



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)

ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 2 February 2025

Accepted, 4 June 2025

Published, 12 June 2025

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Olu et al., (2025). Connaissance, attitude et pratique des professionnels de la santé sur les réseaux de soins périnatal dans le district sanitaire d'Anyama, Côte d'Ivoire .*Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(1), 288-297. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.21>

Research

Connaissance, attitude et pratique des professionnels de la santé sur les réseaux de soins périnatal dans le district sanitaire d'Anyama, Côte d'Ivoire

Knowledge, attitude and practice of health professionals on perinatal care networks in the health district of Anyama, Côte d'Ivoire

Luc N'guessan Olu^{12*}, Abdoul Koffi Koffi¹², Landry Assane Brou², Abla Adakanou¹², Apollinaire Horo¹²

¹Département de la mère et de l'enfant, Université Félix-Houphouët Boigny, Cote d'Ivoire.

²Service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier et universitaire de Yopougon, Cote d'Ivoire.

*Correspondance: olounguessan@yahoo.fr ; : Tel :+2250707362364

Résumé

Les réseaux de soins périnatals jouent un rôle déterminant dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à l'échelle mondiale. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé concernant les réseaux de soins périnatals, dans la perspective de leur mise en place en Côte d'Ivoire. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, menée dans le district sanitaire d'Anyama, au sein de 15 structures sanitaires disposant d'une maternité, entre le 1^{er} février et le 29 juillet 2020. Un total de 103 agents de santé a été inclus, selon un échantillonnage non probabiliste, consécutif et exhaustif. Les sage-femmes représentaient la majorité des répondants, soit 69,9 %, contre 12,6 % de gynécologues et 4,9 % de pédiatries. Par ailleurs, près de 90 % des participants exerçaient en zone urbaine, avec une concentration notable (44,6 %) à l'Hôpital général d'Anyama. L'étude a également mis en évidence des insuffisances en ressources humaines et matérielles au sein des structures, constituant des freins majeurs à la mise en place effective d'un réseau de soins périnatal.

Mots-clés : Réseaux coordonnés de soins ; Périnatalogie ; Connaissances – Attitudes – Pratiques ; Professionnels de santé.

Abstract:

Perinatal care networks play a crucial role in reducing maternal and neonatal mortality worldwide. The objective of this study was to assess the knowledge, attitudes, and practices of healthcare professionals regarding perinatal care networks, with a view to their implementation in Côte d'Ivoire. This was a descriptive cross-sectional study conducted in the Anyama health district, across 15 healthcare facilities equipped with maternity wards, from February 1 to July 29, 2020. A total of 103 healthcare providers were included in the study, selected using a non-probabilistic, consecutive, and exhaustive sampling method. Midwives constituted most of the respondents (69.9%), followed by gynaecologists (12.6%) and pediatricians (4.9%). Additionally, nearly 90% of participants were practising in urban areas, with a notable concentration (44.6%) at the General Hospital of Anyama. The study also highlighted critical shortages in human resources and equipment within healthcare facilities, which represent significant obstacles to the effective implementation of a perinatal care network.

Keywords: Coordinated care networks; Perinatology; Knowledge – Attitudes – Practices; Healthcare professionals.

