RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

Année : 2022 **N° : 2480**

FACTEURS ASSOCIES AU RETARD A LA PREMIÈRE CONSULTATION PRÉNATALE DES GESTANTES VUES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ZONE ABOMEY-CALAVI/SO-AVA AU BÉNIN EN 2022

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)

Par

LALEYE Procéduis Crédo

Né le 22 Octobre 1996 à Cotonou (République du Bénin)

Directrice de thèse

Pr TSHABU AGUEMON Christiane

Co-Directeur de thèse

MCA OGOUDJOBI O. Mathieu

Président du Jury

Pr HOUNKPATIN Benjamin

Membres du Jury

Pr TSHABU AGUEMON Christiane

MCA OGOUDJOBI O. Mathieu

MCA KLIKPO Elvyre

Année académique 2021-2022

Liste du personnel enseignant

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

[3]

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine:.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

[4]

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médessè David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

ADOPTE 2022

[5]

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

NOVEMBRE 2022

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

Dédicaces

« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse …

❖ A ma Mère GUEYE Habibe Assiba

Maman, je ne trouverai jamais de mots pour vous exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et surtout pour votre présence dans les moments les plus difficiles. Vous aviez été tout pour moi. Si j'en suis arrivé là, ce n'est que grâce à vous ma maman adorée. Une vie entière ne suffirait à vous rendre cet amour et dévotion. Vous êtes mon exemple dans la vie. Vous êtes la lanterne qui éclaire ma voie. Ce modeste travail parait bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la fierté d'être le fils. Longue vie à vous maman. Puisse Dieu vous protéger et m'aider à vous rendre ne serait-ce qu'un bout de tout ce que vous aviez pu m'offrir.

❖ A mon Papa ZOCLI Dah ALLAWENON

Vous m'avez pris depuis le bas âge, vous avez assuré pleinement ce rôle de papa dans ma vie. Vous étiez là du début jusqu'à la fin. Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour, estime et respect que j'ai pour vous. Pour tous les sacrifices que vous aviez consentis et pour l'éducation que vous m'avez inculquée. Vous avez toujours été un exemple à suivre. Ce travail est votre œuvre, vous qui m'aviez donné tant de choses et continué à le faire. Grâce à vous je deviens médecin. Que Dieu vous protège et vous prête longue vie.

- **A mon oncle KINDOHO Déo-Gratias**

Je me souviens encore de ce jour où vous m'avez amené pour la première fois à la faculté pour m'aider à rédiger ma lettre de demande d'inscription. Vous m'avez toujours soutenu et accompagné dans mes études. Vous êtes un modèle et un exemple pour moi. Ce modeste travail témoigne du respect et la gratitude que je vous dois pour les sacrifices et aides consentis pour me permettre de réaliser mon rêve d'être médecin. Merci Tonton ! Que le tout puissant vous récompense.

- **A ma grande mère Feue DELE Théodora**

Les mots me manquent pour exprimer ma joie et ma fierté pour avoir eu une grande mère comme vous. Votre petit fils est médecin. Merci pour votre assistance depuis les cieux. Reposez en paix.

- **A mes oncles GBEGBE Rodrigue et LALEYE Aimé et à ma tante KINDOHO Aurore**

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération, j'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard et soit la preuve du désir que j'ai de vous honorer. Merci pour votre soutien.

- **A mes frères et sœurs : Roslain, Benny, Richis, Kèmi, Fèmi, Dora, Yannick…**

Les mots ne sauraient exprimer l'étendue de l'affection que j'ai pour vous et ma gratitude. Que Dieu vous bénisse et vous protège.

- **A ma chérie Armande**

Trouve en ce document le réconfort de mes absences à tes cotés et le fruit de nos efforts communs. Ton soutien était nécessaire à son aboutissement et sois en fière.

- **A OUSSOU José**

Cher ami j'y suis que dis-je on y est. Merci pour tout. Que Dieu nous bénisse et belle carrière à nous.

- **A tous mes collègues de stage interné en particulier** : Chancelle, Yézid, Benjamine

Nous avons vécu ensemble l'une des années les plus marquantes de notre formation médicale. Brillante carrière à vous.

- **A tous mes collègues de la 44ème promotion de médecine à la FSS**

Une promotion spéciale. Vous m'étiez d'un grand soutien tout long de mes études. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mon respect et de ma considération.

- **A tous mes amis du collège** : Frenet, Ulrich, Alix, Habib, Hermione, Zita, Elfreed …

Merci pour tout ce que vous m'aviez fait pour l'aboutissement de ce travail.

Remerciements

Mes sincères remerciements

- **A l'Eternel**, mon Dieu, le Tout puissant de m'avoir aidé à arriver au bout de mes études de médecine, lui qui m'a permis d'intégrer cette faculté, ma accompagné durant tout le parcours jusqu'à la fin. Louange et gratitude infinie au Père Céleste !
- **A toutes les gestantes enquêtées** en particulier celles qui ont accepté de consacrer un bout de leur temps à l'étude.

Profonde gratitude !

- **A Dr TAIROU KAKI Adama**, Médecin Chef du service de Gynécologie Obstétrique du CHUZ-AS

Vous nous avez accueilli et accepté le déroulement de nos travaux de recherche dans votre service. Puisse cette thèse vous gratifier de ma reconnaissance infinie.

Profonde gratitude !

- **Aux personnels de la maternité du CHUZ-AS** en particulier ceux de la consultation prénatale. Ce travail est le fruit de beaucoup d'effort et de sacrifices rendus possibles grâce à la considération et l'implication que vous accordée à cette étude. Recevez mes chaleureux remerciements.

Profonde gratitude !

- **A nos Chers Maitres Professeur LALEYE Anatole et MCA AKPADJAN Fabrice**

Grâce à votre aide j'ai pu faire partir des étudiants de la FSS. Trouvez en ce travail mon profond respect et mes sincères remerciements**.**

Profonde gratitude !

- **A Dr ADJALLA Bertrand** pour son accompagnement depuis la première année jusqu'à maintenant.

Gratitude infinie !

- **A Monsieur HINDOHOUENOU Hilaire**

  Merci pour tout le soutien moral que vous m'aviez apporté depuis que je vous ai connu.
- **Aux Docteurs Domingo, Gaméliel, Rébecca, Constant** merci à vous pour votre accompagnement dans diverses matières à la faculté.
- **A TALON Pascal ,** notre cadet qui a tout laissé pour nous aider dans la collecte des données. Infiniment merci que Dieu t'assiste dans la bonne suite de ta formation médicale.
- **A l'équipe de la clinique pôle santé,** recevez le témoignage de ma gratitude.
- **Un citateur de nom étant candidat à l'oubli, alors mes sincères reconnaissances et remerciements à tous ceux qui m'ont soutenu d'une manière ou d'une autre**.

Je vous dis infiniment merci !

Hommages

❖ A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Tout au long de notre formation médicale, vous nous avez appris aussi bien la précision clinique, le sens de l'urgence et l'efficacité, que le respect du malade. Vous nous avez enseigné les bonnes conduites d'un médecin en famille et en société. En reconnaissance de la qualité de l'enseignement que nous avons reçu de vous, acceptez chers maitres notre profonde gratitude.

Hommage respectueux !

❖ A notre Maître et directrice de thèse, Professeur Titulaire Christiane TSHABU AGUEMON

Cher Maître,

C'est un grand privilège pour nous de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect et font de vous un maitre de référence. Nous apprécions en vous la femme de science modeste qui reste un espoir pour nous, la jeune génération. Votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile joint à vos connaissances scientifiques font de vous un maître hautement respecté. Merci beaucoup pour la promptitude avec laquelle vous avez toujours répondu à nos nombreuses préoccupations malgré vos nombreuses occupations. Merci pour votre patience et votre calme. Au-delà d'un maître, vous avez été une mère. Merci beaucoup pour tout.

Veuillez retrouver dans ce travail, cher maître, le témoignage de notre profonde admiration. Que Dieu vous bénisse abondamment.

❖ A notre Maître et co-directeur de thèse, Maître de Conférence Agrégé Mathieu O. OGOUDJOBI

Cher maître,

Ce travail est avant tout le fruit de vos efforts. Nous avons apprécié la promptitude et l'engagement par lesquels vous avez accepté de co- dirigé ce travail. Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter ma grande estime. Merci pour votre soutien et les conseils que vous m'avez prodigués. Veuillez trouver ici, l'assurance de mon profond respect, ma profonde admiration et ma sincère gratitude pour avoir guidé les premiers pas de ma carrière.

Hommages respectueux !

❖ A notre Président du Jury

Honorable maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous restons persuadés que vos remarques et conseils contribueront à parfaire ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux !

❖ Aux honorables membres du Jury

Vous nous avez honoré en acceptant de siéger pour notre jury de soutenance de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements. Vos corrections seront rigoureusement prises en compte.

Hommages respectueux !

Liste des abréviations, acronymes et sigles

AA	:	Accoucheuse Auxiliaire
AgHBs	:	Antigène de surface du virus de l'Hépatite B
ARCH	:	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
AS	:	Aide-Soignante
ASACO	:	Association de Santé Communautaire
ATCD	:	Antécédent
CCC	:	Communication pour un Changement de Comportement
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CHUZ-AS	:	Centre Hospitalier Universitaire de Zone Abomey-calavi Sô-Ava
CIP	:	Communication Interpersonnelle
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CPN	:	Consultation Prénatale
CPN1	:	Première Consultation Prénatale
CS	:	Centre de Santé
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire
CVO	:	Crise Vaso-Occlusive
DDR	:	Date des Dernière Règle
DSF	:	Direction de la Santé de la Famille
ECBU	:	Examen Cytobactériologique des Urines
EDS-1	:	Enquête Démographique et de Santé 1

EDS-3	:	Enquête Démographique et de Santé 3
EDS-5	:	Enquête Démographique et de Santé 5
ET	:	Ecart Type
GE	:	Gestante Enquêtée
GEU	:	Grossesse Extra Utérine
HCG	:	Human Chorionic Gonadotropin/Gonadotrophine Chorionique Humaine
HTA	:	Hypertension Artérielle
IC	:	Intervalle de Confiance
ICP	:	Infirmier(e) Chef de Poste
IDE	:	Infirmier Diplômé(e) d'Etat
IEC	:	Information Education Communication
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
MDE	:	Médecin Diplômé d'Etat
MIILDA	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
ODD	:	Objectifs de Développement Durable
OMD-5	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement 5
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PV	:	Prélèvement Vaginal
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SFE	:	Sage-Femme d'Etat

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

SP : Sulfadoxine pyriméthamine

VIH : Virus de l'Immuno-Déficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I	:	Répartition des gestantes enquêtées selon la tranche d'âge, profession, niveau d'instruction et la taille du ménage à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (Nombre=335).	48
Tableau II	:	Répartition des gestantes enquêtées selon la distance entre la résidence et l'hôpital de zone, régime matrimonial, religion, revenu mensuel à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335).	49
Tableau III	:	Répartition des gestantes enquêtées selon la profession du conjoint et de son niveau d'instruction à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)	50
Tableau IV	:	Répartition des gestantes enquêtées selon les pratiques traditionnelles avant la CPN, le type de pratique et donneur d'ordre pour la CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022	51
Tableau V	:	Répartition des gestantes enquêtées selon la gestité, parité et âge de la grossesse actuelle à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)	52
Tableau VI	:	Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance du nombre de CPN recommandé au cours de la grossesse à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (No=335)	54
Tableau VII	:	Répartition des gestantes selon les avantages de la CPN au 1er trimestre de la grossesse à la maternité du CHUZ-AS,2022 (N=335)	55
Tableau VIII	:	Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des signes d'alerte au cours de la grossesse et maladies à prévenir lors de la CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)	56

Tableau IX : Répartition des gestantes enquêtées selon le temps d'attente lors des CPN et l'appréciation de l'accueil à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335) 57

Tableau X : Répartition des gestantes enquêtées selon la réception d'informations sur l'évolution de la grossesse, convenance du jour de RDV, des heures de CPN, heures de CPN souhaitées et participation aux séances de sensibilisation à la maternité du CHUZ-AS, 2022 58

Tableau XI : Répartition des gestantes selon les causes du recours tardif à la CPN1 et les propositions de solution pour améliorer la fréquentation des services prénatals au premier trimestre de la grossesse à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335) 59

Tableau XII : Répartition des prestataires enquêtés selon la qualification professionnelle, l'ancienneté dans l'exercice et à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=16) 60

Tableau XIII : Répartition des prestataires selon le fait d'être formé sur la CPN, temps de formation et connaissance des objectifs de la CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022(N=16) 61

Tableau XIV : Répartition des prestataires selon les maladies à prévenir lors de la CPN et les signes de gravité au cours de la grossesse au premier trimestre à la maternité du CHUZ-AS, 2022(N=16) 63

Tableau XV : Répartition des prestataires selon la connaissance sur les complications et les signes d'alerte au cours de la grossesse au premier trimestre à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=16) 64

Tableau XVI : Répartition des prestataires enquêtées selon les raisons du retard des gestantes à la CPN1 et les suggestions pour améliorer la 65

fréquentation des services de CPN au premier trimestre la grossesse à la maternité du CHUZ-AS, 2022(N=16)

Tableau XVII : Répartition des éléments d'observation sur l'organisation des services de CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 67

Tableau XVIII : Répartition des éléments observés sur l'accueil des femmes lors de la consultation à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=10) 68

Tableau XIX : Répartition des éléments observés sur la communication interpersonnelle à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=10) 69

Tableau XX : Répartition des gestantes par tranche d'âge, profession et niveau d'instruction en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 70

Tableau XXI : Répartition des gestantes par résidence, régime matrimonial et revenu mensuel en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 71

Tableau XXII : Répartition des gestantes par la profession du conjoint et son niveau d'instruction en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 72

Tableau XXIII : Répartition des gestantes par la profession du conjoint et son niveau d'instruction en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 73

Tableau XXIV : Répartition des gestantes par gestité, parité et l'âge gestationnel en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 74

Tableau XXV : Analyse multivariée : régression logistique binaire des facteurs du retard à la première CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 77

Liste des figures

Figure 1 : Réseau veineux mammaire sous-cutané appelé « réseau de Haller » 17

Figure 2 : Réseau veineux mammaire sous-cutané appelé « réseau de Haller » 17

Figure 3 : Cadre conceptuel 29

Figure 4 : Carte du département de L'Atlantique 32

Figure 5 : Carte de la commune d'Abomey-Calavi 33

Figure 6 : Schéma du flux des cas enquêtées lors de la collecte des données à la maternité du CHUZ-AS, 2022 47

Figure 7 : Répartition des gestantes enquêtées selon le terme de la grossesse à la première CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 53

Figure 8 : Répartition des gestantes enquêtées selon les signes de gravité et complications pendant les 3 premiers mois de la grossesse à la maternité du CHUZ-AS, 2022 54

Sommaire

Introduction 1

1. Problématique 4

2. Généralités 8

3. Cadre et méthode d'étude 29

4. Résultats 46

5. Discussion 78

Conclusion 106

Suggestions 108

Références 111

Annexe ..... a

Table des matières ..... b

Introduction

La consultation prénatale (CPN) est le moment où la gestante entre en contact avec le personnel soignant qualifié. Elle permet de dépister les risques majeurs pour lesquels les actions sont possibles, de prévenir et de prendre en charge les affections susceptibles de menacer la santé de la mère et de l'enfant. Elle aide à conseiller et informer les gestantes et leur famille. Elle est reconnue comme étant l'un des principaux piliers de la lutte contre la mortalité/morbidité maternelle et périnatale **[1]**.

Pour un suivi correct des grossesses non compliquées ; le modèle 2002 de soins prénatals focalisés de l'OMS recommande au moins quatre visites de soins prénatals, la première visite devrait avoir lieu avant la 16ème semaine de gestation. Ce modèle a été remplacé par le modèle OMS 2016 où un minimum de 8 " contact" prénatals est recommandé **[4].**

Dans le monde 64% seulement des gestantes bénéficient de soins prénatals au moins quatre fois pendant la grossesse **[2].** Dans les pays développés 99% des gestantes reçoivent des soins prénatals de qualité tandis que dans les pays en développement cette proportion est de 1% **[3]**.

Nombreuses sont les femmes, en particulier en Afrique subsaharienne qui n'accèdent pas aux services de soins prénatals au cours du 1er trimestre de la grossesse ou n'y assistent qu'une seule fois (8%) ou alors ne commencent leurs visites qu'aux 2ème (73,6%) ou au 3ème (26,4%) trimestres **[5]**.

Au Bénin, selon l'enquête démographique et de santé (EDS-5), un peu plus de la moitié (52%) des femmes ont effectué au moins quatre visites prénatales. Ce pourcentage de 52% a nettement diminué par rapport à celui de 2001 qui était de (62%). Par contre dans la même période, le pourcentage des femmes qui ont effectué leur première visite à moins de 4 mois de grossesse a augmenté passant de 37% à

51% en 2018. La couverture en soins prénatals est meilleure en milieu urbain que rural (90 contre 79%). Cette proportion varie également selon le département de résidence de la gestante. De même, en milieu rural, le pourcentage des gestantes qui n'ont effectué aucune consultation prénatale est 02 fois élevé qu'en milieu urbain (13,8% contre 6,4%). Seulement 46,4% ont effectué leur première CPN avant 4 mois de grossesse en milieu rural contre 57% en milieu urbain **[5].**

1. Problématique

Énoncé du problème

Plusieurs études ont démontré le lien entre le suivi de la grossesse et la survenue des complications liées à la grossesse. Ainsi, selon une étude réalisée au Mali en 2017, les patientes non suivies comparées à celles qui avaient effectuées la CPN avaient un risque élevé de complication obstétricale. Cette différence était statistiquement significative. Les enfants de ces gestantes avaient aussi un risque plus élevé de décès néonatal précoce ; de dépression chez le nouveau-né (Score d'Apgar<8) et de transfert en néonatologie **[6]**. Une autre étude réalisée en 2009 au Mali a établi un lien entre le nombre de CPN réalisée et les complications maternelles observées dans les suites de couches. La proportion de ces complications était : suppuration pariétale = 60% ; anémie = 63% ; hémorragie= 53% chez les gestantes non suivies contre Suppuration pariétale=10% ; Anémie=0% ; Hémorragie=12% dans les cas où le nombre de CPN atteignait ou dépassait 3 **[7]**.

En 1990, l'OMS a estimé au plan mondial le ratio de mortalité maternelle à 385 décès maternels pour 100000 naissances vivantes, soit 532000 décès maternels par an. Ce ratio est passé en 2015 à 216 décès maternels par an, soit une baisse de 43% entre 1990 et 2015 contre un pourcentage attendu de 75% pour l'OMD5. Près des deux tiers (2/3) des décès actuels surviennent en Afrique subsaharienne avec 195000 décès maternels par an et un ratio de 546 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Au Bénin, le ratio de mortalité maternelle est passé de 498 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en 1996 (EDS-1) à 397 en 2006 (EDS-3) et à 391 en 2018 (EDS-5). Il a été conclu qu'entre 1990 et 2015, le Bénin n'a fait de progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle **[8].**

En septembre 2015 au sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après 2015, les pays se sont engagés à œuvrer

pour faire baisser le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 décès maternels pour cent mille naissances vivantes à l'horizon 2030. Aucun pays ne doit être au-dessus du double de cette cible soit 140. Pour atteindre ces objectifs il y faudra permettre aux femmes enceintes de bien suivre leur grossesse en vue de dépister tôt d'éventuelles complications[2] pour une prise en charge précoce. Pour cela il faudra que les gestantes débutent tôt le suivi de la grossesse idéalement au premier trimestre. Malheureusement le taux de suivi de la grossesse au premier trimestre reste assez faible au Bénin au premier trimestre et ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

Dans l'optique de contribuer à l'atteinte des objectifs de l'OMS au Bénin à l'horizon 2030, nous nous sommes proposés de rechercher les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava (CHUZ-AS).

Objectif général

L'objectif général de ce travail était d'étudier les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava au Bénin en 2022.

Objectifs spécifiques

Spécifiquement il s'agissait :

1. Décrire les caractéristiques socio-démographiques des gestantes enquêtées ;
2. Identifier les facteurs socio-culturels influençant le retard à la première consultation prénatale (CPN1) des gestantes ;
3. Déterminer les facteurs liés au service de CPN à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava (CHUZ-AS) pouvant influencer la première consultation prénatale au premier trimestre par les gestantes ;
4. Reconnaitre les facteurs d'impact négatif sur la relation soignants et gestantes au CHUZ-AS.

