



Article Original

Facteurs Associés à la Problématique de la Consultation Périnatale dans les Districts Sanitaires de Kita et de San (Mali)

Factors associated with antenatal care's challenges in Kita and San health districts (Mali)

Abdou KB Kayentao^{1,2*}, Oumou Coulibaly¹, Mahamadou Dembele¹, Mahamadou Guindo¹, Ibrahima Teguede³, Sory I Diawara^{1,4}, Mahamadou Soumana Sissoko^{1,4}, Kassoum Kayentao^{1,4}

¹.Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités

².Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de santé de référence de Kita

³.Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

⁴.Malaria Research and Training Center (MRTC)

***Auteur correspondant :**

Abdou K.B KAYENTAO : MD, SD, MPH, Centre de santé de référence de Kita, MALI
Téléphone : +(223) 76282929 / (+223) 61102542
E-mail : baberkayentao@yahoo.fr

Mots-clés : Problématique, CPN, Kita, San.

Keywords: Problematic, ANC, Kita, San.

RÉSUMÉ

Introduction. Au Mali, jusqu'à 19,3% des femmes de 15-49 ans n'ont effectué aucune CPN (Consultation périnatale) et seulement 36 % ont eu leur première CPN (CPN1) avant quatre mois de grossesse. Peu d'études se sont attachées à comprendre ce phénomène et notre étude avait ainsi pour objectif d'étudier les facteurs liés à la problématique de la CPN dans deux districts sanitaires du Mali. **Méthodes.** De type transversal, l'étude a été réalisée grâce à un échantillonnage par randomisation en grappes à 2 étapes chez les gestantes, les mères d'enfants de moins de 06 mois et les agents de santé. La régression logistique, les tests d'ANOVA et de Tukey nous ont permis d'évaluer les liens. **Résultats.** Ce travail a montré que 5,6% des clientes n'ont effectué aucune CPN et que 91,7% des gestantes ont eu un recours tardif à la CPN1. Les principaux obstacles à la CPN ont été : le coût élevé des prestations, la réticence familiale, l'absence du personnel soignant féminin. Les multigestes, les grandes multigestes, les femmes non/mal informées des moyens de prévention du paludisme pendant la grossesse, les participantes ayant 0 ou 1 enfant de moins de 5 ans ont présenté plus de risque de ne pas recourir à la CPN. Les gestantes ayant manqué aux activités de PTME-VIH (Prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine) et celles ayant plus de 2 enfants ont recouru tardivement à la CPN1. **Conclusion.** Le coût élevé des prestations, la réticence familiale, l'absence de personnel soignant féminin et l'insuffisance d'information sont les principales difficultés liées au suivi de la grossesse. Cette étude pourra aider à améliorer et/ou à créer des interventions.

ABSTRACT

Background. In Mali, up to 19.3% of women aged 15-49 did not perform any ANC (Antenatal care) and only 36% had their first ANC (ANC1) before four months of pregnancy. Few studies explore better the problem of ANC. **Methods.** Cross-sectional, the study was carried out using 2-stage cluster randomization sampling among pregnant women, mothers of children under 06 months and health workers. Logistic regression, ANOVA and Tukey tests allowed us to assess the links. **Results.** This work showed that 5.6% of clients did not perform any ANC and that 91.7% of pregnant women had late recourse to ANC1. The main obstacles to ANC were the high cost of services, family reluctance, and the absence of female caregivers. Multi-gestures, major multi-gestures, women uninformed/poorly informed of the means of preventing malaria during pregnancy, participants with 0 or 1 child under 5 presented a greater risk of not using ANC. Pregnant women who failed in PMTCT-HIV activities (Prevention of mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus) and those with more than 2 children resorted to ANC1 late. **Conclusion.** The high cost of services, family reluctance, the absence of female caregivers and insufficient information are the main issues related to pregnancy monitoring. Thus, our study may help to improve and/or create interventions.

