraient également à leur participation.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule de Schwartz (**Schwartz, 1965**). Nous avons utilisé le taux de couverture des soins prénatals, de l'accouchement et des soins postnatals (continuum de soins maternels) de l'étude de la Tanzanie qui était de 10% (Mohan, 2017) car, nous ne disposons pas de taux national. Cette étude a été réalisée dans un contexte similaire (pays d'Afrique subsaharienne).

$$N = t^2 p (1-p) / e^2$$

$$AN : N = (1,96)^2 (0,1) (0,9) / 0,05^2 = 138,294$$

N : taille de l'échantillon ; t : écart-type (1,96) ; e<sup>2</sup> : le risque d'erreur 5% ; p : taux de couverture du continuum de soins maternels de 10% en utilisant les données de l'étude de la Tanzanie ; q = 1-p = 0,90.

Ainsi, le nombre de femmes à inclure dans l'étude après calcul a été estimée à 138. Les ménages avec des femmes en âge de procréer ont été sélectionnés selon une technique d'échantillonnage à deux degrés. Le premier degré a concerné l'inclusion des ménages, tandis que le second degré a concerné le choix des femmes.

Pour la sélection des ménages, dans chaque village, nous avons effectué un tirage au sort d'une extrémité du village. Le premier ménage qui a été visité fut celui qui se situait à l'extrémité tirée au sort. Les autres ménages ont été inclus de proche en proche jusqu'à ce que tous les ménages répondant aux critères aient été visités. Seuls les ménages avec présence d'au moins une femme ont été retenus et les femmes respectant les critères d'éligibilité ont été choisies dans chaque ménage.

### **2.3. Collecte des données**

Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire pré-testé et renseigné par quatre enquêteurs à partir d'un entretien face à face. L'enquête a été réalisée par la stratégie de porte à porte.

Les données recueillies ont porté sur :

- Caractéristiques socio démographiques : âge du dernier enfant, âge de la femme, le statut matrimonial, la profession de la femme et le niveau d'instruction de la femme.

- Caractéristiques gynéco-obstétricales : âge à la première grossesse, gestité, parité, nombre d'enfants.

- Connaissances sur les soins prénatals : soins prénatals servent à quoi, nombre de visites prénatales recommandées, mois où la femme enceinte doit recevoir les soins prénatals, risques pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse, facteurs qui favorisent les risques pour la femme et son enfant pendant sa grossesse.

- Connaissances sur l'accouchement : signes de danger d'un accouchement compliqué, endroit approprié et exact pour accoucher.

- Connaissances sur les soins postnatals : signes de danger chez les mères pendant les 2 premiers jours après l'accouchement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides après l'accouchement.

C'est la connaissance d'au moins un élément ou signe sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals qui a été étudiée.

Ainsi, nous avions défini qu'une femme connaissait ces soins lorsqu'elle pouvait citer spontanément l'un des éléments ou le reconnaissait après explication de l'enquêteur.

### **2.4. Analyse des données**

Les données ont été saisies sur le logiciel Epidata 3.1 et analysées au moyen du logiciel Epiinfo 6.1. Chaque variable a fait l'objet d'une analyse descriptive. Les résultats ont été résumés dans des tableaux en utilisant des fréquences, des pourcentages, des moyennes et des écarts-types.

### **2.5. Considérations éthiques**

Le protocole de recherche a été validé par le comité scientifique de l'UFR sciences pharmaceutiques et biologiques d'Abidjan. L'autorisation des responsables communautaires (les chefs des villages) a été obtenue de même que le consentement oral et éclairé des femmes en âge de procréer. Les données collectées ont respecté la confidentialité.

## **3.Résultats**

### **3.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes**

L'échantillon était composé de 141 femmes dont l'âge moyen était de  $26,39 \pm 6,21$  ans et des enfants dont l'âge moyen était de  $11,82 \pm 6,68$  mois. Environ 4/5 (80,14%) des femmes vivait en couple. La majorité (42,55%) des femmes était ménagère et presque la moitié (46,81%) d'entre elles n'avait aucun niveau d'instruction. (Tableau I).

**Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des femmes**

Caractéristiques	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
<b>Age du dernier enfant (n=141)</b>		
-[1-7[	33	23,40
-[7-13[	55	39,01
-[13-19[	19	13,48
-[19-25[	34	24,11
<b>Age de la femme</b>		
-[15-20[	14	9,93
-[20-25[	49	34,75
-[25-30[	42	29,79
-[30-35[	19	13,48
-[35-40[	11	7,80
-[40-45[	6	4,25
<b>Statut matrimonial</b>		
-En couple	113	80,14
-Seul	28	19,86
<b>Profession de la femme</b>		
-Sans emploi	26	18,44
-Commerçante	39	27,66
-Etudiante/Elève	10	7,09
-Ménagère	60	42,55
-Autres	6	4,26
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>		
-Aucun niveau	66	46,81
-Primaire	47	33,33
-Secondaire	26	18,44
-Supérieur	2	1,42

### **3.2. Caractéristiques gynéco-obstétricales des femmes**

Environ 2/3 (67,37%) des femmes avaient eu leurs premières grossesses entre 10 et 20 ans. 39% étaient multigestes, 46,10% paucipares. Elles avaient en moyenne 3 enfants et la moitié (50,14%) avait au maximum 1 à 2 enfants (Tableau II).

**Tableau II : Caractéristiques gynéco-obstétricales des femmes**

Caractéristiques	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
<b>Age à la première grossesse (n=141)</b>		
-[10-20[	95	67,37
-[20-30[	41	29,08
$\geq 30$	5	3,55
<b>Gestité</b>		
-Primigeste (1)	21	14,90
-Paucigeste (2-3)	45	31,90
-Multigeste (3-4)	55	39
-Grande multigeste ( $\geq 5$ )	20	14,20
<b>Parité</b>		
-Primipare (1)	27	19,10
-Paucipare (2-3)	65	46,10
-Multipare (3-4)	30	21,20
-Grande multipare ( $\geq 5$ )	19	13,40
<b>Nombre d'enfants</b>		
-[1-3[	71	50,14
-[3-5[	42	29,80
$\geq 5$	28	19,86

### 3.3. Connaissances des femmes sur les soins prénatals

Environ 4/5 (84,40%) et 2/3 (67,37%) des femmes avaient répondu que les soins pendant la grossesse servaient à vérifier l'état de santé du bébé et faire le suivi de la grossesse. 71,60% des femmes connaissaient le nombre de visites prénatales (au moins quatre visites) et 4/5 (83,68%) connaissaient l'âge à laquelle la femme enceinte devrait recevoir des soins prénatals (<4 mois). La connaissance des risques pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse était la mortinatalité (65,20%), l'avortement (46,10%) et la perte de sang importante pendant la grossesse (41,80%). La connaissance des facteurs qui favorisent les risques pour la femme et son enfant pendant sa grossesse était l'âge de la mère  $\geq 35$  ans (40,40%), l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG (39%)) et la perte de sang importante pendant la grossesse (35%) (Tableau III).

Tableau III : Connaissances des femmes sur les soins prénatals

Connaissances sur les soins prénatals	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
<b>Connaissances sur les soins prénatals</b>		
A quoi servent les soins pendant la grossesse		
- Vérifier l'état de santé du bébé	119	84,40
- Suivi de la grossesse	95	67,37
- Évaluation des risques pendant la grossesse	38	26,95
- Non je ne sais pas	12	8,51
- Autre	8	5,67
<b>Connaissances du nombre de visites prénatales</b>		
Oui	101	71,60
Non	40	28,40
<b>Connaissances de l'âge à laquelle la femme enceinte doit recevoir des soins prénatals</b>		
-<4 mois	118	83,68
-<6 mois	22	15,60
->6 mois	1	0,72
<b>Connaissances des risques pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse</b>		
-Mortinatalité	92	65,20
-Avortement	65	46,10
-Poids du bébé à la naissance<2500 g	24	17
- Perte de sang importante pendant la grossesse	59	41,80
Autres	33	23,40
<b>Connaissances des facteurs qui favorisent les risques pour la femme et son enfant pendant sa grossesse</b>		
-Âge de la mère $\geq 35$ ans	57	40,40
-Taille de la mère <145cm	47	33,30
-IVG	55	39
-Perte de sang importante pendant la grossesse	50	35,50
-Autres	41	29,10