2. Généralités

2.1 Définition des concepts

- **Facteur**

Selon le dictionnaire Larousse, un facteur est défini comme « un agent, élément qui concourt à un résultat ; cause ; un facteur de succès. S'emploie suivi d'un nom apposé pour indiquer l'élément déterminant qui intervient dans le résultat, dans l'événement : « le facteur chance n'a pas joué cette fois-ci ». Pour l'académie française, il s'agit de « ce qui joue un rôle dans l'apparition d'un phénomène, le déroulement d'un processus » et aussi « chacun des éléments qui concourent à un résultat » **[9]**. Selon le Nouveau Petit Robert**,** ce sont des éléments d'ordre social, organisationnel, culturel, qui contribuent à l'apparition, au maintien, ou au développement d'un phénomène **[10].**

Dans le cadre de notre étude, les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale, sont les facteurs liés à la femme elle-même c'est-à-dire ses caractéristiques personnelles, à la société, au personnel de santé, au service de CPN qui expliquent les raisons de la première consultation prénatale tardive.

- **Facteurs socioculturels**

Selon le dictionnaire Universel Francophone, édition 1997, le facteur socioculturel est un facteur qui concerne à la fois une société ou un groupe social et la culture qui lui est propre. L'action socioculturelle est l'utilisation des moyens culturels pour transformer une situation sociale. Pour cette étude, le concept de « facteurs socioculturels », renvoie aux éléments culturels en relation avec l'environnement social, liés à nos enquêtés qui pourraient augmenter les consultations prénatales après le 1er trimestre de grossesse **[5]**.

- **Facteurs sociodémographiques**

Selon le dictionnaire Larousse, ce sont des traits dominants, ce qui constitue la particularité, le caractère distinctif de quelqu'un ou de quelque chose. Les caractéristiques sociodémographiques d'un individu sont les traits aussi bien sociaux que démographiques de cet individu **[11].** Dans le cadre de notre étude, il s'agit de la répartition de la population selon les structures démographiques et sociales notamment l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, lareligion, le lieu de résidence, la profession...

- **Facteurs économiques**

Selon le Dictionnaire Larousse, ce sont l'ensemble des activités d'une collectivité humaine relative à la production, à la distribution et la consommation des richesses ; système régissant ces activités. Dans notre étude, il s'agit des revenus mensuels des femmes enceintes où chacune d'elle va nous donner ce qu'elle gagne approximativement en un mois.

- **Première consultation prénatale :** il s'agit du premier contact de la gestante avec le personnel soignant qualifié.

- **Première consultation prénatale précoce :** première visite prénatale avant la 16ème semaine d'aménorrhée **[12]**. C'est la consultation du premier trimestre qui est effectuée dans les 15 premières semaines d'aménorrhée.
- **Retard à la première consultation prénatale :** première visite de consultation prénatale commencée après 16 semaines d'aménorrhée **[12]**.

2.2 Rappels sur la première consultation prénatale (CPN)

2.2.1 Objectifs de la consultation prénatale (CPN)

La consultation prénatale est un ensemble d'activités qui consistent à consulter une femme enceinte en vue de faire le diagnostic de la grossesse, surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, du fœtus ; surveiller le développement du fœtus ; dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ; préparer l'accouchement et faire le diagnostic du travail ; faire le pronostic de l'accouchement ; et enfin éduquer et informer les mères **[13]**.

Pour cela des objectifs spécifiques sont fixés selon le terme de la grossesse.

2.2.1.1 Objectifs de la CPN au premier trimestre de la grossesse

Il s'agit de :

- Diagnostiquer et dater la grossesse ;
- Évaluer le terrain en recherchant les pathologies éventuelles associées à la grossesse et les facteurs de risques (médicaux, gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux et sociaux, environnementaux et psychologiques) ;
- Faire le pronostic de la grossesse ;
- Établir le plan de suivi de la grossesse ;
- Déclarer la grossesse selon un formulaire remis à la gestante ;
- Renseigner la femme sur les signes de danger (saignements vaginaux, difficultés respiratoires, fièvre, asthénie physique intense, douleurs abdominales insupportables, maux de tête prononcés, vision trouble, vertiges, bourdonnements d'oreilles, convulsions, perte de conscience,

douleurs de l'accouchement avant la 37ème semaine d'aménorrhée ; disparition des mouvements fœtaux) et les conseils d'hygiène de vie **[14]**.

2.2.1.2 Objectifs de la CPN au deuxième trimestre

- Faire le pronostic de la grossesse
- Rechercher les facteurs de risque de son interruption avant terme

2.2.1.3 Objectifs de la CPN au troisième trimestre

- Etablir le pronostic de l'accouchement
- Etablir le plan de l'accouchement

2.2.1.4 Objectifs des consultations du 8ème et du 9ème mois

Les consultations du 8ème et du 9ème mois sont réalisées obligatoirement par l'équipe obstétricale qui prend en charge l'accouchement :

- Évaluer l'évolutivité de la grossesse
- Établir le pronostic obstétrical de l'accouchement
- Prévoir les modalités de l'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence **[14]**.

2.2.2 Examen clinique de la première CPN

La période indiquée est avant 14 SA. Il est recommandé que la première consultation prénatale ait lieu avant 10 SA suivi d'une consultation par mois soit 7 à 8 consultations prénatales obligatoires au total.

2.2.2.1 Accueillir la femme avec respect et amabilité

Il s'agit successivement de saluer chaleureusement la femme, souhaiter la bienvenue, lui offrir un siège, se présenter à la femme, demander son nom, assurer la confidentialité, informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) tout en recevant ces femmes dans la salle de CPN par ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.

2.2.2.2 Procéder à l'interrogatoire /enregistrement

2.2.2.2.1 Renseignements généraux

Recueillir les informations sur l'identité de la gestante, du conjoint et d'une tierce personne à qui se référer pour la gestante (Nom, prénom, âge, nationalité, ethnie, profession, religion, adresse complète avec numéro de téléphone précisé, situation matrimoniale pour faire la transition sur le conjoint) ; pour le **Conjoint** (Nom, prénom, âge, nationalité, ethnie, profession, religion adresse complète avec numéro de téléphone précisé) ; pour la **tierce personne à qui se référer,** désignée par la patiente, à qui on pourra faire le point de son état de santé ou qui sera garant de certaines décisions au besoin dont on précisera le Nom, le prénom, la filialité avec la patiente et l'adresse complète.

2.2.2.2.2 Motif de la consultation

Il s'agit d'une femme venue à la CPN1 après le constat d'une aménorrhée secondaire franche, antérieurement bien réglée et ou avec un test biologique de grossesse positif (le plus souvent urinaire).

2.2.2.2.3 Anamnèse

Il s'agit de caractériser l'aménorrhée secondaire franche chez une femme ayant antérieurement ses menstrues à un rythme régulier tout en précisant la date des dernières règles (DDR), sa durée et de rechercher la notion de rapport sexuel

fécondant ainsi que les signes sympathiques de la grossesse inconstants tels que la tension mammaire, les troubles digestifs (nausées, vomissements, inappétence, sialorrhée), les troubles urinaires (pollakiurie, pesanteur pelvienne) et des signes neuropsychiques (insomnie, somnolence, la nervosité…). Il faut rechercher également des signes pathologiques associés (saignement génital, signes de menace d'avortement…).

2.2.2.2.4 Etude des Antécédents

Il s'agit de rechercher les antécédents en vue d'établir des liens avec le présent état de la gestante afin de mettre en œuvre des mesures préventives pour anticiper la prise en charge de certaines complications en rapport avec les tares associées. C'est ainsi dire que le but de cette partie est d'analyser le terrain. L'étude des antécédents commence par celle des :

Antécédents personnels à la recherche, **premièrement**, des **antécédents obstétricaux** tels que le statut obstétrical en demandant la gestité, la parité, en recherchant le nombre de fausse(s) couche(s) (spontanée(s) ou provoquée(s), le nombre d'enfant(s) vivant(s), le nombre d'enfant(s) décédé(s) et l'histoire des grossesses antérieures et de la grossesse actuelle tout en précisant les modes de conception (naturel, aides médicales à la procréation), année de conception, suivi ou non de la grossesse, évolution de la grossesse, la voie d'accouchement, issu de l'accouchement, état du nouveau-né à la naissance, poids de naissance , état actuel des enfants issus des grossesses antérieures ainsi que la date des dernières règles et on donnera en même temps le terme théorique à ce jour, les modes de conception (naturel, aides médicales à la procréation) pour l'histoire de la grossesse en cours.

Deuxièmement, il faut étudier les antécédents **gynécologiques** qui sont de trois ordres à savoir **physiologiques** tels que les ménarches, le caractère du cycle (durée et régularité), le caractère des menstruations (durée, abondance, aspect) ;

comportementaux tels que l'adoption d'une méthode contraceptive (préciser la méthode, la durée, si arrêt préciser depuis quand), coïtarche, le nombre de partenaire sexuels, le comportement sexuel à risque et **pathologiques** tels que le myome utérin, la tumeur ovarienne, le cancer du sein et du col utérin, il faut préciser la date de découverte avec les modalités évolutives ainsi que la prise en charge. **Troisièmement**, il faut étudier les antécédents **personnels médicaux** notamment l'hypertension artérielle (HTA) et le diabète dont il faut préciser le début, la durée, le suivi, les modalités évolutives ; l'asthme dont il faut évaluer l'activité de la maladie asthmatique et la sévérité habituelle des crises, préciser la dernière hospitalisation pour une crise d'asthme ; la drépanocytose dont il faut évaluer l'activité de la maladie, le suivi, préciser la date de la dernière crise vaso-occlusive (CVO) et le taux d'hémoglobine de base ; il faut rechercher aussi la notion de transfusion sanguine(si oui préciser l'indication)…

Quatrièmement, il faut rechercher les antécédents **chirurgicaux** autres que les césariennes puisque les césariennes ont déjà été présentées dans l'histoire des grossesses tout en précisant la date et l'indication ainsi que l'évolution de la suite opératoire. L'étude des antécédents finit par celle des antécédents **familiaux** qui recherche des affections héréditaires au niveau des parents (Père, mère, tante et oncle) et dans la fratrie utérine, tout en précisant la position, le nombre d'enfants, le nombre de fille et de garçons et l'état des membres de la fratrie.

2.2.2.2.5 Enquête sociale

Elle recherche les conduites addictives telles que la consommation d'alcool à quantifier en gramme par semaines, du tabac à quantifier en Paquet année, les épices, la caféine, l'héroïne, le cola... ; la situation de la famille en appréciant l'ambiance qui règne au sein du couple et avec l'entourage ; la situation professionnelle et les conditions de travail ainsi que les conditions socioéconomiques.

2.2.2.2.6 Examen physique

- **Examen de l'état général**

Il s'agit d'apprécier l'état général selon le score performance de l'OMS en évaluant l'autonomie de la patiente ; la coloration des muqueuses ; l'attitude physique ; la prise des constantes telles que la température, la tension artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire, le poids, la taille et calculer l'Indice de Masse Corporelle (calcul de l'IMC = poids en Kg / [taille en m] ²) ; rechercher un goitre éventuel ; apprécier la cavité buccale et l'état dentaire puis rechercher des œdèmes des membres inférieurs malgré que ces derniers ne sont pas en rapport avec l'examen de l'état général mais pour des raisons pratiques cela se fait, réaliser la bandelette urinaire à la recherche d'une albuminurie, glucosurie et une leucocyturie.

- **Examen des seins**

L'examen est fait à l'inspection, à la palpation cadrant par cadrant avec la pression du mamelon de manière symétrique à la recherche non seulement des modifications des seins induites par la grossesse telles que la tension et augmentation de volume des seins ; des tubercules de Montgomery au niveau des aréoles dont la pigmentation s'accentue et le développement d'un réseau veineux sous-cutané appelé « réseau de Haller » mais aussi toute particularité ou anomalie éventuelle.

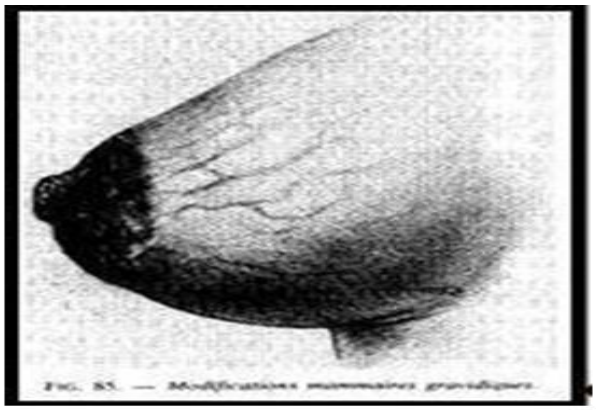


Figure 2 : Réseau veineux mammaire sous-cutané appelé « réseau de Haller »

(Internet : campus.cerimes.fr) **[5]**



Figure 1 : Tubercules de Montgomery au niveau de l'aréole mammaire hyperpigmentée

(internet : campus.cerimes.fr) **[5]**

Examen obstétrical

- **Examen de l'abdomen et de l'utérus**

L'examen est à l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation et la mensuration appréciant l'état des parois abdominales et aussi celle de l'utérus quii peut être la consistance ferme, le léger ramollissement du fond utérin à la palpation au-dessus de la symphyse pubienne **[5]**.

- **Examen du périnée**

Il recherche non seulement des modifications induites par la grossesse telles que les organes génitaux externes œdématiés, plus souples et hyper pigmentés mais aussi des facteurs de risques telles que les lésions cutanéomuqueuses à savoir les condylomes, les vésicules, des cicatrices et en particulier des mutilations ou une pathologie veineuse **[5]**.

- **Examen au spéculum**

Le spéculum est introduit selon un plan oblique du haut vers le bas puis progressivement orienté à 90° afin de placer ses valves transversalement à la fente vulvaire. Ce qui permet de visualiser le col utérin pour apprécier son aspect et sa couleur à la recherche non seulement des modifications induites par la grossesse (le col violacé, la glaire cervicale épaisse et peu abondante) mais aussi toute particularité ou anomalie éventuelles. L'examen du vagin est réalisé en déplissant ses parois lors du retrait progressif du spéculum qui permet d'apprécier la couleur, les sécrétions et d'éventuelles lésions de la muqueuse **[5]**.

- **Toucher vaginal combiné au palper abdominal** (toucher bimanuel)

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal est le mode d'exploration essentielle au premier trimestre de la grossesse. Elle permet de recueillir les signes les plus sûrs. Il s'agit d'introduire deux (02) doigts (l'index et le majeur) en direction du cul-de-sac postérieur du vagin, parallèlement, la seconde main déprime l'abdomen au-dessus du pubis. La vessie étant vide, l'abdomen bien dégagé et détendu, le toucher permet d'apprécier le col, l'isthme et le corps utérin à la recherche des modifications utérines induites par la grossesse telles que le ramollissement inconstant du col dont la consistance ferme comme le nez avant la grossesse deviendrait mou comme les lèvres (Tarnier) ; l'augmentation du corps utérin, de forme piriforme qu'il était avant la grossesse, devient globuleux de taille utérine équivalente à celle d'une mandarine à six (06) semaine d'aménorrhée (SA), à celle d'une orange entre huit (08) et dix (10) SA et à celle d'un pamplemousse à douze (12) SA. Les doigts qui suivent le cul-de- sac au lieu de s'enfoncer librement, butent contre le pourtour évasé de l'utérus « **le signe de noble** ». Les doigts vaginaux placés en avant de lui arrivent facilement au contact des doigts abdominaux, à tel point que le corps paraît, au-dessus de cette charnière, comme détaché du col et pourrait même

être pris pour une masse indépendante **« signe de Hégar »** en raison du ramollissement constant portant sur le corps et l'isthme utérin. L'examen des annexes élimine une masse latéro-utérine éventuelle. Le toucher vaginal recherche également toutes particularités ou anomalies comportant de facteurs de risque telles que la béance cervico-isthmique, le saignement au contact, etc.

Cet examen physique se termine par l'examen des autres appareils notamment cardiovasculaire, respiratoire et digestif … **[5]**.

2.2.3 Examens complémentaires de la CPN1

2.2.3.1 Examens complémentaires à visé diagnostique

- **Test urinaire :** dépistage qualitatif des métabolites d'hormone gonadotrophine chorionique dans les urines aux 36-37ème jours.
- **Test hormonal** : dosage qualitatif et quantitatif des β-hCG dans le sang.
- **L'échographie** du premier trimestre réalisé idéalement entre 10-12 SA selon le MERGER : confirme la grossesse, précise sa localisation, le nombre d'embryons (si grossesse gémellaire, préciser la chorionicité et l'amnionicité), l'évolutivité, la datation (fiable jusqu'à 20 SA selon le Lansac), rechercher les malformations à révélation précoce (mesure de la clarté nucale pour le dépistage de la trisomie 21, recherche d'anencéphalie) **[5]**.

2.2.3.2 Examens complémentaires prénatals

Il s'agit du bilan qui évalue le terrain sur lequel est venu se greffer la grossesse et ne devrait pas être confondu avec le bilan de suivi de grossesse.

Il s'agit :

2.2.3.2.11 Examens complémentaires prénatals indispensables

Selon les normes et procédures pour la surveillance prénatale en vigueur, les examens complémentaires suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse : Glycosurie et protéinurie ; Groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell) ; Sérologies de la toxoplasmose, de la rubéole, de la syphilis (TPHA, VDRL), la sérologie VIH1 et VIH2, AgHBS **[5]**.

2.2.3.2.2 Examens complémentaires non indispensables

• Examens complémentaires à prescrire éventuellement, orientés par l'examen de la gestante par nécessité tels que l'ECBU qui sera demandé en cas de signes d'infection urinaire (brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie) ; le prélèvement vaginal(PV) sera demandé en cas de signes d'infection génitale (vulvo-vaginite) ainsi que l'azotémie, la créatininémie, l'uricémie, la glycémie et l'échographie-doppler qui seront surtout demandées en cas d'HTA ; frottis cervical utérin de dépistage en cas des dysplasies cervicales ou si le frottis cervical utérin antérieur date de plus de 2 ans ; électrophorèse de l'hémoglobine ; dépistage du diabète en cas de facteurs de risques**[5]**.

2.2.4 Conduite à tenir

2.2.4.1 Mesures préventives

• Vacciner la femme contre le tétanos, on admet que le nouveau-né est protégé contre le tétanos néonatal si la mère a reçu au moins deux doses de VAT dont la dernière administrée au moins deux semaines avant accouchement.

• Prescrire la sulfadoxine pyriméthamine (SP) : à prendre à partir de 16-20 SA ou dès mouvement actifs du fœtus à raison de trois (03) comprimés de sulfadoxine pyriméthamine en prise unique à chaque rencontre avec la gestante du moment où

entre deux prises il y ait au moins 01 mois d'intervalle, la dernière dose pouvant être administrée sur table d'accouchement. Notons qu'il s'agit de prise supervisée par l'agent de santé et qu'il faille systématiquement renseigner une notion d'allergie.

• Prescrire la supplémentation en fer et acide folique et le déparasitage pour la prophylaxie antianémique.

• Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œuf, lait, poisson, viande, feuilles vertes) ; l'hygiène de vie (repos, dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides, éviter les excitants) et sur la planification familiale.

2.2.4.2 Traitement curatif

Il s'agit de traiter la (les) pathologie(s) éventuellement dépistée(s) pendant l'examen de la gestante si cela s'avère nécessaire.

2.3 Revue de la littérature

Une étude descriptive portant sur la première consultation prénatale menée à la Polyclinique de Kara, à l'USP Lama-Kpédah et à l'HME SOS de Kara dans le District de kozah du 11 janvier au 07 février 2016 par Ajavon D.R.D et al. ont permis de savoir que parmi 425 gestantes ayant bénéficié d'une CPN dans les trois centres d'étude, 113 (26,58%) consultaient pour la première fois. L'âge moyen des gestantes était de 26,07 ans, 95% étaient instruites. L'âge gestationnel était compris entre 04 SA et 36 SA et 64,61% ont consulté à partir de 15 SA. Quarante-deux femmes (37,16%) ne connaissaient pas les avantages de la CPN. Le manque de moyens financiers (soit 41,09%) et le manque de temps (soit 31,50%) étaient les principales causes du retard de la première CPN. Ce qui leur a permis de conclure que les femmes font recours tardivement aux soins prénatals dans le district sanitaire de la Kozah et

qu'il est important que les prestataires multiplient les sensibilisations pour réduire la morbidité, la mortalité maternelle et néonatale causées par ce retard **[15]**.