INTRODUCTION

Les soins prénatals sont des prestations qu'une femme reçoit pendant la grossesse et qui concourent à une issue

favorable de l'accouchement ^[1]. Ils ont pour but de prévenir, dépister précocement et prendre en charge les

complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître et aussi d'accompagner la femme pendant la grossesse [3]. Actuellement, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande quatre visites et au moins huit contacts pendant la grossesse. Cependant, l'OMS part du principe que chaque pays adaptera ce modèle à son contexte [5]. Mais des difficultés persistent par rapport à certains indicateurs clés de la santé maternelle et infantile. En effet, malgré des efforts fournis, certaines femmes ne sont pas suivies pendant la grossesse ou ont un recours tardif à la CPN1, celle réalisée après le premier trimestre de la grossesse. D'après des études récentes, de 2005 à 2011 dans le monde, 55% des femmes ont bénéficié du nombre minimum de visites recommandées [6]. Aussi, la couverture d'au moins une CPN réalisée se répartit comme suit : 81% dans le monde, 70% en Afrique, et 92% en Amérique [6]. En 2010 en France, 100% des femmes enceintes ont au moins eu une visite prénatale [7]. Au Mali selon le rapport de l'EDS VI (Enquête Démographique et de Santé, 6^{ème} édition), la proportion de femmes ayant effectué quatre visites prénatales ou plus a augmenté de 30% en 2001 à 43 % en 2018. Selon la même source, 19,3% des femmes de 15-49 ans n'ont effectué aucune CPN et seulement 36 % ont eu une CPN1 avant quatre mois de grossesse [8]. Le pronostic des grossesses non ou mal suivies peut-être marqué par une morbidité maternelle, néonatale et périnatale importantes [2, 3]. Certaines de ces situations pourraient être évitées ou minimisées lorsqu'elles sont dépistées et prises en charge précocement, au cours d'une consultation ou d'un suivi prénatal régulier et de qualité. Peu de recherches explorent les difficultés liées à la réalisation de la CPN mais aussi la période du recours à la CPN 1 [12,13, 15]. Nous avons alors émis l'hypothèse d'existence de relation entre des facteurs socio-cliniques et l'absence de CPN ainsi que de CPN 1 tardive. Ainsi l'objet de ce travail était d'étudier les facteurs associés à la problématique de la CPN et l'enquête a concerné les gestantes, les mères d'enfants de moins de 06 mois et les agents de santé.

POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale conduite de juillet à décembre 2018, dans les districts sanitaires de Kita et San. Le district de San a une population totale de 448.552 habitants avec plus de 80% vivant en zone rurale. Il compte un centre de santé de référence et 30 centres de santé communautaire fonctionnels. Celui de Kita compte 35 aires de santé couvrant une population de 434.379 habitants dont la majorité vit en zone rurale. Le choix de ces districts repose sur leur faible taux de couverture en TPI (Traitement Préventif Intermittent) à la SP (Sulfadoxine-Pyriméthamine) mais aussi sur le fait de leur collaboration avec le Malaria Research and training Center (MRTC) dans le cadre de la recherche sur le paludisme pendant la grossesse.

Les femmes enceintes et non (dans le ménage), les femmes enceintes (participantes de CPN dans les structures de santé) et les agents de santé ont été enquêtés.

Au total, nous avons retenu 1280 femmes enceintes et femmes ayant un enfant de moins de 6 mois dans les ménages ; 531 femmes enceintes à l'observation et à l'interview. Dix-huit agents de santé dans les CSCom ont été choisis de façon raisonnée.

Nous nous sommes intéressés aux principales variables suivantes : Age, statut matrimonial, niveau d'instruction (participantes et/ou chef de ménage), occupation du chef de ménage, nombre de personnes dans le ménage, frais de transport (du domicile à la structure de CPN), moyens de transport, dépense majeure du ménage dans le mois, dépenses à la dernière CPN, présence ou non de la grossesse, gestité, parité, âge de la grossesse, nombre de CPN réalisées, réalisation de CPN, CPN1 tardive, qualification, années d'expérience dans le service, durée de travail par jour, nombre de jours de travail par semaine, complétude des tâches et activités dans la structure, nombre total de CPN réalisé à terme, temps passé au centre, travail ou occupation des gestantes, dépenses pour le transport, statut marital, fréquentation de l'école, première grossesse, nombre d'enfants, bénéfice d'assurance santé, activités de PTME –VIH (réalisation, local, counseling pré test), participation à la séance de "baroni" ou causerie.