### 3.4. Connaissances des femmes sur l'accouchement et les soins postnatals

Les saignements importants (51,01%), le travail difficile (47,52%) et la fièvre (34,04%) constituaient les principaux signes cités pour les connaissances sur les signes de danger d'un accouchement compliqué. 96,45% des femmes reconnaissaient l'endroit approprié pour accoucher. Les principaux endroits reconnus pour accoucher étaient l'hôpital général (63,24%) et le centre de santé (54,41%). Les douleurs abdominales sévères (54,61%), le saignement abondant (51,77%) et la faiblesse excessive (38,30%) étaient les connaissances sur les signes de danger chez les mères pendant les 2 premiers jours après l'accouchement. 92,91% des

femmes savaient qu'il faut utiliser des moustiquaires imprégnées d'insecticides après l'accouchement (Tableau IV).

Tableau IV : Connaissances des femmes sur l'accouchement et les soins postnataux

Caractéristiques	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
<b>Connaissances sur l'accouchement</b>		
Connaissances sur les signes de danger d'un accouchement compliqué		
-Saignements importants	72	51,06
-Travail difficile	67	47,52
-Fièvre	48	34,04
-Autre	27	7,1
Connaissances sur l'endroit approprié pour accoucher		
-Oui	136	96,45
-Non	5	3,55
Reconnaissances de l'endroit exact (N=136)		
-Domicile	8	5,88
-CHU	50	36,76
-CHR	45	33,09
-Hôpital général	86	63,24
-Centre de santé	74	54,41
- Clinique privée	5	3,67
<b>Connaissances sur les soins postnataux</b>		
Connaissances sur les signes de danger chez les mères pendant les 2 premiers jours après l'accouchement		
-Faiblesse excessive	54	38,30
-Saignement abondant	73	51,77
-Douleurs abdominales sévères	77	54,61
-Maux de tête intenses	16	11,35
-Fièvre	37	26,24
-Autre	3	2,13
-Ne sait pas	20	14,18
Connaissances sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides après l'accouchement		
-Oui	131	92,91
-Non	10	7,09

## 4.Discussion

### 4.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

L'étude sur les connaissances des femmes en matière de soins prénatals, d'accouchement et de soins postnataux a montré que les femmes étaient majoritairement jeunes avec un âge moyen de  $26,39 \pm 6,21$  ans. Le jeune âge des femmes s'explique par le fait qu'elles constituent la cible des programmes de santé de la reproduction. Des résultats similaires ont été obtenus par des auteurs où l'âge moyen des femmes était respectivement de  $28,84 \pm 5,306$  ans et  $29,4 \pm 6$  (Habte, 2021 ; Zeleke, 2021). Environ 4/5 (80,14%) des femmes vivaient en couple. La majorité (42,55%) des femmes était ménagère et presque la moitié (46,81%) d'entre elles n'avait aucun niveau d'instruction. Environ 2/3 (67,37%) des femmes avaient eu leurs premières grossesses entre 10 et 20 ans. Tous ces résultats sont intriqués et montrent bien que la jeune fille a des rapports sexuels précoces qui peuvent l'exposer aux grossesses précoces et non désirées qui finalement favorisent sa déscolarisation. Diwakar et Zeleke ont obtenu des résultats comparables aux

nôtres avec 81% des femmes en couple, près de la moitié (48,4%) ménagère et environ un tiers (35,8%) n'avait pas fréquenté l'école formelle, (Diwakar, 2017 ; Zeleke, 2021)

#### **4.2. Caractéristiques gynéco-obstétricales des femmes**

Une proportion de 39% des femmes était multigestes, 46,10% paucipares. Elles avaient en moyenne trois enfants et la moitié (50,14%) avait eu au maximum un à deux enfants. Ces résultats pourraient s'expliquer par le jeune âge des femmes. Certains auteurs ont obtenu des résultats similaires où la plupart des femmes avait eu leur naissance la plus récente entre 20 et 34 ans et un ou deux enfants (Chham, 2021). D'autres auteurs ont obtenu des résultats différents où la plupart (56,7% à 73%) des femmes était multipare (Haile, 2020 ; Akibu, 2018).