Dans le même sillage, Houegnangbo C., dans sa thèse portant sur les déterminants du retard à la première consultation prénatale dans les maternités publiques de Pahou et de Kpasse dans la commune de Ouidah, Bénin en 2020 dans une étude transversale à visée descriptive et analytique portant sur 300 gestantes a permis de savoir que les gestantes enquêtées commencent tardivement leur visite prénatale. Ce retard est associé à plusieurs facteurs socio-culturels, notamment la profession, le niveau d'instruction, la religion de la gestante, la résidence de la gestante, le régime matrimonial, la profession du conjoint, le niveau d'instruction du conjoint, la religion du conjoint, les pratiques traditionnelles avant CPN, l'accueil des agents de santé, le temps d'attente lors des CPN et les informations reçues sur la grossesse **[5]**.

Ima S.**,** à travers son étude portant sur les facteurs déterminants de la faible proportion de gestantes enquêtées vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Pô, Burkina Faso, a montré que l'un des déterminants de la faible proportion des CPN1 vues au premier trimestre de grossesse est la permanence des services de CPN. Il avait trouvé que (89,29%) des gestantes venues en consultation curative n'ont pas bénéficié de CPN avant le premier trimestre de grossesse et que les activités n'étaient pas intégrées dans la plupart des formations sanitaires. Par ailleurs, avait-t-il trouvé des insuffisances au niveau de la communication interpersonnelle lors des CPN, notamment les informations sur le calendrier de suivi prénatal, le nombre CPN à faire, les complications au premier trimestre. Selon cet auteur, l'analphabétisme est une des limites à l'utilisation des services de santé par les gestantes **[16].**

Pour Baki M., dans son étude réalisée en 2002 sur les déterminants du faible taux de dépistage de la grossesse à risque dans le district sanitaire de Boulsa, le manque

d'information était une des causes de méconnaissance des facteurs de risque, du calendrier et les avantages de la CPN ; par rapport à la CPN tardive, les enquêtés accusaient le manque de moyens financiers, les longues distances, la pratique de la CPN menée par le personnel de santé connaissait d'énormes insuffisances. Certaines gestantes n'avaient pas bénéficié de renseignement sur leur grossesse **[17].**

Une étude transversale descriptive et analytique réalisée en 2005 par Ndiaye P. et coll**.** portant sur les déterminants socioculturels du retard de la 1ère consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal révèle que l'environnement culturel à travers le caractère inattendu de la grossesse, la discrétion qui doit entourer la grossesse, l'ignorance des risques et le refus d'être examiné par des prestataires masculins, avaient une influence statistiquement significative sur la CPN1 tardive **[18].**

D'autres aspects socioculturels soulignés par certains chercheurs peuvent constituer une entrave dans l'utilisation des services prénatals : la discrétion qu'ont certaines gestantes au début de la grossesse, le bénéfice des soins traditionnels (massages, accès aux suites des couches après l'accouchement), la préservation de l'intimité de la femme par l'éloignement de toute personne masculine, la présence réconfortante de l'entourage familiale et l'usage non collective des salles de séjour et du matériel d'intervention obstétricale. Donc, l'amélioration de la qualité des soins passe nécessairement par une adéquation de l'offre aux attentes et préférences de la gestante **[19]**. Mafuta EM et coll. A travers une étude transversale et analytique portant sur les 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 ont obtenus des résultats montrant que la fréquentation des soins prénatals intéressait 85,7% des répondantes, et était tardive pour 59,8% des grossesses (IC95% : 54,0-65,6). Sa fréquence était plus élevée dans le milieu rural et parmi les multipares. Elle

est motivée par les contraintes financières ou l'absence de problèmes lors de la grossesse. Elle est déterminée par le milieu de vie, le niveau d'étude, la religion, la parité, la gestité, l'âge, la taille du ménage, l'occupation, et la perception du tarif appliqué. Elle est réduite par l'instruction et l'emploi rémunéré **[20].**

Des études réalisées au Kenya et en Namibie portant sur l'utilisation des services prénataux par les gestantes enquêtées, ont révélé que les jeunes femmes utilisaient moins les services de maternité car, faute d'expérience, elles peuvent ignorer les symptômes de la grossesse et par conséquent elles auront un recours tardif à la première CPN **[21].**

De nombreuses études ont montré l'influence de certains facteurs sur le délai de la première visite prénatale (CPN1). La CPN tardive a été associée à plusieurs reprises à l'âge, au lieu de résidence, à l'origine ethnique, au niveau d'éducation, à la profession, au niveau socio-économique du ménage et à la parité ou aux antécédents obstétriques de la gestante **[22,23].** Pour Bulonza Francine Bagalwa, il existe des entraves et des survivances culturelles qui entravent les mères gestantes à ne pas fréquenter à temps ou pas du tout les consultations prénatales **[24].** D'autres auteurs ont évoqué la relation entre la qualité des services de soins prénatals et la fréquentation des gestantes dans les maternités. Il a été retenu que l'évaluation de la qualité des services est une nécessité absolue pour l'amélioration des prestations dans les centres de soins intégrés en santé de la reproduction **[25].**

2.4 Cadre conceptuel

Nous nous sommes inspirés des données recueillies lors de la revue documentaire pour élaborer notre cadre conceptuel.

- **Les facteurs sociodémographiques**
  - **L'Age** : il est pour certaines raisons (immaturité, manque d'expérience) un déterminant du recours tardifs à la CPN1.
  - **La situation matrimoniale** : la gestante ayant un conjoint du fait du soutien financier et moral de ce dernier peut être plus motivée à se présenter plutôt à la CPN1 que celle qui n'en a pas un.
  - **La Gestité/Parité** : tout comme l'âge, elles peuvent pour les mêmes raisons influencer le recours tardif à la CPN1.
  - **Niveau d'instruction** : il est un facteur de motivation au recours précoce aux soins prénatals car une femme instruite à plus de facilité à avoir accès à l'information et à les discerner.
  - **La profession** : il s'agit de la profession de la gestante et de son mari.
  - **Le lieu de résidence** : la distance séparant le lieu de résidence et le centre de santé peut influencer la décision de la gestante de venir consulter tôt.
  - **La discrétion** : du fait de l'avis de la société, la gestante peut décider de cacher sa grossesse jusqu'à ce qu'elle soit visible de tous avant de commencer la CPN donc d'avoir recours tardivement aux services prénatals.

- **La taille du ménage** : la taille du ménage constitue un facteur favorisant le retard à la première CPN. Il a été prouvé que plus la taille est importante plus le risque de retard à la CPN est élevé**.**
- **Les revenus de la gestante** : une gestante ayant un revenu conséquent sera capable de prendre en charge les frais en rapports avec les soins prénatals et donc pourra consulter tôt sans forcément attendre la décision de son conjoint ou de ses parents.

- **La connaissance des gestantes enquêtées sur la CPN** : les connaissances des gestantes enquêtées portent sur le calendrier de CPN, les signes de danger au cours de la grossesse, de la prévention au cours de la grossesse, des signes de gravité et complications liées à la grossesse au premier trimestre, des avantages de la CPN au premier trimestre de grossesse qui influencent d'une manière ou d'une autre le retard à la CPN.
- **Les facteurs culturels**
  - **La religion** : la religion exerce une forte influence sur le comportement des fidèles et donc des gestantes enquêtées.
  - **Le pouvoir décisionnel des conjoints** : l'avis du conjoint ou de l'époux peut influencer a décision de la gestante à suivre les soins prénatals.
  - **Les pratiques traditionnelles** : le fait d'accomplir certains rituels ou sacrifices avant l'annonce de la grossesse peut influencer la période de recours à la CPN1.
  - **Croyances autours de la grossesse** : l'interprétation qui entoure la grossesse dans nos contrés fait que beaucoup de gestantes cachent leur grossesse. Cette situation engendre un retard à la première consultation prénatale.

- **Les facteurs organisationnels**

  Il s'agit de savoir comment les services de soins prénatals fonctionnent et sont organisés. Une bonne organisation des services de santé est une condition indispensable à la qualité des prestations et à la satisfaction des gestantes. Tout cela peut accroitre l'utilisation des services de soins prénatals par les gestantes.

- **Les facteurs liés aux compétences des prestataires en matière de CPN**

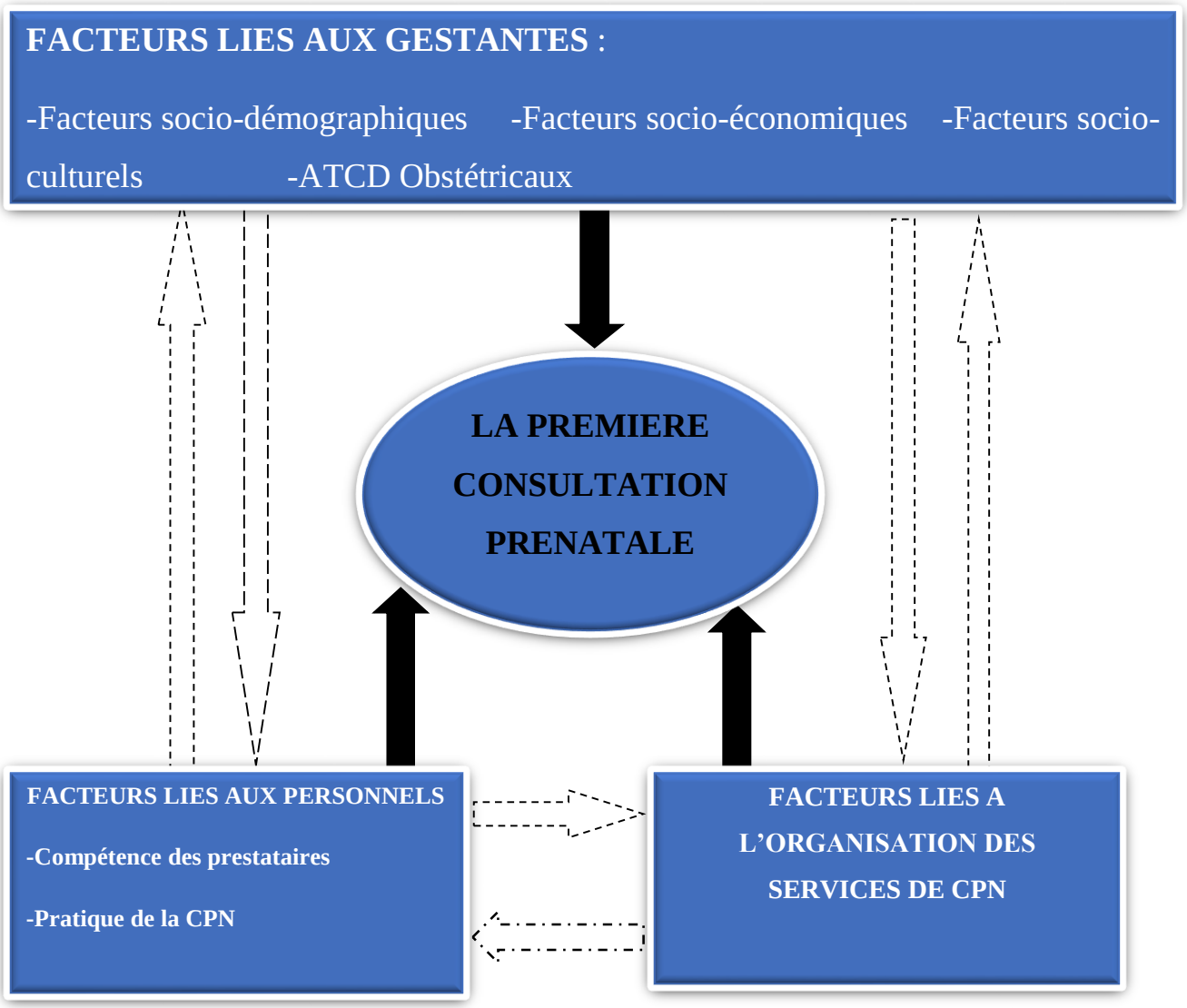
  Les compétences des prestataires regroupent l'ensemble des savoirs faire et savoir être qui concourent à une bonne mise en œuvre des activités de la CPN. Les Indicateurs d'appréciation de compétences des prestataires sont :

  - **La formation/recyclage** : dans le cadre de la consultation prénatale, il est nécessaire que les prestataires aient une formation de base et des formations continues qui leur permettent de bien mener cette activité.
  - **Les connaissances des prestataires en matière de CPN** : un bon niveau de connaissances des prestataires en matière de CPN permettra de renforcer les connaissances des gestantes enquêtées sur la consultation prénatale.

- **Les facteurs liés aux pratiques des prestataires**

  - **L'accueil des gestantes enquêtées lors des CPN** : c'est la manière dont un agent de santé reçoit la gestante. Un bon accueil des femmes lors des consultations prénatales est source de motivation pour l'utilisation ultérieure du service mais également source d'encouragement des autres à fréquenter à temps ses services.
  - **La communication interpersonnelle lors de la conduite de la CPN** il s'agit de vérifier si les gestantes reçoivent les informations clés sur la

CPN lorsqu'elles viennent dans les centres de santé. De bonnes pratiques dans la conduite de la CPN motivent et encouragent les gestantes



Relation entre les variables indépendantes

Relation entre les variables indépendantes et la variable dépendante

Figure 3 : Cadre conceptuel

3. Cadre et méthode d'étude

3.1 Cadre d'étude

3.1.1 Présentation du département de l'atlantique

Le département de l'Atlantique est l'un des plus petits des douze (12) Départements du Bénin en termes de superficie. Il s'étend sur près de 100 Km de la côte vers l'intérieur du pays. Le département de l'Atlantique a une superficie de 3233 km2 et regroupe huit communes à savoir Abomey-Calavi, Allada, Kpomassè, Ouidah, Sô-Ava, Toffo, Tori-Bossito et Zè. Conformément à la Loi n° 2013-05 du 15/02/2013 portant création, organisation, attributions et fonctionnement des unités administratives locales en République du Bénin, le département de l'Atlantique compte 718 villages et quartiers de ville. L'océan Atlantique forme la limite Sud du département qui est limité à l'Ouest par le département du Mono. Le lac Ahémé, le fleuve Couffo et le fleuve Aho constituent les limites naturelles de ses frontières. Au Nord, le département de l'Atlantique est limité par le département du Zou. Cette frontière se situe au niveau géographique des villages de Sèhouè, Kpomè et Djigbé et passe par la dépression de la Lama. A l'Est, il est limité par le département de l'Ouémé. La frontière passe au milieu de la vallée de l'Ouémé et traverse le lac Nokoué pour rejoindre la côte à la limite du département du Littoral **[26].**

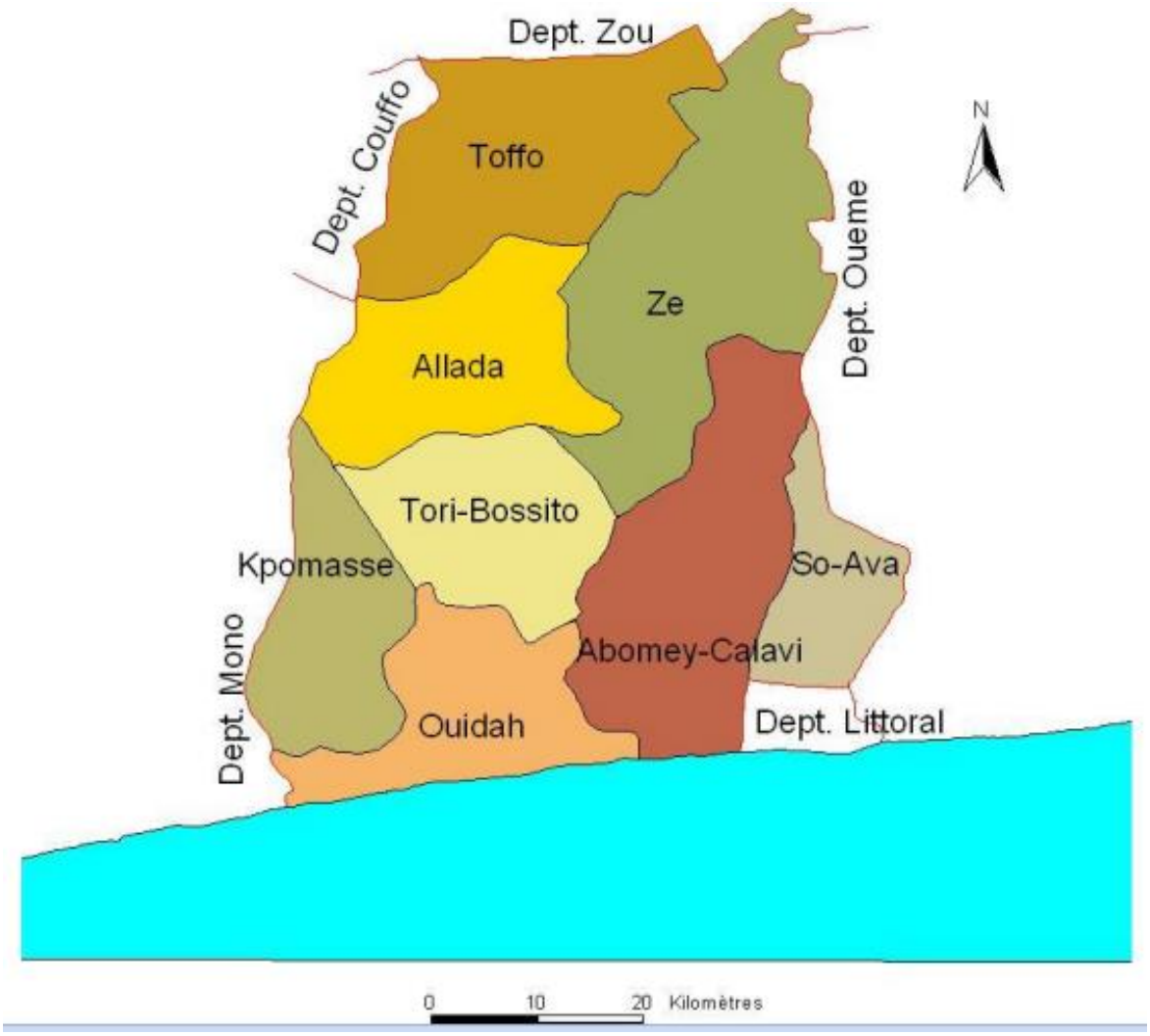


Figure 4 : Carte du département de L'Atlantique **[27].**

3.1.2 Présentation de la commune d'Abomey-Calavi

La Commune d'Abomey-Calavi est située dans le département de l'Atlantique en République du Bénin. Elle est comprise entre les parallèles 6°22' et 6°30' de latitude Nord et les méridiens 2°15'et 2°22' de longitude Est. Elle est limitée au Nord par la commune de Zè, au Sud par l'océan Atlantique, à l'Est par la commune de Cotonou et de So-Ava et à l'Ouest par les communes de Ouidah et Tori-Bossito. Elle s'étant sur une superficie de 539 km2 ; près 20 % de la superficie du département et 0,47 %

de la superficie nationale L'effectif et compte une population qui est évalué à 656 358 habitants en 2013 avec 332 784 femmes et 323 574 hommes. La commune compte Neuf (9) arrondissements : Abomey-Calavi ; Akassato ; Godomey ; Golo-Djigbé ; Hèvié ; Kpanroun ; Ouèdo ; Togba et Zinvié et Cent quarante-neuf (149) villages et quartiers de ville.

Les groupes sociaux dominants dans la commune sont les Aïzo et les Fon. Néanmoins, les Gouns, les Nago, les Toffin, les Yoruba et autres y sont rencontrés. Les religions les plus pratiquées sont le christianisme, les religions endogènes, l'islam, et autres. Notons que le Bénin est un pays laïc.