Les résultats pour certaines variables quantitatives ont été exprimés en médiane avec les extrêmes et pour d'autres en moyenne (+/- écart type), en fonction du caractère normal de la distribution. Les résultats des variables catégorielles ont été exprimés en proportion.

Les données ont été initialement saisies sur tablettes puis sur ordinateurs. Après nettoyage, elles ont été recodées et analysées avec le logiciel SPSS version 25.

La régression logistique binaire avec analyse uni et multivariée, les tests d'ANOVA à 01 facteur et de Tukey ont été utilisés pour rechercher la relation entre les variables. Des odd ratio (OR) et leurs intervalles de confiance à 95 %, avec une différence considérée comme significative lorsque le p-value est inférieur à 5%, nous ont permis de mesurer l'association entre la CPN et d'autres variables. Le modèle final a été obtenu après application de la méthode pas-à-pas descendante et les résultats ont été confirmés par la méthode du pas-à-pas-ascendant.

Considérations éthiques

Le consentement éclairé écrit de tous les participants a été sollicité. Il a été demandé après explication du but et des procédures de l'étude en langues locales ou en français si nécessaire.

L'étude a inclus « les mineures émancipées » qui ont consenti directement. Au Mali, une personne de moins de 18 ans, enceinte et mariée est considérée comme « mineure émancipée » et peut consentir pour elle-même. Le consentement a été demandé auprès du chef de famille ou du tuteur légal pour les autres adolescentes.

Aucun participant ou centre de santé de l'étude n'a été identifié par son nom dans les rapports et publications à partir des informations collectées lors de l'étude.

Tous les identifiants personnels ont été enlevés lors de la saisie des données à l'ordinateur. Les formulaires de

collecte de données ont été gardés dans un endroit de stockage conforme aux règles de bonnes pratiques cliniques.

L'étude a eu l'approbation du comité d'éthique de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de l'Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

RÉSULTATS

Non-recours à la CPN

Parmi les raisons de non-réalisation de CPN (évoquées par les femmes non suivies) et les obstacles à la CPN

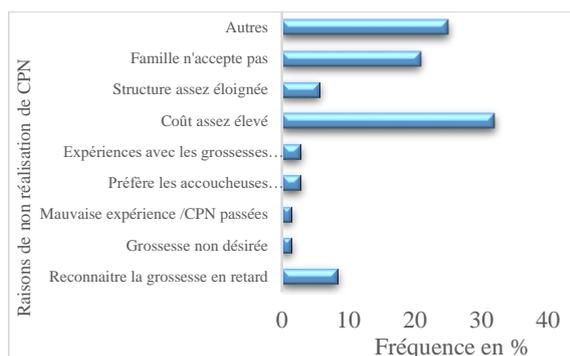


Figure 1 : Raisons de non-réalisation de la CPN

(recherchés chez toutes les participantes en général), les difficultés financières ont occupé le premier plan (Figure 1).

La question concernant les obstacles à la CPN intéresse toutes les enquêtées. Certaines participantes ont évoqué d'autres obstacles : manque d'argent, personnel de santé trop jeune, personnel de santé négligeant, mauvais accueil du personnel au centre, la tradition. D'autres ont signalé qu'elles ne connaissent pas d'obstacles ou qu'il n'y a même pas d'obstacles à la CPN dans leur localité (Figure 2).