1. Introduction

La santé maternelle et néonatale demeure un enjeu majeur de santé publique dans les pays à faibles revenus, en particulier en Afrique subsaharienne, où les taux de mortalité maternelle et néonatale restent alarmants malgré les engagements internationaux et les efforts déployés à l'échelle nationale pour améliorer ces indicateurs. Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2023), la région subsaharienne concentre à elle seule plus des deux tiers des décès maternels mondiaux et environ 43 % des décès néonatals. Ces statistiques traduisent à la fois des faiblesses structurelles dans les systèmes de santé et une insuffisance marquée dans la coordination des services, notamment durant la période périnatale, qui constitue une phase critique pour la survie de la mère et du nouveau-né. Il est désormais largement reconnu que le maintien de soins de qualité tout au long du continuum périnatal – de la grossesse à l'accouchement, en passant par la période postnatale – permet de réduire significativement les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles (Kerber et al., 2007 ; Zelka, 2022). Dans cette optique, la mise en place de réseaux de soins périnatals (RSP) s'impose comme une stratégie organisationnelle pertinente et prometteuse pour améliorer l'accès équitable, la continuité et la qualité des soins périnatals. Le RSP peut être défini comme un dispositif structuré associant divers acteurs de santé, physiques ou moraux, répartis sur un territoire donné, aux compétences complémentaires, et œuvrant de manière coordonnée autour d'objectifs communs, selon des normes partagées et une logique de coopération volontaire (Gouyon-Cornet et al., 2004). Ces réseaux s'appuient sur une mise en synergie des professionnels, une coordination inter-niveaux (du centre de santé communautaire à l'hôpital de référence), ainsi qu'une standardisation des pratiques cliniques via l'élaboration de protocoles consensuels. L'objectif fondamental est d'assurer une prise en charge rapide, efficace et adaptée, en particulier pour les grossesses à risque et les urgences obstétricales et néonatales. Toutefois, la réussite de ces réseaux repose en grande partie sur le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé qui en assurent la mise en œuvre. Un dispositif, aussi bien conçu soit-il sur le plan théorique, peut s'avérer inefficace si les prestataires ne maîtrisent pas les mécanismes de référence et de contre-référence, n'adhèrent pas aux protocoles établis, ou n'interagissent pas efficacement avec les autres maillons du système de soins.

En Côte d'Ivoire, les réseaux de soins périnatals ne sont pas encore formellement implantés ou opérationnels dans la majorité des régions sanitaires. Dans une perspective de préparation à leur mise en place, la présente étude a été conduite dans le district sanitaire d'Anyama. Elle vise à évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé en lien avec l'organisation, le fonctionnement et les enjeux d'un réseau de soins périnatal.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Cadre de l'étude, type et population d'étude

L'étude a été menée dans le district sanitaire d'Anyama, au sein de 15 formations sanitaires (dont 11 établissements publics et 4 privés), toutes disposant d'une maternité. Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive, conduite sur une période de six mois, allant du 4 février au 29 juillet 2020. La population d'étude était constituée de l'ensemble du personnel de santé, exerçant aussi bien dans les structures publiques que privées du district, et impliqué dans la prise en charge périnatale. Ont

été inclus dans l'étude tous les professionnels ayant consenti à participer et ayant complété le questionnaire d'enquête. Les agents absents au moment de la collecte de données ou ayant refusé de participer ont été exclus. Nous avons retenu un échantillonnage exhaustif et inclusif, ciblant l'ensemble des professionnels répondant aux critères de sélection. Au total, cent trois (103) agents de santé ont été enquêtés.

2.2 Recueil des données et variable étudiées.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête structurée de 8 pages, comportant 42 questions. Un pré-test a été réalisé auprès de dix (10) professionnels de santé issus de différents niveaux d'intervention, ce qui a permis de valider l'outil de collecte en ajustant les formulations des questions en fonction des difficultés de compréhension rencontrées. Au début de chaque entretien, l'objectif de l'étude a été clairement expliqué aux participant(e)s. Le questionnaire n'a été administré qu'après obtention du consentement libre et éclairé de chaque répondant. Les variables étudiées étaient regroupées en trois grandes catégories :

1. Les données socio-démographiques : il s'agissait du sexe, de la qualification professionnelle, du nombre d'années d'expérience, du lieu d'exercice, ainsi que de la distance et du temps estimé de trajet entre les différentes maternités publiques et l'Hôpital Général d'Anyama (HGA).
2. Les connaissances sur le réseau de soins périnatal : elles portaient notamment sur la définition de la période périnatale, ainsi que sur la compréhension du concept et du fonctionnement d'un réseau de soins périnatal.
3. Les attitudes et pratiques professionnelles : elles ont été évaluées à travers plusieurs dimensions, dont la collaboration inter-centres dans la prise en charge du couple mère-enfant, la perception des ressources nécessaires au fonctionnement d'un réseau de soins périnatal, ainsi que le niveau d'adhésion et de motivation des professionnels à intégrer un tel dispositif.