Les principales activités économiques sont : l'agriculture, la pêche, la transformation des produits agricoles, l'élevage, l'industrie, le commerce, l'artisanat et le tourisme **[26].**

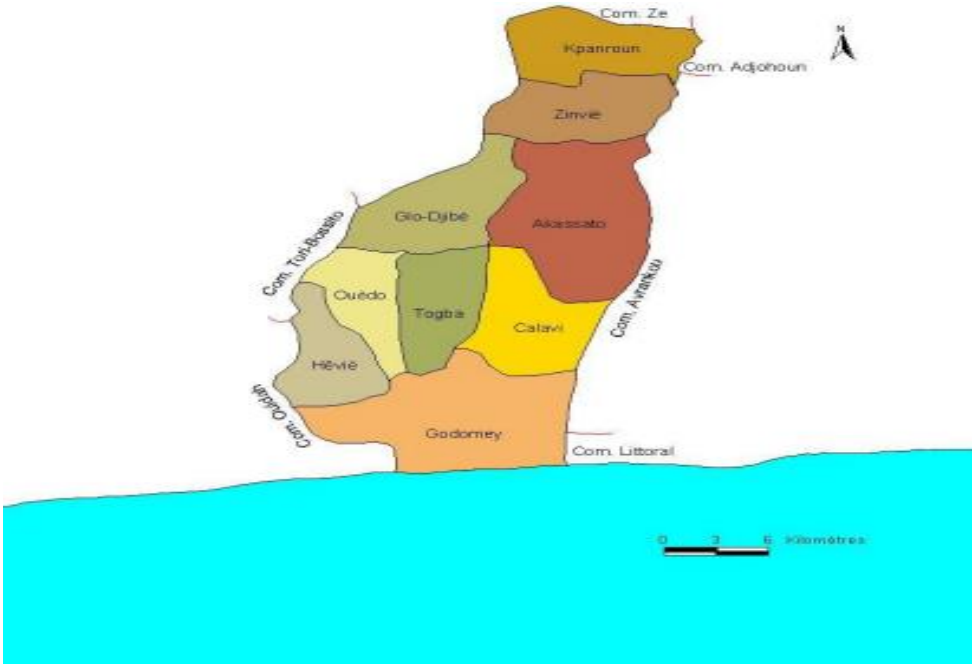


Figure 5 : Carte de la commune d'Abomey-Calavi **[27].**

3.1.3 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey Calavi/Sô-Ava

Le Centre Hospitalier Universitaire de Zone Abomey-Calavi/Sô-Ava (CHUZ-AS), ex Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi, est une structure sanitaire publique de première référence de la Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. Il a été créé conformément à l'arrêté ministériel n°2225/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 Mars 2000 et est dressé sur un domaine de sept (7) hectares environ. Inauguré le 12 Mai 2003, il a été mis en service le 18 Août de la même année.

La zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est située dans le Département de l'Atlantique. Elle couvre une superficie de 868 km² et est limitée au Nord par la Commune de Zè, au Sud par la Commune de Cotonou, à l'Est par les Communes d'Adjohoun, de Dangbo, des Aguégués et de Porto-Novo, à l'Ouest par les Communes de Tori-Bossito et d'Ouidah.

Créée conformément à l'arrêté ministériel n°2225/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 Mars 2000, la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava est composée de deux communes : Abomey-Calavi et Sô-Ava. Elle abrite vingt-deux (22) formations sanitaires publiques fonctionnelles qui sont des structures sanitaires décentralisées de premier contact. Ces formations sanitaires sont regroupées autour de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava par le décret N°2002-0113 du 12 Mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone qui le dote d'une personnalité morale et d'une autonomie de gestion.

En 2014, par le décret n°2014-529 du 25 Août 2014, l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/SÔ-Ava est érigé en Centre Hospitalier Universitaire sous l'appellation Centre Hospitalier Universitaire de Zone Abomey-Calavi/Sô-Ava (CHUZ-AS).

Situé à une trentaine de kilomètres de Cotonou, dans le quartier Zopah de la Commune d'Abomey-Calavi à environ un (01) km de la voie inter-état Cotonou-Niamey et en direction du Tribunal de Première Instance d'Abomey-Calavi. Il dessert d'une part une population estimée à 972 735 habitants en 2021 venant des communes d'Abomey-Calavi, de Sô-Ava qui constituent, selon la loi 97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin, son aire sanitaire principale et d'autre part les habitants des communes de Toffo, Allada, Zè et Tori- Bossito. On y rencontre majoritairement les Gouns, les Aïzos, les Toffins, les Fons, les Baribas et les Dendis.

Le CHUZ-AS dispose d'une capacité d'accueil de 133 lits et 32 berceaux au 31 décembre 2021.

Il abrite plusieurs services dont :

- Le Service des Urgences ;
- Le Service de la Médecine qui regroupe aussi les unités de la Cardiologie ; la

Neurologie, la Dermatologie, l'Endocrinologie et la Nutrition ;

- Le Service de la Pédiatrie associé à l'Unité de Néonatologie ;
- **Le Service de la Gynécologie Obstétrique** ;
- Le Service de la Chirurgie qui regroupe aussi les unités de la Traumatologie, la Chirurgie pédiatrie, l'Urologie, Bloc Opératoire, Stérilisation ;
- Le service de Kinésithérapie ;
- Le Service d'Anesthésie-Réanimation ;
- Le Service de l'Oto-Rhino-Laryngologie ;
- Le Service de la Stomatologie associé à la Chirurgie maxillo-faciale ;
- Le Service de l'Ophtalmologie ;
- Le Service de l'Imagerie Médicale ;

- Le Service du Laboratoire ;
- Le Service administratif.

3.1.4 Présentation du service de gynécologie obstétrique du CHUZ d'Abomey Calavi

La maternité du CHUZ-AS est une maternité de niveau 2. Elle est dirigée par un chef service qui collabore avec 94 agents de santé dont 10 Médecins, 39 Sage femmes, 19 infirmiers et 26 aides-soignantes.
Le service est subdivisé en trois sites :

- Le premier site est occupé par le bloc opératoire, les salles d'hospitalisations et d'accouchement et les soins intensifs.
- Le deuxième site est abrité par les salles de consultation prénatale.
- Le troisième site est le lieu où se trouve quelques salles d'hospitalisation ; une salle de vaccination ; une salle de pansement ; une salle de consultation de gynécologie obstétrique et une salle de planification familiale.

Chaque sous-secteur a une surveillante qui le dirige.

Notre collecte d'étude s'est déroulée au niveau du deuxième site réservé à la consultation prénatale. Ce site est constitué d'un bâtiment composé de six salles de consultation prénatale et d'une paillotte qui sert de salle d'attente aux gestantes venues pour la CPN.

3.2 Méthode d'étude

3.2.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Zone Abomey-Calavi/Sô-Ava (CHUZ-AS) au Bénin.

La collecte des données s'est déroulée sur une période de quatre (04) semaines allant du 12/09/2022 au 10/10/2022.

3.2.2 Population d'étude

Elle était constituée de gestantes vues au CHUZ-AS et les agents de santé intervenant à la CPN durant la période de collecte des données.

3.2.3 Critères d'inclusion

- Pour les gestantes enquêtées
  - Venues en CPN durant la période de collecte à la maternité du CHUZ-AS.
  - Avoir donné son consentement libre et éclairé à participer à l'étude.
- Pour les agents de santé qualifiés
  - Être médecin, sage-femme assurant les services de CPN dans la maternité du CHUZ-AS.
  - Être présent au moment de la collecte des données.
  - Avoir donné son consentement éclairé.

3.2.4 Critères de non inclusion

- Les accouchées

3.2.5 Critères d'exclusion

- Toutes gestantes ne possédant pas toutes ses facultés mentales
- Les gestantes admises pour une urgence obstétricale
- Gestantes ou agents de santé ayant désisté secondairement

3.2.6 Echantillonnage

L'échantillonnage a été non probabiliste avec un recrutement exhaustif des gestantes et des agents de santé qualifiés répondant aux critères d'inclusions.

3.2.7 Définition des variables

3.2.7.1 Variable dépendante

La première CPN a constitué notre variable dépendante. Elle est dite précoce lorsqu'elle est réalisée au premier trimestre et tardive après le premier trimestre.

3.2.7.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes sont regroupées en :

- Variables liées à l'organisation des services de CPN dans ladite maternité
- Variables liées à la compétence des prestataires enquêtés
- Variables sociodémographiques, économiques et culturelles des gestantes enquêtées

Nous les avons définies comme suit :

- **Les Variables sociodémographiques**

Il s'agit de l'âge, du niveau d'instruction, de la profession, de la situation matrimoniale, du milieu de résidence, la parité, la discrétion, les connaissances des gestantes enquêtées sur la CPN…

- **L'âge** : l'indicateur retenu pour mesurer cette variable est le nombre d'années révolues par femme au moment de l'entretien.
- **Le régime matrimonial** : le régime matrimonial dans notre étude est une variable nominale avec les modalités suivantes : mariée, célibataire, veuve et divorcée.
- **La situation matrimoniale** : la situation matrimoniale dans notre étude est une variable nominale avec les modalités suivantes : mariée polygame et mariée monogame.
- **La parité** : l'indicateur retenu pour mesurer cette variable est le nombre d'accouchements réalisé par femme au moment de l'entretien.
- **Le niveau d'instruction** : pour la présente étude nous avons reparti les enquêtées en : niveau aucun, primaire, secondaire, et niveau supérieur.
- **La profession** : la profession dans notre étude est une variable nominale avec les modalités suivantes : Ménagère, fonctionnaire, commerçante, élève/étudiante et autres (à préciser).
- **Le lieu de résidence** : le lieu de résidence dans notre étude est une variable quantitative selon la distance parcourue par la gestante avec les modalités suivantes : Moins de 05 km, entre 05 et 09Km ou Plus de 10Km.
- **La discrétion autours de la grossesse** : dans notre étude est une variable nominale où les femmes enquêtées vont répondre oui ou non.

- **La taille du ménage** : dans notre étude est une variable quantitative qui sera regroupée en catégories, à savoir : ménage de petite taille (1-3 personnes), ménage de taille moyenne (4-6 personnes), et ménage de grande taille (7 personnes et plus).
- **Les connaissances des gestantes enquêtées sur la CPN** : les connaissances des gestantes enquêtées dans notre étude est une variable nominale qui ont porté sur le calendrier de CPN, les signes de gravité au cours de la grossesse, la prévention au cours de la grossesse, les complications liées à la grossesse au premier trimestre, des avantages de la CPN au premier trimestre de grossesse.

- **Les variables culturelles** :

- **Le pouvoir de décision** : le pouvoir de décision dans notre étude est une variable nominale avec des modalités selon que l'ordre d'aller à la CPN soit donné par le mari, venant de la gestante elle-même, les parents de la gestante ou les beaux-parents de la gestante.
- **La religion** : dans notre étude, la religion constitue une variable nominale avec des modalités selon que la gestante soit catholique, protestante, musulmane, animiste ou autres.
- **Les pratiques traditionnelles** : dans notre étude, Les pratiques traditionnelles constituent une variable nominale avec des modalités selon ce que la gestante fait traditionnellement avant de se présenter à la première CPN.
- **La perception de la grossesse/croyances** : la perception de la grossesse/croyances constituent une variable nominale avec des modalités selon l'interprétation qui entoure la grossesse dans nos contrés.

- **Les variables économiques** : nous nous sommes basés sur le SMIG en vigueur au Benin qui est de 40000FCFA au moment de la collecte pour définir nos variables

économiques, qui sont des variables quantitatives où les femmes vont donner approximativement leurs revenus mensuels qui seront regroupés en trois classes.

- **Les variables organisationnelles** :

Les indicateurs de l'organisation des services de soins prénatals sont :

- La permanence des services de CPN ;
- La norme en personnel qualifié ;
- La présence de calendrier de travail par semaine ;
- La présence d'une description de poste ;
- La présence d'une répartition des tâches ;
- La présence d'un planning des activités ;
- L'intégration des activités ;
- La restitution des résultats des monitorings des activités de suivi de la grossesse ;
- Les éléments d'Information Education Communication (IEC) sur la CPN ;
- L'environnement physique ;
- La disponibilité du matériel technique ;
- Disponibilité des intrants.

- **Variables liées aux compétences des prestataires en matière de CPN**

Les indicateurs d'appréciation des compétences des prestataires sont **:**

- La formation/recyclage Les connaissances des prestataires en matière de CPN telles que la connaissance des objectifs de la CPN, le calendrier des CPN, les éléments de la CPN1, les maladies à prévenir, les signes de danger.

La connaissance des prestataires est satisfaisante si la majorité des agents ont reçu une formation continue sur la CPN, connait les objectifs de la CPN au premier trimestre, connait les signes de gravité et d'alerte, les complications de la grossesse et les maladies à prévenir au premier trimestre.

- Les pratiques des prestataires telles que l'accueil des gestantes enquêtées lors des CPN, la communication interpersonnelle lors de la conduite de la CPN …

  Elle est dite satisfaisante si le nombre de prestataire ayant répondu oui à la pratique est supérieure ou égale à 7. Elle est dite non satisfaisante si le nombre est inférieur à 5.

3.2.8 Collectes des données

3.2.8.1 Technique de collecte

Nous avons procédé par interview direct des gestantes ; une auto administration des fiches d'enquêtes aux agents de santé puis une observation des prestataires de santé qualifiés lors des consultations prénatales po

ur apprécier la conduite de la CPN et de l'IEC. L'organisation du service de CPN a été apprécié à travers une observation.

3.2.8.2 Outils de collecte

Pour la collecte des données nous avons utilisé :

- Une fiche d'entretien individuelle semi-structurée pour les gestantes enquêtées (Annexe 1),
- Un questionnaire auto-administré pour les prestataires de maternité (Annexe 2).
- Une grille d'observation pour apprécier la conduite de la CPN et de l'IEC (Annexe 3).

- Une liste de vérification pour apprécier l'organisation du service de CPN (Annexe 4).

3.2.8.3 Déroulement de l'enquête

Nous avons obtenu l'autorisation des responsables du CHUZ-AS et de la maternité du dit hôpital.

Un pré-test a été réalisé au cours de 5 consultations prénatales au Centre Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM afin de corriger les différents outils de collecte des données.

Phase de collecte proprement dite :

- Equipe de collecte
  Nous-même avec l'aide d'un enquêteur formé à cet effet.

- Prestataires
  Après avoir expliqué l'étude aux prestataires, nous avions remis les questionnaires auto-administrés aux personnels de la CPN avant le début de chaque CPN ou entre deux CPN (Annexe 2) pour les remplir. Les fiches sont récupérées à la fin de la consultation prénatale auprès du personnel soignant. Ceux qui n'ont pas pu finir apportent la fiche chez eux et nous la ramène le lendemain.

- Gestantes
  Après avoir sélectionné les gestantes selon les critères de sélection, l'étude a été expliquée aux gestantes. Dès le recueil de leur consentement, nous avons distribué aux gestantes capables de remplir elles-mêmes les questionnaires élaborés à cet effet et nous avons reçu dans le bureau établi pour la circonstance les gestantes ne pouvant pas remplir la fiche seules. Les questionnaires étaient remis aux gestantes dans la salle d'attente avant leur admission en salle de consultation. Celles qui étaient sur le

point d'entrer en salle de CPN, recevaient le questionnaire après la consultation prénatale. Le questionnaire a été traduit en langue locale à celles qui ne comprenaient pas français et les réponses données étaient relues à l'enquêtée pour être sûr et confirmer la réponse (Annexe1).

- Observation

- Observation de la pratique de la CPN par les agents de santé a été faite avec une grande discrétion à l'aide d'une grille d'observation (Annexe3). Nous avons observé séparément 10 prestataires de soins prénatals ; chacun au cours de 8 consultations prénatales en vue d'évaluer le nombre de patiente atteint.
- Nous avons coché dans la maternité, une liste de vérification pour apprécier certains éléments de la CPN et de l'IEC par des observations faites dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passive (Annexe 4).

3.2.9 Traitement et analyse des données

Le logiciel Epi-data 3.1 a servi à la conception du masque de saisie des données. Les applications Microsoft Word et Excel 2010 ont permis au traitement des textes et à la réalisation des tableaux et graphiques.

La vérification et l'apurement (supprimer les valeurs aberrantes) de la base de données et les analyses statistiques ont été faites à l'aide de STATA MP14. Les variables quantitatives distribuées normalement ont été exprimées en moyenne avec leur écart type et celles asymétriques, la médiane et les quartiles (Q1 et Q3). Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage. La comparaison des données qualitatives a été faite à l'aide du test de chi2 de Pearson ou test exact de Fisher (si condition du test de chi 2 non respecté) au seuil de significativité de 5% ($p<0,05$). A l'analyse multivariée, l'Odds Ratio ajusté (ORa) avec son intervalle de confiance à

95% ont été présentés. Les variables ayant une p<0,20 au niveau bivariée ont été introduite dans le modèle initial de régression logistique ascendante au niveau multivariée. Le seuil de significativité du modèle final était fixé à 5%.

3.2.10 Considération éthique et administratives

Une information complète a été donnée aux personnes interrogées sur l'intérêt de l'étude ainsi que sur le respect de la confidentialité des données. Les cibles enquêtées ont été soumises à l'enquête après un consentement libre et éclairé. Les conclusions et recommandations dégagées seront communiquées à l'équipe cadre du CHUZ-AS.

Notre travail s'est déroulé dans le strict respect de la confidentialité et de l'anonymat.

Nous avions obtenu les autorisations des autorités administratives du centre.

3.2.11 Difficultés rencontrées

- Refus de certaines gestantes et agents de santé à participer à l'étude
- Manque de moyens financiers nécessaires pour étendre l'étude à toute la zone sanitaire d'Abomey Calavi/Sô-Ava.

4. Résultats

Au total, nous avons colligé 351 cas à l'étude respectant les critères d'inclusion dont 335 (95,4%) gestantes et 16 (4,6%) prestataires de soins prénatals à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/SôAva (CHUZ-AS) durant la période de collecte. La figure 6 ci-desous en fait une illustration synthétique.

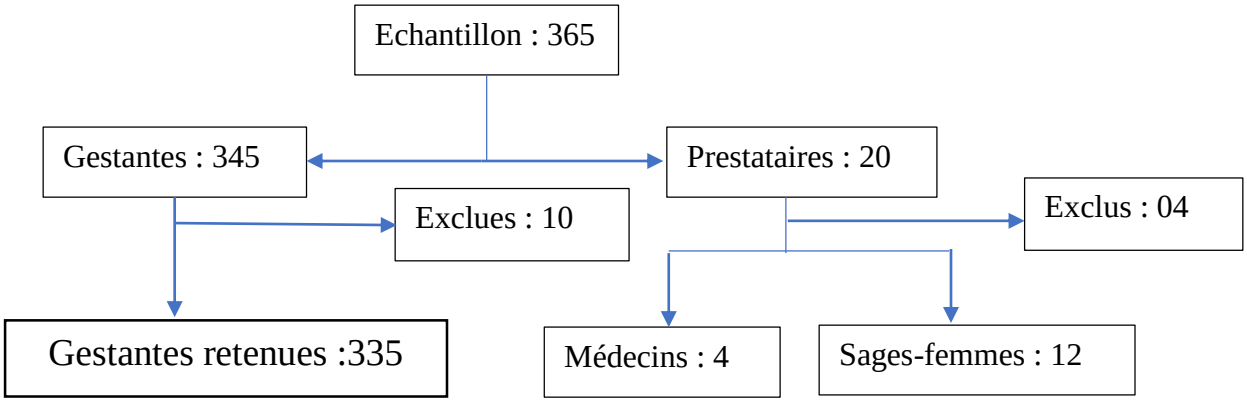


Figure 6 : Schéma du flux des cas enquêtées lors de la collecte des données à la maternité du CHUZ-AS, 2022

4.1 Etude descriptive

4.1.1 Description des données relatives aux gestantes

4.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'âge médian des gestantes enquêtées était de 27,00 ans avec les quartiles de 23 et 32 ans. Les gestantes de 25 à 34 ans étaient les plus représentées, 181/335 soit 54,0%. Les gestantes étaient des commerçantes ou revendeuses (32,2%). La plupart sont mariées ou en couple (94,6%). Elles avaient majoritairement un niveau d'étude secondaire (40,9%) et supérieur (30,8%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des gestantes enquêtées selon la tranche d'âge, profession, niveau d'instruction et la taille du ménage à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (Nombre=335)

	Nombre	%
Tranche d'âge (ans)		
<25	102	30,5
[25-34]	181	54,0
≥35	52	15,5
Situation matrimoniale		
Divorcé	1	0,3
Célibataire	17	5,1
Mariée/couple	317	94,6
Profession		
Agent de l'Etat	10	3,0
Femme au foyer	29	8,7
Elève/Etudiante	34	10,1
Agent du secteur privé	53	15,8
Artisane	101	30,2
Commerçante/revendeuse	108	32,2
Niveau d'instruction		
Aucun	48	14,3
Primaire	47	14,0
Secondaire	137	40,9
Supérieur	103	30,8
Taille du ménage		
≤3	192	57,2
4-6	128	38,3
≥7	15	4,5

La taille médiane des ménages était de 3,00 personnes avec les quartiles de 2 et 4 personnes. Les ménages de petite taille ayant une taille inférieure ou égale à 3 personnes étaient au nombre de 192 soit 57,3% (Tableau1).