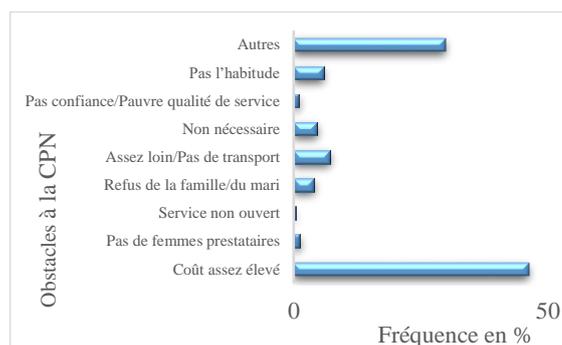


Figure 2 : Obstacles à la CPN

Facteurs associés à la non-réalisation de la CPN en analyse multivariée (Tableau 1)

Après analyse multivariée, les facteurs retrouvés ayant une association significative avec la réalisation de la CPN ont été surtout les facteurs individuels et les facteurs liés au système de santé : la gestité, les sources d'information concernant la SP et la MII comme moyen de prévention contre le paludisme ; le nombre d'enfants de moins de 5 ans. Ainsi, nos résultats ont révélé que :

- Après ajustement sur les autres variables (sources d'information concernant la SP, qualité de l'information reçue sur la MII comme moyen de prévention contre le paludisme, nombre d'enfants de moins de 5 ans) et comparées au groupe des primi-paucigestes, les multigestes (OR=3,907 [1,887-8,090], $p<0,001$) et les grandes multigestes (4,746 [2,298-9,803], $p<0,001$). avaient presque 4 fois plus de un risque chance plus élevé de ne pas recourir aux soins (respectivement OR ajusté à 3,907 et 4,746 ; IC : 1,887-8,090 et 2,298-9,803 ; $p=0,000$ et $p=0,000$).
- Comparées aux femmes ayant reçu des informations à travers des agents de santé et des médias sur la SP comme moyen de prévention du paludisme au cours de la grossesse et après ajustement pour sur les autres variables, les femmes n'ayant pas du tout été exposées à ces informations ont représenté 6,221 fois plus risque de ne pas faire de CPN (IC : 3,131-12,360, $p<0,001$) et $p=0,000$).
- Ajustées pour les sur les autres variables (gestité, sources d'information concernant la SP comme moyen de prévention contre le paludisme, nombre d'enfants de moins de 5 ans) et comparées aux gestantes ayant reçu des informations fiables sur la MII comme moyen de prévention du paludisme pendant la grossesse, celles dont les informations n'étaient pas fiables ont constitué plus de risque de ne pas intégrer les services de CPN (OR ajusté à 4,172 ; IC : 1,620-10,744 ; $p=0,003$).
- Ajustées sur les autres variables (gestité, sources d'information concernant la SP et qualité de l'information sur la MII comme moyen de prévention contre le paludisme) et comparées aux gestantes ayant plus d'un enfant de moins de 5 ans, celles qui ont 0 ou un enfant de moins de 5 ans ont présenté 3,759 fois plus de risque de ne pas recourir à la CPN (IC : 1,958-7,215 ; $p=0,000$).

Variables n (%)	Réalisation de CPN		OR ajusté	IC à 95%	p-value
	Oui	Non			
Gestité					
Primigeste-Paucigeste	127 (98,4)	2 (1,6)	1		
Multigeste	298 (92,5)	24 (7,5)	3,907	1,887-8,090	0,000
Grande multigeste	304 (92,7)	24 (7,3)	4,746	2,298-9,803	0,000
Source d'information/SP^a					
Agents de santé/Média	899 (97,9)	19 (2,1)	1		
Autres	18 (90)	2 (10)	2,223	0,406-12,184	0,357
Pas informée	274 (84,8)	49 (15,2)	6,221	3,131-12,360	0,000
Qualité information/MII^b					
Fiable	947 (97,1)	28 (2,9)	1		
Non fiable	48 (80)	12 (20)	4,172	1,620-10,744	0,003
Pas informée	187 (86,2)	30 (13,8)	1,718	0,867-3,405	0,121
Nombre d'enfants<5 ans					
≤ 1	587 (92)	51 (8)	3,759	1,958-7,215	0,000
>1	538 (97,5)	14 (2,5)	1		

a : C'est de savoir comment les participantes avaient des informations sur la SP comme moyen de prévention contre le paludisme pendant la grossesse. La rubrique « autres » est représentée par les accoucheuses traditionnelles, ami(e)s, parents, voisin (e)s

b : C'est de savoir comment les participantes avaient des informations sur la MII comme moyen de prévention contre le paludisme pendant la grossesse. L'information fiable représente celle fournie par les agents de santé et la non fiable, celle fournie par les accoucheuses traditionnelles, les ami(e)s, parents, voisin (e) s