#### **4.3. Connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnataux**

##### **4.3.1. Connaissances sur les soins prénatals**

De nombreuses femmes savaient que les soins pendant la grossesse servaient à vérifier l'état de santé du bébé (84,40%) et faire le suivi de la grossesse (67,37%). La proportion de celles qui avaient correctement qu'au moins quatre visites prénatales sont nécessaires pendant la grossesse (71,60%) et des soins prénatals avant 4 mois (83,68%) était élevée. Ces taux élevés sont dus aux campagnes de sensibilisations sur l'utilisation des soins maternels qui touchent de plus en plus le milieu rural et aussi la mise en œuvre d'activités communautaires dans ce district sanitaire. Lors de son étude, un auteur a montré qu'une proportion élevée de femmes enceintes et de mères avaient qu'au moins trois visites prénatales étaient nécessaires pendant la grossesse (91,9 %) (Aiga, 2015).

Les risques les plus connus étaient respectivement la mortinatalité (65,20%), l'avortement (46,10%) et la perte de sang importante pendant la grossesse (41,80%). Quant aux facteurs de risque, les femmes avaient cité principalement l'âge de la mère  $\geq 35$  ans (40,40%), l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG (39%)) et la perte de sang importante pendant la grossesse (35%). En effet, les femmes avaient des connaissances variées sur les signes de danger mais qui restaient élevées par rapport à celle de Haile où environ les deux tiers (60,4%) des femmes ne connaissaient pas les signes de danger de la grossesse (Haile, 2020).

##### **4.3.2. Connaissances sur l'accouchement**

La proportion des femmes qui connaissaient l'endroit approprié pour accoucher (96,45%) étaient très élevée. Les principaux endroits reconnus pour accoucher étaient l'hôpital général (63,24%) et le centre de santé (54,41%). Les signes de danger d'un accouchement compliqué les plus connus étaient respectivement les saignements importants (51,01%) et le travail difficile (47,52%). Malgré cette connaissance élevée du lieu d'accouchement, certaines femmes (5,88%) ont cité le domicile comme lieu idéal pour accoucher. Cela est important à prendre en compte car, de nombreuses femmes en milieu rural préfèrent accoucher à domicile plutôt que dans un établissement de santé selon certains auteurs (MSLS, 2013 ; Del Mastro, 2021).

##### **4.3.3. Connaissances sur les soins postnataux**

La plupart des femmes savait l'importance de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides après l'accouchement (92,91). Cela s'explique par les campagnes de distribution de masse des moustiquaires imprégnés dans tout le pays dans le cadre de la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans. Les principaux signes de danger décrits chez les mères pendant les deux premiers jours après l'accouchement étaient les douleurs abdominales sévères (54,61%) et les saignements vaginaux abondants (51,77%). Des études réalisées en Erythrée, en Ethiopie et au Népal ont obtenu comme signe de danger le plus fréquemment cité, les saignements vaginaux mais avec des proportions plus élevées qui sont respectivement de 83,2%, 89,2 % et 98,47 % (Beraki, 2020 ; Bililign, 2017 ; Timilsina, 2017).

## **Conclusion**

L'amélioration de la santé maternelle et néonatale nécessite la prise en charge postnatale car la majorité des décès maternels et néonatals surviennent durant cette période (WHO, 2014). En outre, l'amélioration des connaissances des mères pourrait leur permettre de bien se prendre en charge ainsi que leurs nouveau-nés en période cruciale (Fahey, 2013). Les connaissances des femmes sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals étaient élevées. Néanmoins, certaines notions étaient bien connues, par contre d'autres moins connues. Ainsi, est-il nécessaire d'intensifier les messages de sensibilisation sur l'ensemble des soins maternels en vue d'un changement durable dans les comportements des femmes vis-à-vis de l'utilisation des services de soins maternels. Ensuite, pour ces villages, nous ferons une intervention communautaire permettant d'améliorer les connaissances des femmes sur les soins maternels ainsi que leur utilisation ; ceci grâce à la sensibilisation et à la formation de relais communautaires sur les soins maternels. Ainsi, ceux-ci vont réaliser des visites à domicile afin d'informer les femmes et leurs partenaires sur l'utilité de ces soins.