Au sein des gestantes, la moitié (50,5%) résidaient à 05 km et plus de l'hôpital de zone ; 89,2% vivaient dans un foyer monogame et 88,6% étaient des chrétiens. Le revenu mensuel médian des gestantes étaient de 20000 FCFA avec les quartiles de 15000 et 40000 FCFA. 72,2% avaient un revenu mensuel inférieur ou égal à 40 000 F CFA (Tableau II).

Tableau II : Répartition des gestantes enquêtées selon la distance entre la résidence et l'hôpital de zone, régime matrimonial, religion, revenu mensuel à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)

	Nombre	**%**
Résidence (Km)		
< 2	48	14,3
[2-5[	118	35,2
≥ 5	169	50,5
Régime matrimonial		
Polygame	36	10,8
Monogame	299	89,2
Religion		
Athée	1	0,3
Témoins de Jéhovah	2	0,6
Animiste	3	0,9
Eckiste	6	1,8
Musulmane	26	7,8
Chrétiens	297	88,6
Revenu mensuel des gestantes (FCFA)*		
<40000	242	72,2
40000 - 80000	70	20,9
>80000	23	6,9

*Répartition du revenu mensuel des gestantes en fonction du SMIG Béninois au moment de la collecte des données.

Dans 37,9% des cas, les conjoints des gestantes étaient des artisans et 45,4% d'entre eux avaient un niveau d'étude supérieur (Tableau III).

Tableau III : Répartition des gestantes enquêtées selon la profession du conjoint et de son niveau d'instruction à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)

	Nombre	%
Profession du conjoint		
Autres*	5	1,5
Elève/Etudiant	14	4,2
Entrepreneur	19	5,7
Commerçante	37	11,0
Agents de l'Etat	61	18,2
Agents du secteur privé	72	21,5
Artisan	127	37,9
Niveau d'instruction du conjoint		
Non instruit	36	10,7
Primaire	26	7,8
Secondaire	121	36,1
Supérieur	152	45,4

*2 vétérinaires, 2 pasteurs, 1 footballeur.

4.1.1.2 Caractéristiques socio-culturelles des gestantes

- **Les pratiques traditionnelles avant la CPN, le type de pratique et donneur d'ordre pour la CPN**

Parmi les gestantes enquêtées, 6,3% durant leur grossesse ont adopté des pratiques traditionnelles avant la CPN. Parmi ces pratiques, on pouvait recenser : la prise de la

tisane (61,9%), la consultation du FA (28,6%) et la réalisation de la vision chez les Célestes (9,5%). Dans 47,2% des cas, la décision d'aller à la CPN vient des gestantes elles-mêmes (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des gestantes enquêtées selon les pratiques traditionnelles avant la CPN, le type de pratique et donneur d'ordre pour la CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022

	Nombre	**%**
Pratiques traditionnelles avant la CPN(N=335)		
Oui	21	6,3
Non	314	93,7
Type de pratiques (N=21)		
Vision chez les célestes	2	9,5
Consultation du FA	6	28,6
Prise de tisane	13	61,9
Donneur d'ordre pour la CPN (N=335)		
Beau-père	1	0,3
Père de la gestante	2	0,6
Non précisé	3	0,9
Belle-mère	5	1,4
Mère de la gestante	12	3,6
Conjoint	154	46,0
Gestante	158	47,2

- **Répartition des gestantes enquêtées selon la grossesse doit être cachée et les raisons de cacher la grossesse**

Pour les gestantes enquêtées, la grossesse doit être cachée dans 18,2% des cas. Les raisons suscitant un pareil avis sont entre autres les contraintes culturelles (75,4%), la discrétion (13,1%), et l'absence de symptômes (11,5%).

4.1.1.3 Antécédents obstétricaux des gestantes enquêtées et informations sur la grossesse en cours

- **Antécédents obstétricaux des gestantes**

Les gestantes pour la plupart (48,0%) étaient des paucigestes ; 58,5% étaient des primipares et 48,7% avaient un âge gestationnel de 7 à 9 mois au moment de la collecte (Tableau V).

Tableau V : Répartition des gestantes enquêtées selon la gestité, parité et âge de la grossesse actuelle à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)

	Nombre	%
Gestité		
Primigeste (1 grossesse)	81	24,0
Paucigeste (2-3 grossesses)	162	48,0
Multigeste (4-5 grossesses)	69	20,0
Grande multigeste (plus de 5 grossesses)	23	6,0
Parité		
Primipare (1 accouchement)	196	58,5
Paucipare (2-3 accouchements)	101	30,1
Multipare (4-5 accouchements)	32	9,6
Grande multipare (plus 5 accouchements)	6	1,8
Age de la grossesse actuelle (En mois)		
≤3	62	18,5
4-6	110	32,8
7-9	163	48,7

- **Information sur la grossesse en cours**

La grossesse était désirée chez 82,4% des gestantes. Dans 38,5% des cas, les gestantes avaient plus d'un enfant vivant. Environ 82,4% n'ont jamais eu un avortement et 86,9% n'ont guère eu de décès d'enfants.

4.1.1.4 Connaissance des gestantes enquêtées sur la CPN

- **Terme à la 1ère CPN**

Chez plus de deux patientes sur trois (69,0%) à la première CPN, la grossesse avait un âge inférieur ou égal à 3 mois (Figure 7).

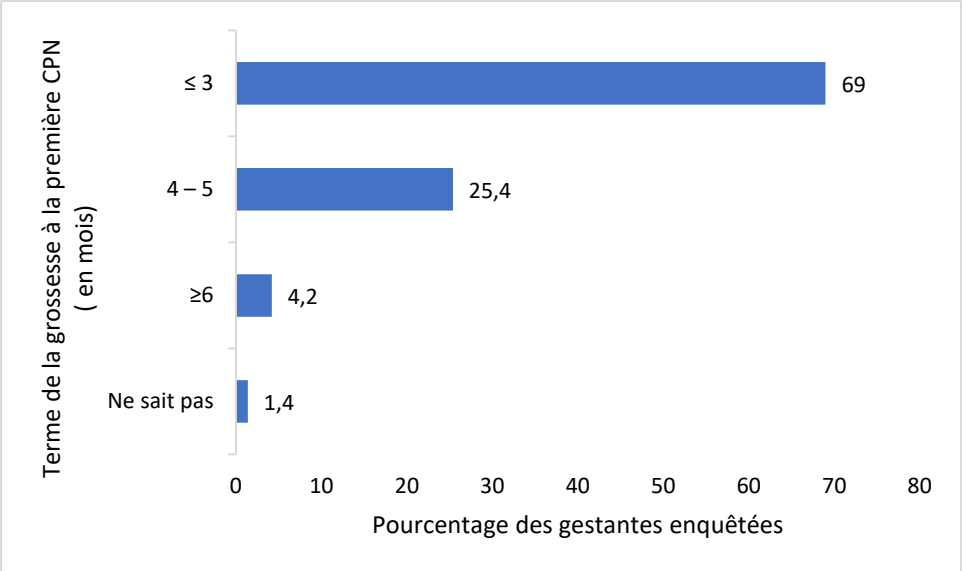


Figure 7 : Répartition des gestantes enquêtées selon le terme de la grossesse à la première CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022

- **Nombre de CPN recommandé**

Le nombre médian de CPN recommandé selon les gestantes enquêtées était de 8,00±3,00 CPN pendant la grossesse. La plupart des femmes soit 47,5% ont souligné qu'il faut 8 CPN et plus pendant la grossesse (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance du nombre de CPN recommandé au cours de la grossesse à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (No=335)

	Nombre	%
Nombre de CPN recommandé au cours de la grossesse		
Ne sait pas	54	16,1
< 8	122	36,4
≥ 8	159	47,5

- **Connaissance sur les signes de gravité et complication pendant la grossesse au premier trimestre**

Aux trois 1ier mois de grossesse, 84,8% des gestantes ont connaissance des signes de gravité pouvant survenir. Les saignements vaginaux (86,6%), les avortements (83,8%) et la douleur abdominale (83,8%) étaient les signes de gravité et complications prioritaires énumérées par les gestantes enquêtées (Figure 8).

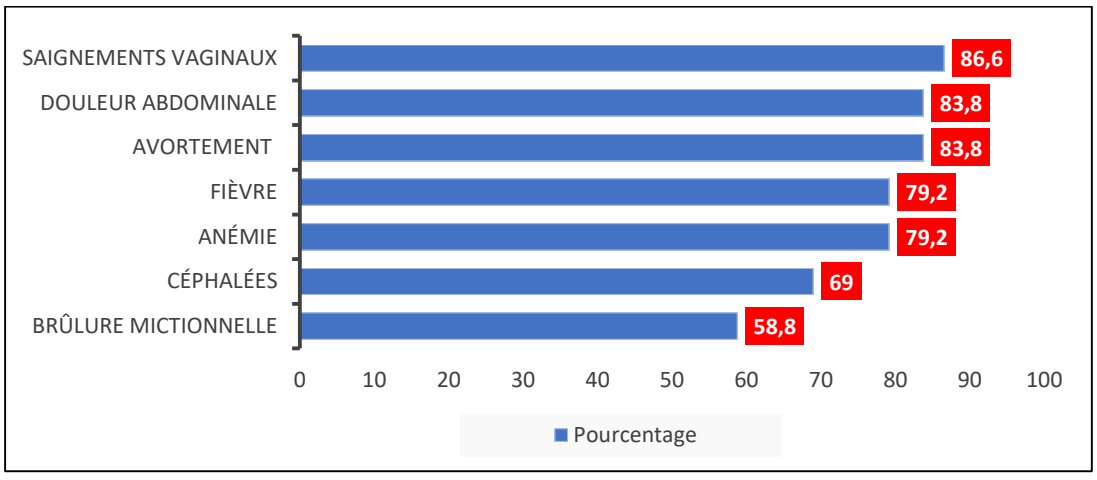


Figure 8 : Répartition des gestantes enquêtées selon les signes de gravité et complications pendant les 3 premiers mois de la grossesse à la maternité du CHUZ-AS, 2022

- **Avantages de la CPN au 1er trimestre, signes de gravité et maladies à prévenir**

Selon les gestantes enquêtées les avantages de commencer la CPN au premier trimestre de la grossesse sont : le dépistage précoce des anomalies (42,7%) et le bien-être de la mère et du fœtus (42,4%) (Tableau VII).

Des réponses multivariées des gestantes enquêtées ont permis de trouver que les saignements vaginaux (93,1%), la dyspnée (84,2%) et les pertes vaginales malodorantes (78,2%) étaient les signes d'alerte au cours de la grossesse. Le paludisme (91,3%) est prioritairement la maladie à prévenir lors de la CPN selon les enquêtées (Tableau VIII).

Tableau VII : Répartition des gestantes selon les avantages de la CPN au 1er trimestre de la grossesse à la maternité du CHUZ-AS,2022 (N=335)

Avantages de la CPN au 1er trimestre de la grossesse	Nombre	%
Eviter les fausses couches	1	0,3
Connaitre les signes de gravité	3	0,9
Avoir un accouchement facile	8	2,4
Ne sais pas	38	11,3
Bien être de la mère et du fœtus	142	42,4
Dépistage précoce des anomalies au cours de la grossesse	143	42,7

Tableau VIII : Répartition des gestantes enquêtées selon la connaissance des signes d'alerte au cours de la grossesse et maladies à prévenir lors de la CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)

	Nombre	%
Signes d'alerte au cours de la grossesse		
Ne sait pas	3	0,9
Convulsions	183	54,6
Céphalées	207	61,8
Bouffissure du visage	228	68,1
Pâleur	231	69,0
Fièvre	243	72,5
Douleur abdominale	254	75,8
Pertes vaginales malodorantes	262	78,2
Dyspnée	282	84,2
Saignements vaginaux	312	93,1
Maladies à prévenir lors de la CPN		
Toxoplasmose	1	0,3
HTA	4	1,2
Tétanos	204	60,9
IST/VIH/SIDA	227	67,8
Anémie	293	87,5
Paludisme	306	91,3

4.1.1.5 Appréciation des gestantes enquêtées sur le service CPN

- **Temps d'attente et appréciation de l'accueil**

Le temps d'attente lors de la CPN était long (2 à 3 heures) pour 42,4% des gestantes et l'accueil était satisfaisant dans 80,9% des cas (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition des gestantes enquêtées selon le temps d'attente lors des CPN et l'appréciation de l'accueil à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)

	Nombre	**%**
Temps d'attente lors des CPN (en heure)		
< 2 (Pas long)	63	18,8
2-3 (long)	142	42,4
3-4 (trop long)	130	38,8
Appréciation de l'accueil		
Pas satisfaisant	21	6,3
Satisfaisant	271	80,9
Très satisfaisant	42	12,5
Non déclaré	1	0,3

- **Prise d'informations, convenance de RDV, heure de CPN souhaitée et IEC**

Dans 90,4% des cas, les patientes recevaient d'informations sur l'évolution de leur grossesse ; 92,5% adhéraient au jour fixé de rendez-vous pour la CPN ; 6,0% n'étaient pas consentantes des heures de RDV de CPN et 55,0% ont souhaité que ces heures de RDV pour la CPN soient entre 07 et 09 heures. Seulement 28,7% des gestantes ont eu à assister aux séances de sensibilisation sur la CPN durant leur grossesse (Tableau X).

Tableau X : Répartition des gestantes enquêtées selon la réception d'informations sur l'évolution de la grossesse, convenance du jour de RDV, des heures de CPN, heures de CPN souhaitées et participation aux séances de sensibilisation à la maternité du CHUZ-AS, 2022

	Nombre	%
Réception d'informations sur l'évolution de la grossesse(N=335)		
Non	32	9,6
Oui	303	90,4
Convenance du jour de RDV(N=335)		
Non	25	7,5
Oui	310	92,5
Convenance des heures de RDV de CPN(N=335)		
Non	20	6,0
Oui	315	94,0
Heures souhaitées pour la CPN(N=20)		
[07-09H]	11	55,0
]09-10H]	1	5,0
Non déclaré	8	40,0
Participation aux séances de sensibilisation sur la CPN au cours de la grossesse(N=335)		
Oui	96	28,7
Non	239	71,3

- **Causes du recours tardif à la 1ère CPN et suggestions des gestantes**

L'absence de moyens financiers (63,5%) est la principale raison pour laquelle les gestantes enquêtées ne viennent pas commencer les CPN au premier trimestre de la grossesse. Comme propositions de solutions prioritaires, les gestantes ont souhaité que la formation sanitaire organise des séances d'IEC/ICC à l'endroit des usagers de l'hôpital (40,9%) et qu'elle réduise le coût de la CPN et assurer la prise en charge rapide et efficace (24,5%) des gestantes (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition des gestantes selon les causes du recours tardif à la CPN1 et les propositions de solution pour améliorer la fréquentation des services prénatals au premier trimestre de la grossesse à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=335)

Causes du recours tardif à la CPN1	**No.**	**%**
Multiparité	3	0,9
Mauvais accueil	6	1,8
La durée d'attente longue	8	2,4
Finance et conflit familial	9	2,7
Ignorance	14	4,2
Finance et distance	18	5,4
Ne sais pas	64	19,1
Absence de moyens financiers	213	63,5
Proposition de solution		
Sensibilisation, meilleur accueil des agents de santé	1	0,3
Aider et soutenir les conjoints	2	0,6
Améliorer les conditions économiques des femmes	36	10,7
Ne sais pas	77	23,0
Réduire le cout de la CPN	82	24,5
IEC/ICC	137	40,9

No : Nombre

4.1.2 Description des données relatives aux prestataires de soins

4.1.2.1 Caractéristiques générales du personnel de la CPN enquêté de la maternité du CHUZ-AS

Parmi les prestataires enrôlés, 12/16 étaient des sages-femmes ;14/16 avaient une ancienneté dans l'exercice depuis 5 ans et plus et 14/16 étaient au service de la maternité du CHUZ-AS il y'a 5 ans et plus.

Le nombre moyen d'année d'exercice des prestataires était de 17,63±9,28 ans avec les extrêmes de 1 an et 30 ans. Et le nombre moyen d'année passée à la maternité du CHUZ-AS était de 11,00±6,10 ans avec les valeurs extrêmes de 1 an et 21 ans (Tableau XII).

Tableau XII : Répartition des prestataires enquêtés selon la qualification professionnelle, l'ancienneté dans l'exercice et à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=16)

	Nombre
Qualification professionnelle	
Médecin	4
Sage-femme d'état	12
Ancienneté dans l'exercice	
1 à 4 ans	2
5 ans et plus	14
Ancienneté dans la maternité	
1 à 4 ans	2
5 ans et plus	14

4.1.2.2 Connaissance des prestataires en matière de CPN

Le personnel de santé à (14/16) avaient reçu une formation continue sur la CPN et (8/16) ont reçu cette formation depuis 5 ans et plus. Les objectifs prioritaires énoncés par les prestataires de la CPN étaient de confirmer le diagnostic de la grossesse (16/16), dépister une maladie pendant la grossesse (15/16) et d'informer le couple (15/16) (Tableau XIII).

Tableau XIII : Répartition des prestataires selon le fait d'être formé sur la CPN, temps de formation et connaissance des objectifs de la CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=16)

	Nombre
Formation continue sur la CPN	
Non*	2
Oui	14
Durée de la formation continue reçue	
Moins d'1 an	2
1 à 4 ans	4
5 ans et plus	8
Connaissance des objectifs de la CPN au Premier trimestre	
Formalités administratives	1
Avortement ou une GEU	9
Confirmer le diagnostic de la grossesse	16
Dépister une anomalie patente de la grossesse	14
Dépister une maladie pendant la grossesse	15
Informer le couple : hygiène, déroulement de la grossesse, conditions de vie	15

*****01 Sage-femme et 01 Médecin gynécologue-obstétricien

Le paludisme (16/16), l'anémie (16/16) et le tétanos (15/16) étaient les principales maladies citées à prévenir durant la CPN.

Les saignements vaginaux (16/16), les convulsions (16/16), les céphalées (14/16), les douleurs abdominales aigues (14/16) et la disparition ou diminution des mouvements actifs fœtaux (14/16) étaient les signes de gravité élémentaires susceptible de survenir au cours de la grossesse selon les prestataires enquêtés (Tableau XIV).

Les métrorragies (16/16), l'anémie sévère (13/16) et vomissements (12/16) sont les principaux signes d'alerte de la grossesse au premier trimestre. Avortements (16/16), grossesse molaire (14/16) et la grossesse extra-utérine (13/16) sont les principales complications de la grossesse au premier trimestre évoquées par les prestataires (Tableau XV).

Tableau XIV : Répartition des prestataires selon les maladies à prévenir lors de la CPN et les signes de gravité au cours de la grossesse au premier trimestre à la maternité du CHUZ-AS, 2022(N=16)

	Nombre
Maladies à prévenir lors de la CPN chez les gestantes	
HTA	1
Malnutrition	1
COVID-19	8
Tétanos	15
Anémie	16
Paludisme	16
Signes de gravité au cours de la grossesse	
Pertes vaginales malodorants	7
Vomissements persistants	10
Œdème des membres	10
Fièvre	12
Asthénie intense	13
Dyspnée	13
Céphalées	14
Douleurs abdominales aigues	14
Disparition ou diminution des mouvements actifs fœtaux	14
Saignements vaginaux	16
Convulsions	16

Tableau XV : Répartition des prestataires selon la connaissance sur les complications et les signes d'alerte au cours de la grossesse au premier trimestre à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=16)

Complications de la grossesse au premier trimestre et signes d'alerte	**Nombre**
Complications de la grossesse	
Malnutrition	8
Infections génito-urinaires	8
Cervicite	11
GEU	13
Grossesse molaire	14
Avortements	16
Signes d'alerte au cours de la grossesse	
Fièvre persistante malgré la prise d'antipyrétique	9
Anémie sévère	13
Douleur abdominale	11
Vomissements	12
Métrorragies	16

.