Facteurs associés au recours tardif à la 1ère CPN en analyse multivariée (Tableau 2)

En analyse multivariée, nous avons retenu, après ajustement, que les variables ayant une relation statistiquement significative avec la CPN 1 tardive ont été la PTME et le nombre d'enfant par gestantes. Ainsi, les gestantes n'ayant pas bénéficié de séances de PTME ont présenté 4,623 fois plus de risque de se présenter tardivement à la 1^{ère} CPN, comparées à celles qui en ont bénéficié. De même, les gestantes ayant plus de 2 enfants présentaient 2,324 fois plus de risque de recourir tardivement à la CPN 1.

Variables n (%)	CPN1 tardive		OR ajusté	IC à 95%	p-value
	Non	Oui			
Réalisation PTME					
Oui	33 (14,7)	192 (85,3)	1		
Non	9 (3,2)	273 (96,8)	4,623	1,933-11,058	0,001
Nombre d'enfants					
≤ 2	22 (10,7)	184 (89,3)	1	1,028-5,256	0,043
>2	9 (5,0)	170 (95,0)	2,324		

Relation entre le nombre de CPN et la gestité (Tableau 3 ; Figure 3)

A partir des tests d'ANOVA à 1 facteur et de Tukey, nous avons confirmé que la gestité dans sa globalité a un impact sur le nombre de CPN et que surtout les primigestes font plus de CPN que les grandes multigestes.

Variables	Test utilisés	Valeur	p value
Fréquence CPN/Gestité	LEVENNE	1,528	0,206
	ANOVA à 01 facteur	-	0,022
	TUKEY (Primigeste vs grande multigeste)	0,791	0,014



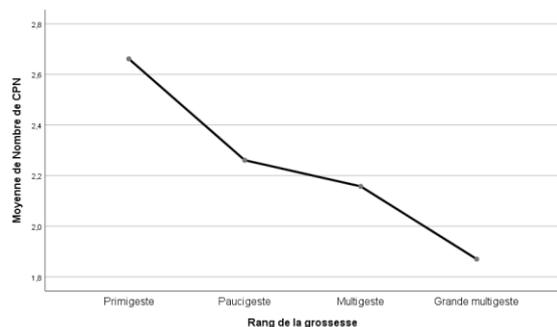


Figure 3 : Tracé de moyenne entre le nombre de CPN et la gestité

DISCUSSION

Facteurs associés à la non-réalisation de la CPN

Gestité

Les résultats de notre travail ont montré que le risque de ne pas recourir à la CPN augmente avec le rang de la grossesse, probablement à cause des expériences reçues pendant les grossesses ou accouchements passés comme certaines l'ont signalé parmi les causes de non-recours à la CPN. Cette tendance est différente de celle de RAKOTOMALALA P [11] qui trouve plutôt que les primigestes représentaient un risque de non-recours à la CPN ; mais proche de celle de BOUKAR H où la multiparité était un facteur de risque de non-recours à la CPN.

Source d'information sur la SP comme moyen de prévention du paludisme/grossesse

Les femmes non ou mal informées concernant la SP ont présenté plus de risque de ne pas recourir aux services de CPN comparées à celles ayant été informées par les agents de santé et les médias. En effet, l'école des mères ou les séances de causeries et les médias représentant un accès presque certain à la participation au suivi prénatal, celles qui n'en bénéficient pas ignoreront l'importance de la CPN et les risques de non recours. Ceci montre la nécessité et la qualité de l'information dans les canaux de communication sur la santé de reproduction en général et la CPN en particulier.

Qualité de l'information sur la MII

Il s'agit encore d'une crise d'information ou de la qualité d'information. Les bonnes informations concernant les moyens de prévention contre le paludisme pendant la grossesse ainsi que les risques de non-recours aux CPN sont fournies par les prestataires en général avant l'activité de CPN.