2.3. Saisie et analyse des données

Les données étaient codées et enregistrées avec Census and Survey Processing (CSPro) version 6.0 pour Windows. Les données continues étaient présentées en moyenne avec l'écart-type. Les données catégorielles seront présentées en effectif et en proportion. Nous avons utilisé le logiciel Epi info 2000 pour l'analyse statistique des données issues des interviews.

2.4. Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'approbation de l'Université Félix Houphouët-Boigny pour la publication de ce manuscrit. L'étude a été réalisée conformément à la Déclaration d'Helsinki, et le protocole a été approuvé par le Comité d'Éthique de l'Université Félix Houphouët-Boigny (N347678-CI/2020). Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé pour participer avant de prendre part à l'étude.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques socio-démographiques

Dans cette enquête menée auprès des professionnels de la périnatalité, les sage-femmes étaient les plus nombreuses (69.9%) suivis des obstétriciens(12.6%) et des pédiatres(4.9%). L'expérience professionnelle moyenne était de 7,8 années avec des extrêmes de 01 et 38 années. Plus de 38% des agents avaient une expérience professionnelle comprise entre 5 et 10 années. La majorité du personnel enquêtés était en fonction à l'hôpital général d'ANYAMA représentant 44,7% contre 10% dans les centres de santé ruraux. Les maternités publiques étaient situées en moyenne à 39 Km de l'hôpital général. Celle d'AZAGUIÉ-BLIDA était la plus proche à 10 km de l'HG d'ANYAMA et celle de M'PODY la plus éloignée à 55 km. Plus de 50% des maternités étaient situées à plus de 30 minutes de l'HG d'Anyama. Le temps moyen étant de 55 minutes. (Tableau 1 et Figure 1)

Tableau 1: Répartition socio-démographique des agents enquêtés

Qualification	Fréquence	pourcentage(%)
• Obstétricien	13	12,62
• Echographiste	3	2,91
• Sage-femme	72	69,9
• Pédiatre	5	4,85
• Anesthésiste	10	9,72
Années d'expérience	Fréquence	Pourcentage(%)
• <5	37	35,92
• 5-10	40	38,83
• 10-15	14	13,59
• >15	12	11,66
Lieu d'exercice	Fréquence	Pourcentage(%)
• Centres privés	19	18,44
• PMI	12	11,65
• Hôpital general	46	44,66
• CSR	10	9,7
• CSU	16	15,55