4.1.2.3 Utilisation des supports d'IEC en CPN

Les supports d'IEC pour les séances d'animations éducatives en CPN étaient utilisés par un prestataire de soins sur deux (8/16). Deux personnels de santé sur trois (12/16) utilisaient la causerie comme technique éducative lors des séances d'IEC.

4.1.2.4 Raisons de retard à la CPN et propositions de solution des prestataires pour améliorer la fréquentation des services de CPN au premier trimestre de la grossesse

Les principales raisons du retard des gestantes à la première CPN mentionnées par le personnel de santé étaient : l'absence de symptômes et manque de moyens financier (11/16). IEC des femmes enceintes (7/16), l'éducation de la population par les masses médias (6/16) et la gratuité de la CPN au premier trimestre (3/16) étaient les principales suggestions faites par les prestataires de soins afin d'améliorer la fréquentation des services de CPN à la maternité du CHUZ-AS (Tableau XVI).

Tableau XVI : Répartition des prestataires enquêtées selon les raisons du retard des gestantes à la CPN1 et les suggestions pour améliorer la fréquentation des services de CPN au premier trimestre la grossesse à la maternité du CHUZ-AS, 2022(N=16)

	Nombre
Raison du retard à la CPN1	
Ignorance de l'importance de la CPN au premier trimestre	2
Interdits socio-culturels et manque de moyens financiers	3
Absence de symptômes, manque de moyen financier	11
Suggestions	
Gratuité de la CPN au premier trimestre	3
Education de la population par les masses médias	6
IEC des femmes enceintes	7

4.2 Étude observationnelle

4.2.1 Observation des éléments liés à l'organisation du service de CPN et D'IEC sur la CPN dans le Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô Ava

Les observations réalisées révélaient une absence quasi-totale d'affiches sur la nécessité de faire la CPN au 1er trimestre de grossesse, la programmation des horaires de CPN, du calendrier de suivi de la CPN, les signes de dangers et les maladies à prévenir pendant la grossesse. Les matériels roulants étaient en nombre insuffisant. Par contre on observe, une prévision des activités de sensibilisation sur la CPN, le respect des normes en termes de personnel, un environnement physique adapté, de points d'eau fonctionnels, de toilettes fonctionnelles et propres et de produits médicamenteux disponibles (Tableau XVII).

Tableau XVII : Répartition des éléments d'observation sur l'organisation des services de CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022

Organisation des services de CPN	**Réponses**
Affiches visibles à la maternité sur la nécessité de faire la CPN au 1er trimestre de grossesse	Absente
Affichage du calendrier de suivi de la CPN à la maternité	Absent
Affiches sur le nombre de CPN à faire au cours de la grossesse à la maternité	Absente
Affiches sur les signes de danger pendant la grossesse à la maternité	Absente
Affichages des noms des maladies à prévenir pendant la grossesse à la maternité	Absent
Affichage du plan d'action à la maternité	Absent
Prévision sur les activités de sensibilisation à la CPN	Présente
Télévision/ radio pour la sensibilisation sur la CPN dans la maternité	Absente
Affiches sur la description des postes et la répartition des tâches	Absente
Affiches sur le calendrier de travail	Absente
Affiche sur le planning des congés	Absente
Observance du respect des normes en personnel à la maternité	Présente
Affiches sur les horaires de CPN dans l'hôpital	Absente
Environnement physique : espace aéré, propre	Présent
Disponibilité de poubelles, bancs et chaises en nombre suffisant	Insuffisante
Points d'eau fonctionnelle pour le lavage des mains	Présent
Toilettes fonctionnelles et propres	Présente
Matériel technique disponible	Insuffisant
Disponibilité des produits : SP, MILDA vaccins antitétaniques	Présent

4.2.2 Observation du déroulement pratique de la CPN par les prestataires de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/SôAva

Dans la pratique, tous les 10 prestataires de soins observés ont donné une aide à la patiente pour s'installer. En salle de consultation, on notait de façon prépondérante une assurance de la discrétion auditive et visuelle. Tous les prestataires ont porté une écoute attentive aux patientes lors de leurs échanges. Des aides ont été apportées aux patientes par tous les 10 agents de santé suivis pour les aider à mieux exprimer leurs idées et le respect de ces dernières durant le traitement a été observé entièrement chez tous les prestataires (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Répartition des éléments observés sur l'accueil des femmes lors de la consultation à la maternité du CHUZ-AS, 2022 (N=10)

Pratique à l'accueil	**No.**
Le prestataire rassure la FE sur la confidentialité des informations qu'elle va donner au cours de l'entretien	7/10
Le prestataire fait les salutations d'usage	9/10
La salle de consultation assure la discrétion auditive et visuelle	9/10
Le prestataire aide la patiente à s'installer	10/10
Le prestataire écoute attentivement la FE	10/10
Le prestataire aide la femme à mieux s'exprimer	10/10
Le prestataire traite avec respect	10/10

4.2.3 Communication interpersonnelle

Durant l'examen, les 10 personnels de santé observés ont pris les constantes de leurs patientes ; l'examen général et obstétrical des femmes venues en CPN a été expliqué par les 10 agents de santé ; des félicitations et encouragement ont été adressés aux gestantes par tout le personnel de santé avec une atteinte respective de 80 gestantes environs. Dans la majorité des cas, les prestataires ont donné des informations sur la grossesse à 72 femmes environs les ayant consultés (Tableau XIX).

Tableau XIX : Répartition des éléments observés sur la communication interpersonnelle à la maternité du CHUZ-AS, 2022

Communication interpersonnelle	No/P	No/G
Le prestataire donne les avantages de la CPN au 1er trimestre de grossesse	3/10	24/335
Le prestataire informe la femme sur la prévention au premier trimestre de grossesse	4/10	32/335
Le prestataire donne des informations sur le plan de préparation à l'accouchement	6/10	48/335
Le prestataire donne des informations sur le plan d'urgence en cas de signe de danger	6/10	48/335
Le prestataire donne les signes de danger pendant la grossesse à la femme	8/10	64/335
Le prestataire négocie le prochain rendez-vous avec la gestante	8/10	64/335
Le prestataire donne des informations sur la grossesse à la gestante	9/10	72/335
Le prestataire explique l'examen général et obstétrical à la gestante	10/10	80/335
Le prestataire félicite et encourage les gestantes	10/10	80/335
Le prestataire a pris les constantes lors de l'examen	10/10	80/335

No/P : Nombre de prestataire observé **No/G** : Nombre de gestante atteint

4.3 PARTIE ANALYTIQUE

4.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des gestantes et retard à la 1ère CPN

Tableau XX : Répartition des gestantes par tranche d'âge, profession et niveau d'instruction en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022

	Retard à la 1ère CPN							
	Non		**Oui**					
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**RP**	**IC 95%[RP]**	**p-value**
Tranche d'âge								0,372
<25	68	66,7	34	33,3	102	1		
[25-34]	129	73,3	47	26,7	176	1,24	[0,86-1,80]	
≥35	34	65,4	18	34,6	52	0,96	[0,60-1,53]	
Situation matrimoniale								0,310
Divorcée	0	0,0	1	100,0	1	0,29	[0,14-0,61]	
Mariée/en couple	219	70,2	93	29,8	312	0,98	[0,46-2,10]	
Célibataire	12	70,6	5	29,4	17	1,00		
Profession de la gestante								**0,022**
Commerçante	61	58,1	44	41,9	105	0,69	[0,47-1,01]	
Artisane	71	71,0	29	29,0	100	1,00		
Agent secteur privé	40	76,9	12	23,1	52	1,25	[0,70-2,25]	
Elève/Etudiante	26	76,5	8	23,5	34	1,23	[0,62-2,43]	
Agent de l'Etat	8	80,0	2	20,0	10	1,45	[0,40-5,19]	
Femme au foyer	25	86,2	4	13,8	29	2,10	[0,80-5,49]	
Niveau d'instruction de la femme								**0,048**
Non scolarisée	26	55,3	21	44,7	47	0,49	[0,30-0,80]	
Secondaire	95	69,3	42	30,7	137	0,71	[0,45-1,12]	
Primaire	32	69,6	14	30,4	46	0,72	[0,40-1,28]	
Supérieur	78	78,0	22	22,0	100	1,00		

L'âge des femmes enquêtées n'avait pas d'association avec le retard à la première CPN (*p>0,05*). Par contre, la profession et le niveau d'instruction des gestantes

étaient liés au retard à la première CPN (*p<0,05)*. Les commerçantes ou revendeuses (41,9%) et les artisanes (29,0%) étaient plus nombreuses à accuser de retard à la première CPN contrairement aux femmes au foyer (13,8%). De même, les femmes non instruites avaient une proportion plus élevée (44,7%) de retard à la première CPN contrairement à celles ayant un niveau d'étude supérieur. La situation matrimoniale n'avait aucun lien avec le retard à la première consultation prénatale (Tableau XX).

Tableau XXI : Répartition des gestantes par résidence, régime matrimonial et revenu mensuel en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022

	Retard à la 1ère CPN							
	Non		**Oui**					
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**RP**	**IC 95%[RP]**	**p-value**
Résidence de la femme (Km)								0,147
< 5	33	70,2	14	29,8	47	0,79	[0,46-1,37]	
[5-10[	90	76,3	28	23,7	165	1,00		
≥ 10	108	65,5	57	34,5	165	0,68	[0,46-1,01]	
Régime matrimonial								0,758
Monogame	205	69,7	89	30,3	294	0,91	[0,52-1,59]	
Polygame	26	72,2	10	27,8	36	1,00		
Revenu mensuel des gestantes (FCFA)								0,353
< 40000	162	67,8	77	32,2	239	0,73	[0,45-1,16]	
40000-80000	52	76,5	16	23,5	68	1,00		
>80000	17	73,9	6	26,1	23	0,90	[0,40-2,02]	

La résidence, le régime matrimonial et le revenu mensuel des patientes enquêtées n'avaient aucun lien avec le retard à la première CPN (*p>0,05*) (Tableau XXI).

Tableau XXII : Répartition des gestantes par la profession du conjoint et son niveau d'instruction en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022

	Retard à la 1ère CPN							
	Non		**Oui**					
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**RP**	**IC 95%[RP]**	**p-value**
Profession du conjoint								0,231
Elève/Etudiant	7	50,0	7	50,0	14	0,50	[0,36-1,17]	
Commerçante/revendeuse	24	66,7	12	33,3	36	0,98	[0,58-1,66]	
Artisan	84	67,2	41	32,8	125	1,00		
Agent du secteur privé	49	69,0	22	31,0	71	1,05	[0,68-1,62]	
Autres	4	80,0	1	20,0	5	1,64	[0,27-9,63]	
Agent de l'Etat	47	77,0	14	23,0	61	1,42	[0,84-2,41]	
Entrepreneur	16	88,9	2	11,1	18	2,95	[0,78-11,16]	
Niveau d'instruction du conjoint								**0,003**
Non instruit	16	45,7	19	54,3	35	0,42	[0,28-0,65]	
Primaire	16	61,5	10	38,5	26	0,60	[0,34-1,06]	
Secondaire	84	70,6	35	29,4	119	0,79	[0,53-1,18]	
Supérieur	115	76,7	35	23,3	150	1,00		
Total	231	70,0	99	30,0	330			

De même, la profession du conjoint n'était pas associée au retard à la première CPN (*p>0,05*). Mais, le niveau d'instruction des conjoints était corrélé au retard à la première CPN chez les gestantes *(p=0,003*). On remarque que (54,3%) des gestantes ayant leurs conjoints non instruits ont accusé de retard à la première CPN versus (23,3%) des femmes ayant de conjoints avec un niveau d'étude supérieur (Tableau XXII).

4.3.2 Caractéristiques socio-culturelles des gestantes et retard à la 1ère CPN

Les pratiques traditionnelles avant la CPN n'avaient pas un lien avec le retard à la première CPN (*p>0,05*). Par contre, le donneur d'ordre dans la prise de décision d'aller à la CPN était significativement associé au retard à la première CPN (*p=0,048*). On constate que 100,0% des décisions venant du Père de la gestante étaient liés au retard à la première CPN contre 24,0% des décisions venant de la gestante elle-même (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Répartition des gestantes par la profession du conjoint et son niveau d'instruction en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022

	Retard à la 1ère CPN							
	Non		**Oui**					
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**RP**	**IC 95%[RP]**	**p-value**
Pratiques traditionnelles avant la CPN								1,000
Non	217	70	93	30	310	1,00		
Oui	14	70	6	30	20	1,00	[0,50-1,99]	
Total	231	70,0	99	30,0	330			
Donneur d'ordre pour la CPN								**0,048**
Beau-père	1	100,0	0	0,0	1	0,00	-	
Belle-mère	5	100,0	0	0,0	5	0,00	-	
Père de la gestante	0	0,0	2	100,0	2	0,24	[0,18-0,31]	
Mère de la gestante	7	58,3	5	41,7	12	0,57	[0,27-1,19]	
Mari	99	64,7	54	35,3	153	0,68	[0,47-0,96]	
Non déclaré	2	66,7	1	33,3	3	0,72	[0,14-3,65]	
Moi-même	117	76,0	37	24,0	154	1,00		
Total	231	70,0	99	30,0	330			

4.3.3 ATCD obstétricaux des gestantes et retard à la CPN1

Les patientes multigestes ont une proportion plus élevée (39,7%) d'accuser de retard à la première CPN contrairement à celles primigestes (18,5%). Cette différence

constatée était statistiquement significative au seuil de 5%. Par contre, la parité n'avait pas de lien significatif avec le retard à la première CPN (*p=0,341*) chez les gestantes (Tableau XXIV).

Tableau XXIV : Répartition des gestantes par gestité, parité et l'âge gestationnel en fonction du retard à la 1ère CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022

	Retard à la 1ère CPN							
	Non		**Oui**		**Total**			
	n	**%**	**n**	**%**	**N**	**RP**	**IC95%[RP]**	**p-value**
Gestité								**0,035**
Multigeste	41	60,3	27	39,7	68	0,34	[0,21-0,56]	
Paucigeste	107	67,7	51	32,3	158	0,47	[0,29-0,77]	
Grande multigeste	17	73,9	6	26,1	23	0,64	[0,29-1,40]	
Primigeste	66	81,5	15	18,5	81	1,00		
Parité								0,341
Multipare	19	59,4	13	40,6	32	0,65	[0,40-1,05]	
Paucipare	66	66,7	33	33,3	99	0,79	[0,55-1,14]	
Grande multipare	4	66,7	2	33,3	6	0,79	[0,24-2,51]	
Primipare	142	73,6	51	26,4	193	1,00		

4.3.4 Analyse multivariée

A l'analyse multivariée, le niveau d'instruction du conjoint, le donneur d'ordre pour la CPN, l'âge gestationnel, le nombre d'enfants vivants, la connaissance des complications pendant les 3 premiers mois de la grossesse et la connaissance du nombre de CPN recommandés étaient les facteurs influençant le retard à la première CPN chez les gestantes interrogées (Tableau XXV).

A cet effet, les gestantes ayant un conjoint de niveau d'étude secondaire ont 0,3 fois plus de chance d'accuser de retard à la première la CPN (ORa=0,34 ; IC95% = 0,14-0,81) contrairement à celles ayant un conjoint non instruit. En outre, une femme ayant un époux avec un niveau d'instruction supérieur a aussi 0,3 fois plus de chance d'aller à la première à CPN en retard (ORa=0,33 ; IC95% = 0,14-0,78) comparativement à celle dont l'époux n'a aucun niveau d'instruction (Tableau XXV).

La décision donnée par la Mère ou le Père de la gestante d'aller à la CPN a 5 fois plus de risque de favoriser le retard à la première CPN (ORa=4,27 ; IC95% = 1,32-21,00) que si cette décision vient d'elle-même (Tableau XXV).

Les gestantes n'ayant pas encore eu de naissances vivantes ont 0,4 fois plus de chance d'accuser de retard à la première CPN (ORa=0,41 ; IC95% = 0,19-0,91) comparativement à celles avec une naissance vivante (Tableau XXV).

Les patientes ayant de connaissances sur les complications et des signes de gravité pendant les 3 premiers mois de la grossesse avaient 0,5 fois plus de chance d'accuser de retard pour la première CPN (ORa=0,45 ; IC95% = 0,22-0,95) que celles n'ayant aucune connaissance sur les complications et les signes de gravité pendant les 3 premiers mois de la grossesse (Tableau XXV).

Les patientes enquêtées ayant déclaré moins de 8 CPN recommandés durant la grossesse avaient 2 fois plus de risque de recourir au retard à la première CPN

(ORa=2,19 ; IC95% = 1,21-3,96) par rapport à celles préconisant 8 CPN et plus recommandés pendant la grossesse. En outre, les gestantes n'ayant aucune connaissance du nombre de CPN recommandés durant la grossesse avaient 3 fois plus de risque d'aller à la première CPN en retard (ORa=2,48 ; IC95% = 1,13-5,42) contrairement à celles ayant connaissance de 8 CPN et plus recommandés pendant la grossesse (Tableau XXV).

Tableau XXV : Analyse multivariée : régression logistique binaire des facteurs du retard à la première CPN à la maternité du CHUZ-AS, 2022.

	Retard à la 1ère CPN (oui/non)					
	OR ajusté	**IC95% [OR ajusté]**	**Coef**	**S. E.**	**Z-Statistic**	**p-value**
Niveau d'instruction du conjoint						
Supérieur	0,33	[0,14-0,78]	-1,08	0,43	-2,51	**0,012**
Secondaire	0,34	[0,14- 0,81]	-1,05	0,43	-2,42	**0,015**
Primaire	0,37	[0,11-1,23]	-0,97	0,60	-1,61	0,107
Non instruit	1,00					
Donneur d'ordre pour la CPN						
Beau-père/Belle-mère	0,00	[0,00->1.0E12]	-11,91	312,83	-0,03	0,969
Moi-même	1,00					
Mari	1,66	[0,96-2,88]	0,51	0,27	1,83	0,067
Autres	1,93	[0,13-28,64]	0,65	1,37	0,47	0,632
Mère/Père de la gestante	5,27	[1,32-21,00]	1,66	0,70	2,36	**0,018**
Nombre d'enfants vivants						
0	0,41	[0,19-0,91]	-0,87	0,39	-2,19	**0,028**
1	1,00					
>1	1,23	[0,66-2,28]	0,20	0,31	0,66	0,507
Complications et signes de gravité pendant les 3 premiers mois de la grossesse						
Oui	0,45	[0,22-0,95]	-0,78	0,37	-2,08	**0,036**
Non	1,00					

5. Discussion

La discussion des résultats de notre étude sur les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/SôAva (CHUZ-AS) au Bénin en 2022 s'articulera autour de 03 axes :

- L'atteinte des objectifs de l'étude ;
- La qualité et la validité des résultats ;
- L'analyse des résultats et la comparaison avec ceux des autres auteurs.

5.1 Atteintes des objectifs de l'étude

Ce travail nous a permis d'étudier les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/SôAva (CHUZ-AS) au Bénin en 2022. Ainsi au terme de notre étude, nous avons pu :

- **Décrire les caractéristiques socio-démographiques des gestantes enquêtées**

Au cours de notre étude, nous avons eu a enquêté 335 gestantes. L'âge médian retrouvé était de 27 ans avec les quartiles de 23 et 32 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-34 ans (54,0%). La majorité des gestantes (32,2%) étaient des commerçantes/revendeuses et ont un niveau d'étude secondaire dans 40,9% des cas. 57,2% des gestantes vivaient dans un ménage de petite taille. Au sein des patientes, la moitié (50,5%) résidaient à 10 km et plus de l'hôpital de zone ; 89,2% vivaient dans un foyer monogame et marié (94,6%) ; 88,6% étaient des chrétiens et 72,2% avaient un revenu mensuel en dessous du SMIG béninois (40000F CFA). Dans 37,9% des cas, les conjoints des gestantes étaient des artisans et 45,4% d'entre eux avaient un niveau d'étude supérieur.