## **Conflits d'intérêts**

Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêt.

## **Remerciements**

Nos remerciements vont à l'endroit de la communauté, des chefs des villages et des Agents de Santé et Education Communautaires (ASEC) pour leur disponibilité.

## **Références**

Aiga, H., Nguyen, V.D., Nguyen, C.D., Nguyen, T.T.T., Nguye, L.T.P. Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. BMC Public Health 16, 129 (2015). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2788-4>

Alliance for Maternal and Newborn Health Improvement (AMANHI) mortality study group. (2018). Population-based rates, timing, and causes of maternal deaths, stillbirths, and neonatal deaths in south Asia and sub-Saharan Africa: a multi-country prospective cohort study. Lancet Glob Health, 6(12):e1297–e1308. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30385-1.

Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.B., Gemmill, A., & al. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet, 387(10017):462-74. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

Akibu, M., Tsegaye, W., Megersa, T., & Sodere Nurgi, S. (2018). Prevalence and Determinants of Complete Postnatal Care Service Utilization in Northern Shoa, Ethiopia August 2018 [Journal of Pregnancy 2018\(1\):1-7DOI:10.1155/2018/8625437](#)

Beraki, G.G., Tesfamariam, E.H., Gebremichael, A., Yohannes, B., Haile, K., Tewelde, S., & al. Knowledge on postnatal care among postpartum mothers during discharge in maternity hospitals in Asmara: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Jan 6;20(1):17. doi: 10.1186/s12884-019-2694-8.

Blank, A., Prytherch, H., Kaltschmidt, J., Krings, A., Sukums, F., Mensah, N., & al. (2013). « Quality of prenatal and maternal care: bridging the know-do gap » (QUALMAT study): an electronic clinical decision support system for rural Sub-Saharan Africa. BMC Medical Informatics and Decision Making, 13, article 44. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-44>.

Chham, S., Radovich, E., Buffel, V., Ir, P., Wouters, E. (2021). Determinants of the continuum of maternal health care in Cambodia: an analysis of the Cambodia demographic health survey 2014. BMC Pregnancy Childbirth, 21, 410. Retrieved from <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03890-7>

Côte d'Ivoire. Plan stratégique du Programme National de la Santé de la mère et de l'enfant (PNSME) 2016-2020 ; 72 p. Disponible sur <https://pnsme.ci/admin/docs/planstratgiquepnsme20162020final2.pdf>

Côte d'Ivoire. Surveillance, revue et riposte face aux décès maternels en Côte d'Ivoire. Disponible sur [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194270/9789242506082\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194270/9789242506082_fre.pdf)

Côte d'Ivoire. Rapport de situation premier semestre 2015. Disponible sur <https://www.brvm.org/sites/default/files/20151015 - rs - sicable ci - exercice 2015.pdf>

Fahey, J.O., Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. J Midwifery Womens Health, 58(6):613–621. doi: 10.1111/jmwh.12139.

GBD. (2016). Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; 390: 1151–210. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)

Graft-Johnson, J., Kerber, K., Tinker, A., Otchere, S., Narayanan, I., Shoo, R., & al. (2005). La continuité des soins : Continuum de soins maternels et néonatals », Baltimore, Maryland, the ACCESS Program, JHPIEGO. Retrieved from <https://doczz.fr/doc/3331501/la-continuit%C3%A9-des-soins>

Habte, A., Gebiremeskel, F., Shewangizaw, M., Dessu, S., Glagn, M. (2021). Uptake of complete postnatal care services and its determinants among rural women in Southern Ethiopia:

Community-based cross-sectional study based on the current WHO recommendation. PLoS One, 3;16(2):e0246243. doi: 10.1371/journal.pone.0246243.