PMI: Protection maternelle et infantile

CSR: Centre de santé régional

CSU: Centre de santé urbain

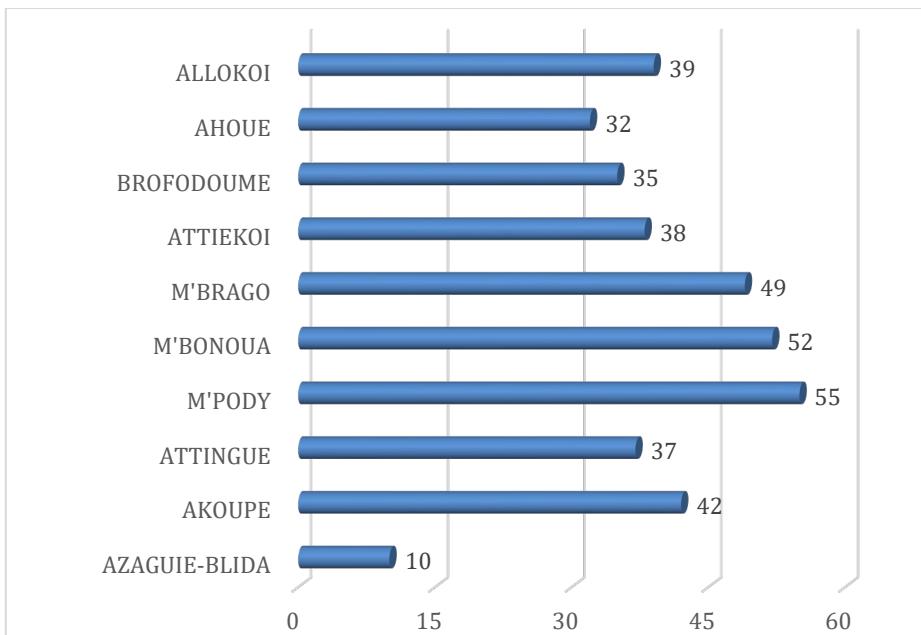


Figure 1: Répartition selon les distances entre les différentes maternités publiques et l'hôpital général d'Anyama.

3.2. La connaissance des prestataires en réseaux de soins périnatals

Dans notre étude, seuls 18,4 % des prestataires connaissaient la définition de la période périnatale selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Concernant la notion de Réseau de Soins Périnatals (RSP), 72,8 % des répondants n'en avaient jamais entendu parler. En ce qui concerne la connaissance des acteurs impliqués et des objectifs d'un RSP, les taux de méconnaissance étaient respectivement de 81,6 % et 75,72 %. Par ailleurs, plus de 90 % des participants n'avaient jamais eu d'expérience concrète avec un réseau de soins périnatal (Tableau 2).

Tableau 2: Connaissance des participants

Connaissance des enquêtés	Effectif	pourcentage (%)
Quelle période correspond à la période périnatale (OMS) (N= 103)		
• De la grossesse à l'accouchement	36	35,0
• début de la grossesse au 28ème jour de vie du nouveau-né	40	38,8
• De 16 SA au 14ème jour de vie du nouveau-né	5	4,9
• De 22SA au 7eme jour de vie du nouveau-né	19	18,4
• Je ne connais pas	3	2,9
Avez-vous déjà entendu parler d'un RSP (N= 103)		
• Oui	28	27,2
• Non	75	72,8
En avez-vous déjà fait l'expérience d'un RSP (N= 103)		
• Oui	8	7,8
• Non	95	92,2
Diminution de la morbi-mortalité maternelle et néonatale, comme objectif des RSP (N = 103)		
• Oui	78	75,72
• Non	25	24,28
Les service public et privé peuvent –ils faire partir d'un même RSP (N = 103)		
• Oui	84	81,6
• Non	19	18,4

3.3. Les attitudes et les pratiques des prestataires en réseau de soins périnatals

Il ressort que plusieurs éléments ont été largement rapportés par les participants : la présence d'un pédiatre en salle de naissance (98,1 %), la disponibilité d'un bloc ou service de néonatalogie (84,5 %), la collaboration entre les professionnels des centres de santé publics et privés (99 %), l'adhésion à un Réseau de Soins Périnatals (RSP) (99 %), la mise en œuvre du système de référence et de contre-référence selon les facteurs de risque (56.3 %) ainsi que l'implication de l'État dans le fonctionnement du RSP (100 %) (Tableaux 3 et 4).

Tableau 3 : Attitudes et pratiques des prestataires

Attitudes et pratiques des enquêtés	Effectif	Pourcentage (%)
Place du pédiatre en salle de naissance ? (N= 103)		
• Oui	101	98.1
• Non	2	1.9
Présence d'un bloc opératoire ou un service de néonatalogie dans votre structure ou à proximité vous rassurerait elle ? (N= 103)		
• Oui	87	84.5
• Non	16	15.5
Accepteriez-vous d'adhérer à un réseau de soins périnatal ? (N= 103)		
• Oui	102	99
• Non	1	1
Collaboration publique – privé pourrait améliorer la prise en charge des gestantes et des nouveaux nés ? (N = 103)		
• Oui	102	99
• Non	1	1
Adhésion à un RSP (103)		
• Oui	97	94.1
• Non	6	5.9
Implication de d'état dans un RSP (N=103)		
• Oui	103	100
Adressez-vous les gestantes à l'hôpital général d'Anyama ? N= 103		
• Oui	58	56.3
• Non	45	43.7