- **Identifier les facteurs socio-culturels influençant le retard à la première consultation prénatale des gestantes**

  Parmi les enquêtées, 6,3% durant leur grossesse ont affirmé avoir eu recours à des pratiques traditionnelles avant la CPN. Parmi ces pratiques, on retrouve : la prise de la tisane (61,9 %), la consultation du FA (28,6%) et la réalisation de vision chez les Célestes (9,5%). Dans 47,2% des cas, les gestantes pour la plupart viennent d'elles même pour la CPN et la grossesse doit être cachée dans 18,2% des cas. Les raisons suscitant un pareil avis sont entre autres les contraintes culturelles (75,4%). Un lien statistiquement significatif a été trouvé entre la décision prise par les parents de la gestante et le retard à la CPN1. En effet, lorsque la décision d'aller à la CPN est prise par les parents de la gestante notamment le père, celle-ci à (5 fois plus de risque de commencer tardivement la première consultation prénatale (QRa=4,27 ; IC95%=1,32-21,00).

- **Déterminer les facteurs liés au service de CPN à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava pouvant influencer la première consultation prénatale au premier trimestre par les gestantes**

  Durant la période d'étude nous avions constatés que le service de CPN dans la maternité de l'hôpital de Zone d'Abomey Calavi était mal organisé sur le plan de la disponibilité des affiches de sensibilisation sur la CPN1. On a pu observer qu'il y avait une absence quasi-totale d'affiches sur la nécessité de faire la CPN au 1er trimestre de grossesse, la programmation des horaires de CPN, du calendrier de suivi de la CPN, les signes de dangers et les maladies à prévenir pendant la grossesse. Ces insuffisances au sein de ce service renforcent l'ignorance des gestantes sur la CPN en générale et celle du premier trimestre en particulier.

- **Reconnaitre les facteurs d'impact négatifs sur la relation soignants et gestantes au CNHU-AS**

  Au cours de l'enquête nous avions constaté que la plupart du personnel de santé (14/16) avait reçu une formation continue sur la CPN et la moitié (8/16) ont reçu cette formation depuis 5 ans et plus. La CPN était assurée par des sages-femmes (12/16) et des médecins (4/16) et ont une bonne connaissance générale sur la CPN1.

  Seulement la moitié (8/16) des prestataires ont reconnus avoir utilisés les supports d'IEC lors des séances d'animation éducative.

  L'observation des pratiques de la CPN par les prestataires a permis de constater que les gestantes sont bien accueillies mais la communication interpersonnelle avait des insuffisances.

  Au vu de ces différents résultats relatifs aux objectifs spécifiques, on peut affirmer que les objectifs assignés à l'études ont été atteints.

5.2 Qualité et validité des résultats

5.2.1 Validité interne

L'objectif principal de notre travail était d'étudier les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au CHUZ-AS. Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique. Cette étude pourrait permettre de connaitre les raisons justifiant la faible participation des gestantes aux soins prénatals au premier trimestre de la grossesse. Ce qui nous permettra de proposer des solutions afin d'augmenter la proportion de gestante en consultation prénatale au premier trimestre pour réduire le taux mortalité maternelle et néonatale dans notre pays.

5.2.2 Validité externe

Notre échantillon était représentatif des gestantes et des prestataires de santé qualifié vus à la CPN du CHUZ-AS. En effet il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste avec un recrutement exhaustifs des gestantes et des agents de santé qualifiés vus à la CPN durant la période de collecte répondant aux critères d'inclusions. Les informations ont été collectées par interview direct des gestantes à l'aide d'un guide d'entretien individuel semi-structuré administré aux gestantes, un questionnaire auto-administré pour les prestataires de la CPN puis une observation des prestataires qualifiés de santé lors des consultations prénatales à travers une grille d'observation pour apprécier la conduite de la CPN et de l'IEC. L'observation du service de CPN a été faite à l'aide d'une liste de vérification pour apprécier l'organisation. L'observation a été faite dans la plus grande discrétion possible et en restant totalement passive. Cette technique nous permet d'affirmer la véracité des informations recueillies.

5.2.3 Evaluation des biais

- **Biais de sélection**

Tous les gestantes et prestataires de santé qualifiés répondant aux critères d'éligibilité ont été inclus dans l'étude. Nous n'avons pas eu de biais liés à la sélection des enquêtés.

- **Biais d'informations**

Comme outils de collecte, nous avons utilisé un guide d'entretien individuel semi-structuré pour les gestantes avec des questions basiques ; un questionnaire auto-administré aux prestataires. Ces types d'outils sont adaptés à la collecte des données requise pour cette étude.

Le biais d'information est lié à la réticence des certaines gestantes à répondre à certaines questions comme celles sur les antécédents obstétricaux et sur leur revenu mensuel. Cette réticence s'explique par le fait que certaines gestantes estiment que, donné réponse à ces questions leur fait rappeler la souffrance passée, la douleur qu'elles ont vécu lors de la perte d'un enfant ou lors d'un avortement. Pour leurs revenus mensuels, elles sont réticentes parce qu'elles ne veulent pas que leur conjoint ou une tierce personne de la famille soit informé de leur revenu au risque d'être la cible de toutes les demandes dans la famille.

Aucun biais d'information n'a été retrouvé avec les prestataires qui ont répondus aux questionnaires autoadministrés en toute discrétion.

En ce qui concerne l'observation des pratiques de la CPN et d'IEC par les prestaires, notre présence dans la salle de consultation pour observer pourrait influencer l'attitude des prestataires vis-à-vis des gestantes. Le nombre d'observateur était insuffisant ce qui n'a pas permis d'observer un nombre important de prestataire au cours de la CPN.

- **Biais de traduction**

Ce biais lié à la traduction n'existe pas dans notre étude parce que les enquêtés et nous-mêmes parlons et comprenons parfaitement la langue fon.

- **Biais de subjectivité**

Dans les enquêtes communautaires, le biais de mensonge constitue une menace pour la validité interne. Les enquêteurs se présentaient aux gestantes et au personnel soignant comme des étudiants n'exerçant pas dans l'hôpital en leur rassurant de la confidentialité des données et de leur anonymat. Cependant, les gestantes connaissant le bien fondé des consultations prénatales au premier trimestre auraient

pu affirmer qu'elles les utilisaient. Ceci pouvait entraîner une surestimation des résultats.

L'interview des gestantes faisait appel à la mémoire de celles-ci. Le temps écoulé depuis le début de la grossesse et le moment de l'enquête pouvait influencer la validité des réponses. Pour la détermination de l'âge de la grossesse, les informations recueillies à ce propos pouvaient contribuer à une sous-estimation des résultats, surtout que les femmes enceintes ne consultaient pas tôt. Dans le souci de minimiser ce biais, nous avons consulté le carnet de santé de la femme.

5.3 Analyse et comparaison des résultats avec les données de la littérature

5.3.1 Terme de la grossesse à la première consultation prénatale

L'enquête a été réalisée auprès de 335 gestantes vues en consultation prénatale à la maternité du CHUZ-AS. Parmi elles, 29,6% avaient commencé tardivement les soins prénatals. Ce chiffre est inférieur à celui rapporté par Houegnangbo C. au Bénin (38,0%) en 2020, par Somé et al. au Burkina-Faso en 2020 (62,93%) ; Tesfali det T. et Patrick Balcha B. en 2014 ont trouvé que (68,4%) des gestantes ont initié la consultation prénatale après 16 semaines d'aménorrhée ; Atade et al. Ont trouvé dans leur étude réalisée à l'hôpital de zone de Natitingou, Bénin en 2021 que 99 gestantes ont réalisé la première consultation prénatale après le premier trimestre, soit une fréquence de 82,5% du retard à la première CPN (CPN1) **[5,28,29,30]**. Selon Grum T. et Brhane E., l'ampleur du retard dans la réservation tardive de CPN à la première visite était de 85,67% en Ethiopie **[31]**. Au Sénégal en 2005, Ndiaye et al. ont trouvé que la CPN1 était tardive pour 68% des gestantes enquêtées **[18]**.

Au Bénin, selon EDS-5 la couverture des soins prénatals au premier trimestre de la grossesse est passée de 37% en 2001 à 51% en 2017-2018**.** Cette hausse des chiffres de la fréquentation des gestantes à la consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse serait due aux récents efforts consentis par nos gouvernements et les différents partenaires sociaux pour réduire la mortalité materno-fœtale mais aussi à travers le volet assurance maladie du projet ARCH en cours dans les communes d'abomey-calavi et Sô-Ava qui assure une prise en charge sanitaire totale des personnes privilégiées par l'état. Ceci montre tout l'engagement du gouvernement à augmenter la fréquentation des gestantes aux soins prénatals au premier trimestre de la grossesse. Mais l'accent n'a pas été mis sur le calendrier des soins prénatals. Ainsi

l'augmentation de la couverture en soins prénatals peut ne pas convenir à toutes les gestantes. Elles devraient utiliser de manière optimale ce service afin de bénéficier du potentiel de la CPN car le retard à la CPN1 constitue un facteur limitant de la surveillance correcte de la grossesse **[18]**. Il en ressort que la question de soins prénatals devrait faire davantage l'objet de promotion tant au niveau des gestantes qu'au niveau des professionnels de la santé et de nos gouvernants.

5.3.2 Caractéristiques socio-démographiques des gestantes

- **Age**

L'âge médian des patientes était de 27,00 ans avec les quartiles de 23 et 32 ans. La tranche dominante était celle de 25 à 34 ans soit (54,0%). Ces résultats sont similaires à ceux de Somé et al. au Burkina-faso en 2020 qui ont trouvé dans leur étude que la moyenne d'âge des participantes était de 27,83 ± 6,14 ans et l'âge médian était de 27 ans **[28]**. Grum T. et Brhane E. en Ethiopie en 2018 ont retrouvé que l'âge moyen des femmes enceintes était de 27 ans avec un écart-type (ET) de 7**[31]**. N'Diaye et al. ont constaté que les gestantes enquêtées avaient 15-40 ans avec une médiane de 27 ans et un écart-type de 6**[18]**.

- **Profession**

La majorité des gestantes enquêtées sont des commerçantes ou des revendeuses (32,2%), artisanes (30,2%). Ces résultats sont similaires à ceux de Houegnangbo C. en 2020, qui a trouvé que les gestantes enquêtées sont dans la majorité des commerçantes (47,67%) et artisanes (30,67%) **[5]** ; Somé et al. ont montré dans leur étude en 2020 au Burkina-Faso que les gestantes enquêtées étaient majoritairement des travailleuses indépendantes (66,74%)**[28]**. Selon EDB-5 qui vient réconforter nos résultats, les gestantes du département de l'atlantique sont plus occupées par le

commerce (56,1%). Par contre Atade et al. ont trouvé dans leur étude menée à Natitingou au nord du Bénin en 2020 que les gestantes enquêtées étaient pour la majorité des ménagères **[31].** Ceci serait dû aux réalités socioprofessionnelles de la femme dans le nord Bénin où la femme doit rester au foyer pour s'occuper de son mari et de ses enfants.

Ces résultats nous font penser que les gestantes enquêtées sont en grande partie occupées par le secteur informel libéral qui leur permet d'échapper au chômage et de pouvoir subvenir à ses besoins et ceux de sa famille, au lieu d'être totalement à la charge de son conjoint.

- **Niveau d'instruction**

Les gestantes enquêtées ont majoritairement un niveau d'étude secondaire (40,9%). Ces résultats sont différents de ceux de Somé et al. qui ont trouvé dans leur étude réalisée en 2020 au Burkina-faso que 73,13% des gestantes enquêtées n'avaient aucun niveau d'éducation; Grum T. et Brhane E. ont trouvé dans une étude similaire en Ethiopie que 43,65% des gestantes ont un niveau d'éducation primaire**[31]** ; N'Diaye et al. ont montré que les gestantes enquêtées étaient non instruites dans 67% des cas **[28,30,5]**. Par contre Gebresilassie et al. dans leur étude portant sur « Moment de la première consultation prénatale et facteurs associés chez les femmes enceintes dans les établissements de santé publique dans la ville d'Axoum, Tigray en Éthiopie en 2017,[…] » ont trouvé que 42,2% des participants ont suivis des études secondaires et préparatoires**[12]**. Ce qui est similaire à nos résultats. Ce constat laisse à déduire que les résultats obtenus sont en parfaites concordances avec les efforts faits à divers niveaux pour promouvoir la scolarisation des filles dans notre pays à travers la gratuité de l'enseignement des jeunes filles jusqu'au second cycle des lycées et collège publics du Bénin où les notions de bases de sante de la reproduction sont enseignées.

- **Résidence des gestantes**

Près de la moitié (50,5%) des gestantes résidaient à 10 km et plus de l'hôpital contrairement aux résultats de Houegnagbo C. en 2020 mené dans deux centres de santé qui a trouvé que 72,0% des gestantes résident entre 5 et 9 km du lieu de consultation **[5]**. Cette différence serait due aux faites que la maternité du CHUZ-AS est une maternité de niveau 2 avec le personnel qualifié présent et un plateau technique adapté pour prendre en charge de façon optimale les complications de la grossesse. C'est pour cela que les gestantes préfèrent laisser les centres de santé de leur localité, parcourir de longue distance pour bénéficier d'un bon suivi durant la grossesse.

- **Situation matrimoniale et régime matrimonial**

Les femmes mariées représentaient 94,6% des gestantes et 89,2% d'entre elle vivent dans un foyer monogame. Certains auteurs ont trouvé des résultats similaires. Il s'agit essentiellement de Habonimana D. et Batura N. qui ont trouvé que 64,82% des gestantes étaient en union légale dans leur étude menée au Burundi en 2021**[32]** ; 93,8% des gestantes sont mariées selon Gebresilassie et al. en Ethiopie en 2017**[12]** ; 95,03% des gestantes sont mariées selon Somé et al. au Burkina-Faso en 2020**[28]** et 86,81% sont mariées d'après Grum T. et Brhane E**.[31]**. Ces résultats sont contraires à ceux de Manyeh et al. qui ont trouvé dans leur étude réalisée au Ghana en 2020 que 64% des gestantes ne sont jamais mariées**[33]**. Ceci serait due au contexte socio-culturel diffèrent de chaque pays. Nos résultats peuvent être également faussement élevés par le fait que les gestantes enquêtées par pudeur vont affirmer qu'elles sont en couple ou mariées alors qu'elles ne le sont pas en réalité.

- **Taille du ménage et revenu mensuel des gestantes**

Les gestantes enquêtées 57,3% vivaient dans un ménage de taille inférieure ou égale à 3 personnes. Ce constat a été fait aussi par Grum T. et Brhane E. en Ethiopie en 2018 qui ont trouvé que 64,98% des gestantes vivaient dans un ménage de moins 5 personnes **[31]**.

Concernant le revenu mensuel des gestantes 72,2% avaient un revenu mensuel inférieur ou égal à 40 000 F CFA ce qui est en dessous du salaire minimum interprofessionnel garanti dans notre pays**.** On peut retenir que les gestantes vues au cours de notre étude n'ont pas les moyens nécessaires pour prendre en charge efficacement les frais liés aux soins prénatals. Ce qui pourrait retarder la fréquentation des services de soins prénatals par ces gestantes.

5.3.3 Caractéristiques socio-culturelles des gestantes

Dans l'étude la plupart des gestantes enquêtées (93,7%) ont affirmé n'avoir pas eu recours à de pratique traditionnelle avant la CPN. Seulement 6,3% reconnaissent avoir eu recours à des pratiques notamment la prise de tisane et la consultation du FA. Ces résultats sont semblables à ceux de Bakouan E. qui dans son étude portant sur « Les déterminants de la faible proportion des gestantes enquêtées vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo » a trouvé que la plupart des femmes enceintes ont affirmé n'avoir pas de pratiques traditionnelles à faire avant la CPN. Seules 08/93 reconnaissent des pratiques notamment les rites et les sacrifices, l'information de la femme par sa belle-mère de son état de grossesse avant toute chose **[35]**. Houegnangbo C. a trouvé dans son travail fait au Bénin en 2020 que 85,0% des gestantes enquêtées affirment n'avoir pas des pratiques traditionnelles avant de faire

la CPN1 et seulement 15,0% ont eu recours aux pratiques traditionnelles avant la CPN1 et c'était principalement la consultation du FA **[5]**.

En Afrique généralement et au Bénin en particulier dans le département de l'atlantique, la venue d'un enfant est considérée comme une grâce divine, un don de Dieu. L'enfant est perçu comme une réincarnation d'une âme défunte qui peut être porteuse de bonheur et de grâce. Cette représentation de l'origine de l'enfant, confère à la grossesse une essence spirituelle, un caractère sacré nécessitant un suivi prénatal spécifique constitué de divers rituels, de consultation de médium, des séances de prière, d'une série d'interdits et de prescriptions. Cette prise en charge culturelle encore observable dans la population de l'atlantique surtout dans la population rurale de Sô-Ava, Zè, constitue un accompagnement psychosocial important dans le bon déroulement de la grossesse. Cependant certains aspects de cette approche traditionnelle notamment les consultations divinatoires et certaines restrictions peuvent limiter le recours à la CPN surtout au début de la grossesse **[5]**.

La majorité des gestantes enquêtées (47,2%) affirment que la décision d'aller à la CPN vient d'elles-mêmes. Dans 46,0% des cas c'est le mari qui décide à la gestante d'aller en CPN. Ces résultats sont contraires à ceux de Bakouan E. qui a trouvé que le pouvoir de décision est détenu en majorité par les conjoints dans 76% des cas ; suivi des femmes elles-mêmes à 37% **[35]**. Houegnangbo C. est allé dans le même sens que lui en trouvant que l'autorisation d'aller à la CPN est donnée par le mari dans 73,33% des cas et seulement 18,33% des femmes prennent la décision elles-mêmes **[5]**.

Ce constat serait dû au fait qu'en Afrique surtout au Bénin l'homme, le conjoint incarne l'autorité familiale. C'est lui le décideur et toute chose qui doit se faire doit être décidée par lui. La femme n'a le droit de prendre une décision sans le consentement de son conjoint. Cette autorité du conjoint sur la gestante à tendance à

faciliter le recours tardif à la CPN. Mais depuis quelques années avec les institutions, les organisations non gouvernementales qui défendent le droit des femmes, l'égalité des sexes et avec l'autonomisation des femmes ; celles-ci sont de plus en plus amenées à prendre des décisions sans forcément compter sur celle de leur conjoint.

Pour 81,8% des gestantes la grossesse ne doit pas être cachée. Seulement 18,2% d'entre elles pensent qu'elle doit l'être et les principales raisons sont les croyances culturelles, la discrétion et l'absence de symptômes. 82,4% des gestantes ont désirées leur grossesse contre 17,6% des gestantes qui ne l'ont pas désirée. Ces résultats sont semblables à ceux de Bakouan E. qui a trouvé que la majorité des sujets (87,73%) affirment que la grossesse ne doit pas être cachée contre 27,27% qui pense qu'elle doit l'être et 80,0% ont désiré la grossesse **[35]**. Houegnangbo C. a eu également des résultats similaires **[5]**. Par contre N'Diaye et al. ont trouvés que la grossesse est cachée dans 64% des cas et seulement 20% des grossesses étaient non attendues**[18]**.

L'influence de la grossesse non attendue (non désirée) pourrait s'expliquer par la honte et la crainte ainsi que par l'espoir de son interruption spontanée ou clandestinement provoquée avant qu'elle ne soit visible. Elle remet à jour les besoins non satisfaits en contraception **[36]**. Les femmes cachent leur grossesse sur la base de concepts mystiques. En effet, selon les croyances locales, la femme enceinte est considérée comme vulnérable au cours des trois premiers mois. La discrétion est donc une forme de protection contre les esprits maléfiques, auxquels pourraient faire recours, par jalousie, les coépouses en milieu polygame **[37, 38]**. L'influence de l'ignorance des risques pouvant survenir au cours du premier trimestre de grossesse s'explique par les croyances et pratiques qu'il importe de changer par des messages d'éducation pour la santé **[18]**.

5.3.4 Antécédents obstétricaux et information sur la grossesse en cours

Les gestantes pour la plupart sont des paucigestes (48,0%) et primipares (58,5%). Ce constat est différent de celui de Houegnangbo C. qui a trouvé dans son étude que la majorité des gestantes enquêtées sont paucigeste (44,0%) et paucipares (37,67%) **[5]**. Bakouan E. a trouvé que la quasi-totalité des enquêtés (74.80%) sont des multipares. Les primigestes représentent (23.30%) **[35]**.