Nombres d'enfants de moins de 5 ans

Nos résultats ont montré que le risque de ne pas recourir à la CPN était plus élevé chez les participantes ayant 0 ou un enfant de moins de 5 ans que chez celles qui en ont plus d'un.

Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les participantes sans enfants ou ayant un enfant de moins de 5 ans ont peu d'expériences ou sont plus occupées à s'occuper de leurs enfants surtout s'ils sont assez jeunes ; et d'autre part par certains bénéfiques comme l'acquisition de MII pour chaque enfant lorsque les femmes intègrent la structure de santé.

Facteurs associés à la CPN 1 tardive

En analyse uni variée et multivariée, les facteurs ayant une relation statistiquement significative avec la CPN1 tardive ont été : la réalisation de la PTME et le nombre d'enfants. En effet : les participantes n'ayant pas bénéficié de la séance de PTME (dépistage, conseils) ont aussi manqué à beaucoup d'informations concernant la nécessité du suivi prénatal. De même celles ayant plus d'enfant ont prétexté avoir moins de temps à cause de la charge pour venir se faire consulter tôt surtout si elles "ne présentent pas de signes de maladie" au début.

Ainsi ni l'âge, ni la fréquentation de l'école n'ont été significativement associés à un recours tardif à la CPN 1 dans notre étude contrairement à celle de P NDIAYE [16] (âge < 18 ou > 34 ans dans 28% des cas ; femme illettrée dans 72% des cas) et de MAFUTA EM [17] (âge ≥ 35 ans).

Limite de l'étude

Les résultats de notre étude ont été obtenus à partir des données d'un travail de recherche sur l'identification des obstacles liés à l'utilisation des services de CPN et TPI dans les districts sanitaires de Kita et de San. Les principales situations ayant limité notre recherche ont été :

- Impossibilité d'explorer dans notre modèle de régression certains facteurs retrouvés dans la littérature comme pouvant être associés à la CPN1 tardive ou à l'absence de CPN à savoir certains déterminants socio-économiques comme le revenu du ménage, la distance et la durée du trajet du domicile à la structure de soins ; certains déterminants personnels comme la perception des CPN [11,12,13, 15].
- Impossibilité d'évaluer la relation entre la réalisation de la CPN et certaines variables dans le modèle de régression logistique à cause de données manquantes importantes mais surtout de la présence d'un seul bras de renseignement. Ces variables étaient : la distance et la durée du trajet du domicile à la structure de soins, les moyens de déplacement du domicile à la structure de santé, et surtout la somme d'argent dépensée à la dernière CPN pour évaluer le coût de la CPN. Cette dernière entité a en effet été citée dans les résultats descriptifs comme obstacle principal à la CPN par les participantes dans les ménages.

CONCLUSION

Les principaux obstacles et/ou les raisons de non-recours à la consultation prénatale retrouvés ont été : le coût assez élevé, l'éloignement de la structure, la réticence de la famille, la non nécessité, l'absence ou la non-disponibilité du personnel soignant féminin.

Quant aux facteurs associés à la non-réalisation de CPN, nous avons retrouvé : l'absence d'instruction du chef de ménage, les multigestes et les grandes multigestes, l'ATCD d'avortement, le fait d'avoir 0 ou un enfant de moins de 5 ans, la non possession de moustiquaires, les informations non fiables et l'absence d'information par rapport à la MII comme moyen de prévention du paludisme pendant la grossesse, l'absence d'information ou les sources non authentiques par rapport à la SP comme moyen de prévention du paludisme pendant la grossesse. Par rapport à la CPNI tardive, les facteurs ayant une relation significative ont été : les femmes n'ayant pas bénéficié de l'approche PTME et les femmes ayant plus de deux enfants.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de ce document.