Tableau 4 : Raisons des Attitudes et pratiques des prestataires

Attitudes et pratiques des enquêtés	Effectif	Pourcentage (%)
Pourquoi ne referez-vous pas les patientes à l'HG d'Anyama (N=103)		
• Accès difficile	37	35,9
• Plateau technique insuffisant à l'HG	29	28,2
• Manque d'ambulance	37	35,9
Quel obstacle au partenariat public-privé ? N= 103		

• Administratif	57	55,3
• Financier	85	98,8
• Aucun	10	9,7
Quelle action pourrait mener l'Etat de Côte d'Ivoire pour l'amélioration de la prise en charge de la périnatalité dans le district d'Anyama ? N = 103		
• Réduire les coûts des prestations des services	44	42,7
• Mieux équiper les structures hospitalières	102	99,0
• Mettre en place un réseau de santé de périnatalité	88	85,4
Les raisons pouvant motiver la non-adhésion à un RSP (N= 6)		
• Manque de connaissances sur le RSP	4	66.6
• Manque de temps	2	33.4
Raisons pouvant motiver l'adhésion à un RSP ? N= 97		
Renforcement de capacité dans sa spécialité		
• Oui	94	96.9
• Non	3	3.1
Référencement dans l'annuaire		
• Oui	41	42.2
• Non	56	57.8
Les raisons pouvant motiver la non-adhésion à un RSP (N= 6)		
• Manque de connaissances sur le RSP	4	66.6
• Manque de temps	2	33.4

4. Discussion

Les professionnels de santé interrogés, exerçant dans le domaine de la périnatalité, étaient majoritairement des sage-femmes (69,9 %) et des obstétriciens (12,62 %). Cette répartition s'explique en grande partie par l'insuffisance de personnel qualifié, en particulier dans les maternités des structures sanitaires. En effet, selon le rapport annuel sur la situation sanitaire de la Côte d'Ivoire (2020), seul le district sanitaire de Jacqueville a atteint la norme de 2,3 professionnels de santé pour 1 000 habitants, sur un total de 113 districts sanitaires (Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2020). Cette pénurie de personnel qualifié constitue un défi majeur partagé par la majorité des pays africains, notamment en pédiatrie, en obstétrique et en infectiologie, compromettant ainsi l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité maternelle et infantile. La Banque mondiale a souligné cette problématique dans plusieurs publications, dont le rapport intitulé *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors*, qui met en évidence les causes de cette crise et propose des recommandations pour le renforcement des ressources humaines en santé. Une autre publication significative, *Human Resources for Health and World Bank Operations in Africa*, examine les actions entreprises par la Banque mondiale pour améliorer la disponibilité et la répartition équitable du personnel de santé à travers le continent (World Bank, 2013).

Concernant les connaissances des agents interrogés, les résultats montrent un niveau insatisfaisant quant à la définition précise de la période périnatale (18,4 % de réponses correctes), mais un niveau globalement satisfaisant en ce qui concerne la connaissance du réseau de soins périnatals (75,72 %) et de ses acteurs (81,8 %). L'Organisation mondiale de la Santé définit la période périnatale comme la période s'étendant de la 22e semaine d'aménorrhée (soit cinq mois de grossesse) jusqu'à sept jours après la naissance (OMS, 2016). Cette période critique est associée à un risque élevé de mortalité maternelle et néonatale, en raison notamment des complications obstétricales, de la prématurité, de l'asphyxie néonatale et des infections. Une connaissance rigoureuse de cette période est donc