Haile, D., Kondale, M., Andarge, E., Tunje, A., Fikadu, T., Boti, N. (2020). Level of completion along continuum of care for maternal and newborn health services and factors associated with it among women in Arba Minch Zuria woreda, Gamo zone, Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. PLoS One, 8;15(6): 0221670. doi: 10.1371/journal.pone.0221670.

Institut Nationale de statistique (INS). (2014). Répartition de la population de nationalité ivoirienne selon les ethnies. Disponible sur <http://www.ins.ci/n/documents/rgph/ABIDJAN.pdf>

Kassebaum, N.J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M.S., Shackelford, K.A., Steiner, C., Heuton, K.R., & al. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet, 384(9947):980–1004. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6.

Lawn, J., Powers, M.B., & Tinker, A. (2006). analysis based on 38 DHS datasets (2000 to 2004) with 9,022 neonatal deaths, using MEASURE DHS STAT. Used in: Save the Children-U.S., State of the World's Mothers 2006, Washington, DC: Save the Children-U.S. Retrieved from <https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2006.pdf>

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS), Institut National de la Statistique, Côte d'Ivoire. 2013. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012. Rapport de synthèse final. MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA. 589 p. Disponible sur <http://caidp.ci/uploads/291f9894f6f5987c2b9f8eeeb560a02a.pdf>

Mohan, D., LeFevre, A.E., George, A., Mpembeni, R., Bazant, E., Rusibamayila, N. (2017). Analysis of dropout in the maternal health care continuum in Tanzania: Results from a cross-sectional household survey. Health Policy and Planning, Volume 32, Issue 6, 791-799. Retrieved from <https://academic.oup.com/heapol/article/32/6/791/3073704?login=false>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019). Mortalité maternelle. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Pattinson, R., Kerber, K., Buchmann, E., Friberg, IK, Belizan, M, Lansky, S & al. (2011). Stillbirths: How can health systems deliver for mothers and babies? *The Lancet.*;377(9777):1610–1623. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62306-9.

Ronsmans, C., & Graham, W.J. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542):1189–1200. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69380-x.

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.B., Daniels, J.D., & al. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health, 2 (6): 323–33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X

Schwartz, D., Lellouch, J. (1965). Attitude de recherche ou attitude pragmatique dans la formulation d'un problème, avec référence particulière aux essais thérapeutiques. *Revue de statistique appliquée*, 13 (4), 11-19. Retrieved from [http://www.numdam.org/article/RSA\\_1965\\_\\_13\\_4\\_11\\_0.pdf](http://www.numdam.org/article/RSA_1965__13_4_11_0.pdf)

Sines, E., Syed, U., Wall, S., & Worley, H. (2007). « une opportunité exceptionnelle de sauver des vies des mères et des nouveaux nés » perspectives de politiques générales sur des nouveaux nés et des mères. Disponible sur <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/07-Postnatal-care-French.pdf>

Singh, P. K., Kumar, C., Rai, R. K., Singh, L. (2014). Factors associated with maternal healthcare services utilization in nine high focus states in India: A multilevel analysis based on 14 385 communities in 292 districts. *Health Policy and Planning*, 29(5):542–559. doi: 10.1093/heapol/czt039.

The Partnership for Maternal Newborn and Child Health. Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. world health organization (2006). Retrieved from: <file:///C:/Users/PC/Downloads/3381.pdf>

Timilsina, S., & Dhakal, R. (2015). Knowledge on postnatal care among postnatal mothers. *Saudi J Med Pharm Pci*, 1:87–92. Retrieved from <http://scholarsmepub.com/wp-content/uploads/2016/01/SJMPs-1487-92.pdf>

World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. (2014). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190090/>

World Health Organization. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. (2010). Retrieved from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO\\_MPS\\_10.03\\_eng.pdf;jsessionid=8C4D3DE9423ED4B329516AA870E02E42?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;jsessionid=8C4D3DE9423ED4B329516AA870E02E42?sequence=1)

© 2023 COULIBALY et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

#### Publisher's note

*Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.*