REMERCIEMENTS

Fond mondial à travers PSI

Le Programme National de lutte contre le paludisme

REFERENCES

1. Ministère de la santé et des affaires sociales, Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Sous-Direction de la Santé de Reproduction du Mali. Politiques et Normes des services de santé de la reproduction. Mali ; 2019 juin p. 121.
2. Traoré Y, Tégoué I, Théra A, Mulba J, Mounkoro N, Diarra I, et al. Socio-demographic and pronostic aspects of unfollowed pregnancies of patients admitted in the departement of Gynaecology-Obstétric of Gabriel Touré Hospital. Mali Méd. 2007 ; XXII (2) :5.
3. Maleya A, Kakudji YK, Mwazaz RM, Nsambi JB, Ngwej HI, Mukuku O, et al. Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan Afr Med J. 29 mai 2019 ;33 :15.
4. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 2017 [cité 3 sept 2020]. 180 p. Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/
5. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive : résumé. Grandes lignes et messages clés des Recommandations 2016 de l'Organisation mondiale de la Santé pour les soins prénatals systématiques. 2018 janv. p. 14.
6. Organisation mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2012. [Internet]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2012 [cité 3 sept 2020]. 178 p. Disponible sur : https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/fr/
7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. oct 2011;(775):8.

8. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement (CPS/SS-DS-PF) et ICF. Enquête Démographique et de Santé 2018 [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur : <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3526>
9. Dao SZ, Traoré B, Sidibé K, Konaté S, Togo E, Coulibaly A, et al. Problématique des grossesses non suivies en commune II de Bamako, Mali. Journal of african clinical cases and reviews. 2020 ;7.
10. Organisation des Nations Unies (ONU), Département des affaires économiques et sociales, Division de Statistique. Livret de poche des statistiques mondiales 2018 [Internet]. New York : United Nations Publications ; 2108. 283 p. Disponible sur : <https://unstats.un.org/unsd/publications/pocketbook/files/FR-world-stats-pocketbook-2018.pdf>
11. Rakotomalala HP. Absence de consultations prénatales : Facteurs favorisant et complications lors de l'accouchement au CENHOSOA. [Internet]. [Madagascar] : Université d'Antananarivo, Faculté de Médecine ; 2012 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur : http://biblio.univ-antananarivo.mg/pdfs/rakotomalalaHajanirinaP_MED_DOC_12.pdf
12. Niang M, Dupéré S, Bédard E. Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. CAIRN INFO. 2015 ;405-14.
13. Kodjo B. Déterminants du recours précoce aux soins prénatals au Mali [Internet]. [Mali] : Université de Bordeaux ; 2020 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur : http://www.miselimali.org/fs/FBR/eipvd-Bassabi_Kodjo.pdf
14. Ntololo R. La non-utilisation de services de santé en RD Congo : une analyse de l'enquête démographique et de santé 2013-2014 [Internet]. [République Démocratique du Congo] : Université Catholique de Louvain ; 2019 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur : [file:///C:/Users/USHER/Downloads/Ntololo_58480100_2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USHER/Downloads/Ntololo_58480100_2019%20(1).pdf)
15. Boukar H. Facteurs associés à la non fréquentation des services de consultations prénatales à l'Extrême nord, cas du district de santé de Maroua II. J Med Heath Sci [Internet]. 2018 [cité 8 sept 2020] ; Disponible sur : <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/720>
16. N'Diaye P, Dia AT, Diediou A, Dieye EHL, Dione DA. Déterminants socioculturels du retard de la 1re consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. Sante Publique (Bucur). 2005 ; Vol. 17(4) :531-8.
17. Em M, Pk K. 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. Ann Afr Med. 2011 ;4 :11.
18. Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Masson, 6ème. Paris ; 2001. 597 p.
19. Samake A, Traore SO, Keita M, Albachar H, Traoré OM, Diallo M, et al. Grossesses non suivies : Pronostic maternel et périnatal au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Health Sci Dis. 11 janv. 2020 ;21(2).
20. Leboucher L, Voisin M-J. Introduction à la statistique descriptive. CÉPADUÈS-ÉDITIONS. Toulouse – France ; 2011. 207 p.
21. Saizonou, J, Agueh, DV, Aguemon, B, Adé VM, Assavedo S, Makoutodé M. Évaluation de la qualité des services de consultations prénatales recentrées à l'hôpital de district de SURU-LÉRÉ au Bénin. CAIRN INFO. 2014 ;249 à 257.