essentielle pour les professionnels de santé impliqués dans les soins maternels et néonatals. Ces derniers incluent principalement les sages-femmes, les médecins généralistes, les obstétriciens, les infirmiers, ainsi que les agents de santé communautaires. Leur rôle dépasse le cadre strictement clinique, englobant également une mission éducative auprès des femmes enceintes et de leurs familles, dans une logique de prévention des risques (UNFPA, 2022). Cependant, plusieurs études ont mis en évidence des lacunes persistantes dans la maîtrise des concepts clés de la périnatalité. Lawn et al. (2005) ont estimé que près de quatre millions de décès néonatals surviennent chaque année, majoritairement en Afrique, et que nombre d'entre eux pourraient être évités par une prise en charge adéquate durant la période néonatale précoce (0 à 7 jours). De même, le Healthy Newborn Network (2019) a souligné le manque de formation continue sur les soins périnatals, en particulier dans les zones rurales où les accouchements à domicile restent fréquents. Ces lacunes entraînent des défaillances dans la surveillance, des retards dans la référence des cas à risque et des prises en charge inadaptées. Pour remédier à ces insuffisances, plusieurs initiatives ont été développées. En Angola, par exemple, un programme de formation en santé mentale périnatale a été mis en place pour améliorer la compréhension des enjeux émotionnels et psychologiques de cette période (Mujeres por África, s.d.). Par ailleurs, l'OMS a élaboré un référentiel de soins essentiels pour les mères et les nouveau-nés, qui insiste sur la nécessité d'une formation continue tout au long du continuum de soins (Quality of Care Network, 2020).

En ce qui concerne les attitudes et pratiques, l'étude a évalué différents aspects, tels que la collaboration entre les professionnels, l'adhésion aux réseaux de soins périnatals, la maîtrise du système de référence et contre-référence, ainsi que la perception du rôle de l'État. Il ressort que 99 % des participants ont jugé nécessaire une collaboration entre les professionnels des structures sanitaires publiques et privées. Cette synergie est indispensable à une prise en charge cohérente et continue du couple mère-enfant. Toutefois, dans plusieurs pays africains, cette collaboration reste limitée en raison d'un fonctionnement souvent cloisonné entre les secteurs public et privé (UNICEF, 2021). Des expériences de réseaux périnataux intégrés, mises en œuvre en Afrique de l'Ouest et en Afrique du Sud, ont montré l'importance d'une coordination intersectorielle pour assurer une orientation efficace des patientes à risque (Bayo et al., 2022). Ces dispositifs favorisent également le partage des ressources humaines et logistiques, optimisant ainsi l'offre de soins dans des contextes de faible densité médicale. L'adhésion des professionnels de santé aux protocoles périnatals dépend fortement de leur implication dans des réseaux ou programmes de formation continue. Des initiatives telles que les réseaux SONU (Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence) ou les formations numériques ont permis de renforcer l'harmonisation des pratiques (OMS, 2019). Cependant, cette adhésion demeure hétérogène et influencée par divers facteurs : la pertinence perçue des directives, l'appui institutionnel et la reconnaissance professionnelle (Ben Ameur et al., 2020). La valorisation des rôles, notamment des sages-femmes souvent marginalisées, apparaît essentielle pour renforcer leur engagement. Le système de référence et contre-référence constitue un pilier fondamental du réseau périnatal, permettant d'orienter rapidement les cas à risque vers des structures de soins appropriées. Toutefois, en Afrique, son fonctionnement est souvent entravé par l'absence de protocoles formalisés, de moyens de transport adaptés et de canaux de communication efficaces (Say & Raine, 2007). Plusieurs programmes ont tenté de structurer ce système en fonction des risques obstétricaux ou néonatals : prééclampsie, grossesse multiple, antécédents d'hémorragie, prématurité, etc. Des outils numériques, tels que le carnet de santé maternel et néonatal informatisé, ont été testés pour améliorer la traçabilité et le retour d'information.

clinique. Enfin, l'État joue un rôle crucial dans la mise en place d'un système de santé périnatal performant, à travers l'élaboration de politiques de santé, la formation des professionnels, le financement des infrastructures et la régulation de la collaboration entre les secteurs public et privé. Des stratégies nationales, comme celles du Sénégal ou du Rwanda, ont mis l'accent sur la décentralisation des soins, la formation continue et la gratuité des soins obstétricaux d'urgence. Bien que ces politiques aient permis des avancées notables, leur succès reste tributaire d'un financement pérenne et d'une gouvernance renforcée (UNFPA, 2021 ; World Bank, 2020).

5. Conclusion

Le réseau de soins périnatal constitue une réponse structurée et efficace aux enjeux majeurs de santé publique liés à la maternité et à la naissance. En assurant une meilleure coordination des acteurs, une prise en charge adaptée au niveau de risque, et un accompagnement global du couple mère-enfant, ce dispositif a déjà démontré son potentiel dans l'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, si les bénéfices sont largement reconnus, il reste nécessaire de quantifier de manière rigoureuse son impact réel sur la mortalité maternelle, notamment dans les contextes où les ressources sont limitées ou les disparités d'accès aux soins marquées. Ainsi, une étude d'impact approfondie et multicentrique pourrait être envisagée, reposant sur une méthodologie comparative (avant/après mise en place du réseau ou entre zones avec et sans réseau), en intégrant des indicateurs clés comme : le taux de mortalité maternelle, le délai de prise en charge des urgences obstétricales, le taux de transfert in utero et la qualité de la prise en charge pré-natale et post-natale. Une telle étude permettrait de fonder scientifiquement les stratégies d'extension et de renforcement des réseaux périnataux, d'identifier les facteurs de succès, mais aussi les axes d'amélioration nécessaires pour optimiser leur efficacité. En somme, elle représenterait un levier essentiel pour orienter les politiques de santé vers une réduction durable et équitable de la mortalité maternelle.

Conflit d'Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts lié à cet article.

Références

- World Health Organization. (2023). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. World Health Organization.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *The Lancet*, 370(9595), 1358-1369.
- Zelka, M. A., Yalew, A. W., & Debelew, G. T. (2022). The effects of completion of continuum of care in maternal health services on adverse birth outcomes in Northwestern Ethiopia: a prospective follow-up study. *Reproductive Health*, 19(1), 200.
- Gouyon-Cornet B, Quantin C, Sagot P, Gouyon JB.(2004). Mise en place et évaluation des réseaux de soins périnatals : expériences françaises et étrangères. *Santé, Société et Solidarité*, 3(1), 129-36.
- Ministère de la Santé de l'Hygiène P et de la CMU. (2020). Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2020.
- World Bank. (2013). The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors. Washington, DC: World Bank.

- World Bank. (2013). Human Resources for Health and World Bank Operations in Africa. Washington, DC: World Bank.
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). Recommandations de l'OMS pour les soins prénatals visant à améliorer les résultats maternels et néonataux. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- UNFPA. (2022). The State of the World's Midwifery 2021: Investing in midwives to improve sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health. <https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021>.
- Lawn, J. E., Cousens, S., & Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet*, 365(9462), 891–900. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71048-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71048-5)
- Healthy Newborn Network. (2019). Neonatal health in sub-Saharan Africa. <https://www.healthynewbornnetwork.org>
- Mujeres por África. (s.d.). Formation en santé mentale périnatale en Angola. <https://mujeresporafrica.es>
- Quality of Care Network. (2020). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. <https://www.qualityofcarenetwork.org>
- UNICEF. (2021). Maternal and newborn health disparities in sub-Saharan Africa. <https://www.unicef.org/reports>.
- Bayo, P., N'Guessan, K., & Ouattara, B. (2022). Approche réseau dans les soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Côte d'Ivoire : un levier pour la réduction de la mortalité périnatale. *Santé Publique*, 34(3), 389–398.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). Recommandations sur les interventions numériques pour le renforcement des systèmes de santé. Genève : OMS.
- Ben Ameur, A., Chahed, H., Ben Yahia, M., & Nakhli, J. (2020). Evaluation de l'adhésion des professionnels de santé aux recommandations périnatales dans une maternité universitaire en Tunisie. *La Tunisie Médicale*, 98(1), 54–62.
- Say, L., & Raine, R. (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: Examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 812–819.
- UNFPA. (2021). Stratégies nationales de santé maternelle, néonatale et infantile : bonnes pratiques en Afrique francophone. <https://www.unfpa.org>
- World Bank. (2020). Improving maternal and neonatal health services in Africa. <https://www.worldbank.org>

© 2025 AKABILE, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.