La plupart des gestantes enquêtées avaient plus d'un enfant vivant dans (38,5%) des cas avec aucun enfant décédé (86,9%) et aucun avortement réalisé (82,4%). Ces résultats sont similaires à ceux de Houegnangbo C. qui a trouvé que 87,3% des gestantes n'avaient eu aucun avortement et 76,0% n'avaient eu d'enfants décédés **[5]**. Dans le même sillage, Bankouan E. dans son étude en 2011 a trouvé que 85,90% des enquêtées n'ont pas d'antécédents d'avortement et 76,07% n'ont eu aucun enfant décédé **[35]**.

5.3.5 Connaissance des gestantes sur la CPN

Chez plus de la moitié des gestantes enquêtées (69,0%), la grossesse avait un âge inférieur ou égale à 3 mois à la première CPN. Pour 47,5% des gestantes il faut 8 ou plus de CPN pour un bon suivi de la grossesse. 84,8% d'entre elles savent que des signes de gravité et des complications peuvent survenir durant les trois premiers mois de la grossesse et la majorité des gestante ont une connaissance satisfaisante sur l'avantage de commencer la CPN au premier trimestre de la grossesse, sur les signes d'alerte au premier trimestre de la grossesse et les maladies à prévenir au cours des CPN. Ces résultats sont proches de ceux de Bakouan E. qui a trouvé que la majorité des gestantes (79.8%) affirment que la période de début de la CPN est le premier trimestre de la grossesse ; environ 86% d'entre elles ont cité que le nombre de visites

prénatales est d'au moins 03 ; que les connaissances des avantages de la CPN précoce sont également satisfaisantes ; de même que celles en rapport avec les maladies faisant l'objet de prévention **[35].** Ces résultats tranchent d'avec ceux de Baki M. dans son étude qui révèle que les gestantes avaient de faibles connaissances sur le calendrier du suivi prénatal, ses avantages et les risques encourus **[39].** Cette connaissance est en contraste avec leur consultation tardive car nombreuses sont celles qui ne sont pas vues au premier trimestre (29,6%) dans notre étude. Des actions alors s'imposent pour inverser la tendance.

5.3.6 Appréciation des gestantes sur le service de CPN

- **Temps d'attente lors de la CPN**

Le temps d'attente lors de la CPN était long (2 à 3 heures) pour 42,5% des gestantes. Ces résultats sont semblables à ceux de Owigho et Isara (2022) au Nigeria qui ont trouvé une proportion de 43,5% des femmes non satisfaites du temps d'attente **[40]**. Ils sont supérieurs aux résultats de Houegnangbo C. qui a trouvé dans son étude que 38,0% des gestantes avaient trouvés le temps d'attente long **[5]**. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Bakouan E. qui a trouvé que 76,70% des gestantes ont trouvés le temps d'attente long **[35]**. Ntwali M. dans son étude menée entre 2017 et 2018 que 30% des gestantes déclaraient insatisfaites du temps d'attente **[41]**. A l'opposé Oumar B. et Ladouce C. ont trouvé respectivement que les gestantes étaient satisfaites du temps d'attente à 47,3% et à 36% **[42,43]**.

Les principales causes de cette situation à la CPN du CHUZ-AS serait la lourdeur des services en termes de gestion du flux des patients et d'organisation des services. Ce qui fait suggérer une réorganisation des services de CPN, une disponibilité des

agents de santé en vue d'une satisfaction rapide et efficace des gestantes pour réduire le temps d'attente des gestantes à la CPN.

- **Appréciation de l'accueil des agents de santé par les gestantes**

L'accueil à la maternité du CHUZ-AS était satisfaisant à 80,9% selon les gestantes enquêtées. Ce qui est proche du résultat de Bamba O. qui a trouvé 80,4% et de Hasna I. à Marrakech 81% **[42,44**]. Ces résultats sont supérieurs à ceux de Lahbib H. et Moussaoui N. **[45]** au C.H.U de Tizi-Ouzou, Adamou H., Amadou M., Habou O., et al**. [46]**, Aristide R. Yameogo au Burkina Faso **[47]**, Houegnangbo C au Bénin **[5]**, Diarra M.K **[48]** à l'ASCO Nord Bamako Mali, Habiba G., Ongolo-Zogo P**. [49]** à Yaoundé au Cameroun et Kata K. **[50]** au CSCOM de Segué au Mali ; respectivement (78,4%, 75,77%,70,33%, 68,1%, 61,5%, 54,7% et 40%).

Une étude de la DSF a montré que certains comportements des agents de santé tels que le mauvais accueil, constituaient un frein à l'utilisation des services d'une manière générale. Ainsi, pour inverser la tendance, il convient d'agir sur l'accueil des gestantes enquêtées **[35]**. La plupart d'entre elles ont insisté sur le fait que l'accueil des soignants à ce moment précis avait été chaleureux et que les soins reçus étaient de bonne qualité. Les pratiques agressives et l'attitude autoritaire des sages-femmes sont les principales raisons pour lesquelles ces femmes ont une perception négative des soins offerts dans la maternité.

5.3.7 Informations reçues sur l'évolution de la grossesse et convenance des rdvs de CPN et Sensibilisation reçu au cours de la CPN

La plupart des gestantes enquêtées ont reçues d'information sur l'évolution de la grossesse dans (90,4%) des cas. Ces résultats sont largement supérieurs à ceux de Oumar B. en 2020 au Mali **[42]**, Houegnangbo C. en 2020 au Bénin dans la commune de Ouidah **[5]**, de Bakouan E. au Burkina-Faso en 2011 **[35]** qui ont trouvés respectivement 86,4% ; 81,33% et 49,10% dans leur étude.

92,5% adhéraient au jour fixé de rendez-vous pour la CPN ; 94,0% étaient consentantes des heures de RDV de CPN. Ce constat a été également fait par Houegnangbo C. qui a trouvé que la majorité des gestantes enquêtées affirme que les jours (97,33%) et l'heure (95,67%) de CPN leur conviennent **[5]**. Bakouan E. a eu des résultats inférieurs. Pour lui, 80,40% les gestantes enquêtées trouvent que les jours de CPN leur conviennent et les heures leur sont convenables dans (61,30%) **[35]**. Cependant dans notre étude 6,0% des gestantes enquêtées n'étaient pas consentantes des heures de rdv de CPN et 55,0% ont souhaité que ces heures de rdv à la CPN soient entre 07 et 09 heures ce qui leur permettra d'éviter de se réveiller très tôt et d'être vite reçue.

Environs 71,3% des gestantes affirment ne jamais avoir assisté à une séance de sensibilisation sur la CPN au cours de leur grossesse dans l'hôpital. Ces résultats sont contraires à ceux trouvé par Houegnangbo C. et Bakouan E. qui ont trouvé respectivement que 70,33 % et 77,20% des gestantes affirment avoir assisté à des séances de sensibilisation sur la CPN **[5,35]**.

Ces résultats pourraient s'expliquer par la surcharge du travail effectué par chaque agent qui réduit le délai d'entretien entre le personnel et les gestantes ; le manque d'affiche d'information sur la CPN ou la non disponibilité du matériel nécessaire

pour effectuer les séances de sensibilisation ; par l'absence d'un suivi régulier des séances de sensibilisation. De toutes les façons il faudra trouver les moyens nécessaires pour que les séances de sensibilisation se fassent régulièrement sur la CPN dans l'hôpital car selon Ouendo et al. dans leur étude menée en 2015 au Bénin les femmes qui n'ont pas fréquenté les séances de sensibilisation ont montré un risque environ 17,64 fois plus élevé de faible utilisation des soins prénatals par rapport à celles qui ont assisté à ces réunions **[34]**.

5.3.8 Raisons du recours tardif de CPN selon les gestantes et suggestion pour améliorer la fréquentation des gestantes aux soins prénatals.

L'absence de moyens financiers (63,5%) était la principale raison évoquée par les gestantes enquêtées. Les résultats de l'étude corroborent ceux rapportés par Khan et al. à Kinshasa, par Mrisho et al. en Tanzanie, et Houegnangbo C. au Bénin **[51,52,5]**. En dehors de toute subvention, le payement direct des soins de santé, en pratique au Bénin, entraine des coûts énormes par rapport au revenu de ménages. Cette situation est encore plus accentuée, si le type de tarification pratiqué est à l'acte. Le mécanisme de recouvrement de coût entraine donc un problème d'accessibilité financière pour la population.

Comme propositions de solutions prioritaires, les gestantes enquêtées ont souhaité que la formation sanitaire organise des séances d'ICC/IEC à l'endroit des usagers de l'hôpital (40,9%) et qu'elle réduise le coût de la CPN et assurer la prise en charge rapide et efficace (24,5%) des gestantes.

5.3.9 Renseignements généraux du personnel de la CPN du CHUZ-AS

La majorité du personnel de la CPN est constituée de 75,0% de sages-femmes et de 25,0% de médecin ; 87,5% avaient une ancienneté dans l'exercice depuis 5 ans et plus et 87,5% étaient en service à la maternité du CHUZ-AS il y'a 5 ans et plus. Ces résultats sont semblables à ceux de Houegnangbo C. qui a trouvé dans son étude réalisée dans les maternités publiques des centres de santé que la majorité du personnel des CS sont des sages-femmes (80,00%) **[5]**. Mais, aucune CPN n'a été réalisée par un médecin. Ils sont inférieurs à ceux de Zoumana D. qui a trouvé que 45,8% des CPN étaient réalisées par une gynécologue **[53]**. Cette différence s'expliquerait par le statut de 1ère référence que le CHUZ-AS occupe dans la pyramide sanitaire du département de l'atlantique, de ce fait les activités de CPN sont réalisées par du personnel qualifié incluant des médecins gynécologues, les sages-femmes contrairement au CS où les CPN sont principalement réalisées par les Sages-femmes.

Les consultations en majorité ont été faites par le personnel qualifié et cela a un impact favorable sur la qualité des CPN. Ce qui satisfait les normes de l'OMS où la première CPN doit être effectuée par un médecin gynécologue obstétricien et cela pour confirmer le diagnostic de la grossesse, et de prendre en charge celle qui comporte des risques.

5.3.10 Connaissance des prestataires sur la CPN

Le personnel de santé à 87,5% avaient reçu une formation sur la CPN et plus de la moitié ont reçu une formation depuis 5 ans et plus et 5 personnes sur 16 n'ont pas bénéficié de séance de recyclage. Les prestataires ont une connaissance satisfaisante sur les objectifs de la CPN1, les maladies à prévenir, les signes d'alerte au cours de

la grossesse et les complications de la grossesse au premier trimestre ainsi que la période de début du suivi de la grossesse. Ces résultats sont proches de ceux de Houegnangbo C. dans son étude **[5]** ; de Bakouan E. qui a trouvé que les connaissances des CPN sur les objectifs, la période de début du suivi sont satisfaisantes. En effet, 80.9% des enquêtées ont pu citer au moins deux objectifs de la CPN1 au 1er trimestre de grossesse. 85.70% des agents de santé ont trouvé la période de début du suivi de la grossesse. Par contre, la connaissance de la promotion de la santé comme objectif de la CPN1 n'est pas satisfaisante. Pour les responsables de maternité, en dehors de la promotion de la santé évoquée par 52.40% des responsables, tous les objectifs ont été cités par les enquêtées. Cela est fort appréciable quand on sait l'importance de cette connaissance sur la CPN1. Cependant, les connaissances des prestataires de service de CPN ne sont pas satisfaisantes notamment sur les complications de la grossesse au 1er trimestre, les signes de danger au cours de la grossesse 47.70%. Cette situation n'est pas en faveur d'une bonne communication avec les gestantes en vue de renforcer leurs connaissances en matière de CPN. Les connaissances des prestataires de service de santé sont satisfaisantes sur le nombre de CPN à faire durant la grossesse (52.38%) et la période de la CPN1 au premier trimestre de grossesse (47.62%) **[35]**.

5.3.11 Utilisation des supports d'IEC en CPN

Les supports d'IEC pour les séances d'animations éducatives en CPN étaient utilisés par un agent de santé sur deux (8/16). Deux personnels de santé sur trois (12/16) utilisaient la causerie comme technique éducative lors des séances d'IEC. A l'opposé Houegnangbo C. a trouvé que 14/15 du personnel de la maternité des centres de santé ont affirmé avoir des supports d'IEC pour les animations éducatives en CPN et utilisent ces supports pour les animations éducatives en CPN (13/15) **[5]**. Ce constat

montre combien de fois les séances de sensibilisation sont négligées voire abandonnées par les prestataires des hôpitaux de références ce qui ne permet pas de renforcer le niveau de connaissances des gestantes sur la CPN.

5.3.12 Raisons du retard à la CPN 1 évoquées par les prestataires et proposition de solution pour améliorer la fréquentation de la CPN au premier trimestre de la grossesse

Les principales raisons du retard des gestantes à la première CPN mentionnées par le personnel de santé étaient : l'absence de symptômes, négligence et manque de moyens financiers (68,8%). Ces résultats sont semblables à ceux de Houegnangbo C. **[5]**.

Les principales propositions de solution sont IEC des gestantes (7/16), l'éducation de la population par les masses médias (6/16), et la gratuité de la CPN au premier trimestre (3/16) étaient les suggestions faites par les prestataires de soins afin d'améliorer la fréquentation des services de CPN à la maternité du CHUZ-AS.

5.3.13 Etude observationnelle

- **Observation des éléments liés à l'organisation des services et d'IEC sur la CPN dans la maternité du CHUZ-AS**

Les observations faites révélaient une absence quasi-totale d'affiches sur la nécessité de faire la CPN au 1er trimestre de grossesse, la programmation des horaires de CPN, du calendrier de suivi de la CPN, les signes de dangers et les maladies à prévenir pendant la grossesse. Les matériels roulants étaient en nombre insuffisant. Par contre on observe, une prévision des activités de sensibilisation sur la CPN, le respect des normes en termes de personnel, un environnement physique adapté, de points d'eau

fonctionnels, de toilettes fonctionnelles et propres et de produits médicamenteux disponibles.

Ces résultats constatés corroborent avec ceux de Houegnangbo C. qui dans son étude a pu observer une quasi-absence des affiches sur la nécessité de faire la CPN au premier trimestre de la grossesse, sur le calendrier de suivi de la CPN, sur le nombre de CPN, sur les signes de danger et les maladies à prévenir pendant la grossesse **[5]**. Ce constat est assez mauvais et pourrait contribuer à la mauvaise connaissance des gestantes sur la CPN et compromettre la fréquentation des services de soins prénatals par les gestantes.

- **Observation du déroulement pratique de la CPN**

Dans la pratique, tous les 10 prestataires de soins observés ont donné une aide à la patiente pour s'installer, la salutation d'usage est faite. En salle de consultation, on notait de façon prépondérante une assurance de la discrétion auditive et visuelle. Tous les prestataires ont porté une écoute attentive aux gestantes lors de leurs échanges. Des aides ont été apportées aux patientes par tous les 10 agents de santé suivis pour les aider à mieux exprimer leurs idées et le respect de ces dernières durant la consultation a été observé chez tous les prestataires. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés par Houegnangbo C. qui a trouvé que la confidentialité des gestantes étaient respectée dans 100% des cas **[5]**.

En ce qui concerne la communication interpersonnelle, elle est peu satisfaisante. En effet, durant l'examen, les 10 agents de santé suivis ont pris les constantes de leurs patientes ; l'examen général et obstétrical des gestantes venues en CPN a été expliqué par les 10 agents de santé ; des félicitations et encouragement ont été

adressés aux gestantes par tout le personnel de santé suivis et dans la majorité des cas, les prestataires ont donné des informations sur la grossesse aux gestantes les ayant consultées. Néanmoins seulement (3/10 et 4/10) des agents de santé donnent respectivement les avantages de la CPN au premier trimestre et sur les préventions au premier trimestre. De même seulement (6/10) des prestataires ont pu informer les gestantes sur le plan de préparation à l'accouchement et sur le plan d'urgence en cas de signe d'alerte. Ce constat a été fait aussi par Bakouan E. qui a trouvé que la communication interpersonnelle avec les gestantes lors des CPN n'est pas satisfaisante parce que 57.42% des prestataires observés n'ont pas pu suivre correctement les éléments de la CIP. Aussi, les informations sur l'évolution de la grossesse n'ont été données qu'à 47%, les signes de danger dans 23.80% des cas **[35]**.

5.3.14 Etude analytique

- **Caractéristiques socio démographiques des gestantes et retard à la première CPN**

L'âge des femmes enquêtées n'avait pas d'association avec le retard à la première CPN($p>0,05$). Ce résultat peut s'expliquer par la faible proportion des gestantes de moins de 25ans (30.5%) et de plus de 35ans (15,5%) dans notre étude.

Par contre, la profession et le niveau d'instruction des gestantes étaient liés au retard à la première CPN($p<0,05$). Les commerçantes ou les revendeuses étaient plus nombreuses (41,9%) à accuser de retard à la première CPN contrairement aux femmes au foyer (13,8%). Ce résultat est similaire à celui trouvé par Houegnangbo C. dans son étude **[5]**. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les gestantes au foyer disposent de leur temps et n'ont aucune obligation professionnelle pouvant les empêcher d'aller à leur première consultation prénatale le plus tôt. Tandis que les revendeuses, du fait de leurs occupations nombreuses seront entrain de reporter la

date où elles devraient se rendre à la CPN pour une raison professionnelle et surtout l'absence de symptômes et se retrouver finalement en retard pour la CPN1.

Concernant le niveau d'instruction des gestantes, les non scolarisées avaient une proportion plus élevée (44,7%) de retard à la première CPN contrairement à celles ayant un niveau d'instruction supérieur. Ces résultats sont semblables à ceux de Houegnangbo C., Tchenté Nguefack et al., Feijen de Jong et al., et Ndiaye et al. qui rapportent un lien statistiquement significatif entre l'illettrisme, le faible niveau d'instruction et l'arrivée tardive en CPN1 **[5,54,55,18]**. En effet, il est difficile pour les gestantes avec un faible niveau d'éducation de comprendre pourquoi consulter tôt alors que la grossesse n'est pas considérée comme une maladie. Ces résultats corroborent avec ceux de Bakouan E. qui trouve que la proportion des CPN1 au 1er trimestre de grossesse chez les femmes « instruites » est de 24.66% contre 12.22% chez les « non instruites ». La différence entre ces deux proportions est statistiquement significative avec une probabilité, ($p=0,039<0,05$) **[35]**. Somé et al. ont montré que les femmes sans aucune instruction avaient également un risque plus élevé de CPN1 tardive par rapport à celles ayant un niveau secondaire ou universitaire **[28]**. Des résultats similaires ont été trouvés lors d'études menées au Nigéria, en Éthiopie, au Vietnam et au Pakistan **[56,57,58]**. L'explication possible du pourquoi l'éducation est un déterminant clé pourrait être que mieux les femmes sont instruites mieux elles ont reçu des notions sur la grossesse et perçoivent l'importance de réserver tôt pour la CPN1.

A propos du niveau d'instruction du conjoint, les gestantes dont les conjoints sont non instruits ont accusé de retard à la première CPN ($p=0,003$; 54,3%) contrairement à celles dont les conjoints ont un niveau d'étude supérieur (23,3%). Ces résultats sont semblables à ceux de Houegnangbo C. et Somé et al. **[5,28]**. Tout comme l'instruction de la gestante, l'instruction de son conjoint est aussi significativement

associée au nombre de CPN effectué par celle-ci. Dans la même logique, nous constatons que les gestantes dont les conjoints sont instruits font plus recours aux CPN que celles dont les conjoints ne sont pas instruits. Des études similaires menées en Ethiopie ont montré que le faible niveau d'instruction des gestantes et de leur conjoint étaient tous deux significativement associée à des CPN tardives **[59,60]**. En effet, l'étude menée par Tura et al. en Ethiopie a montré que les femmes ayant un niveau secondaire ou universitaire ainsi que celles qui ont un conjoint avec un niveau secondaire ou universitaire avaient respectivement 6 fois et 1,5 fois moins de risque d'avoir une CPN tardive **[60]**. Encore une fois, ces résultats mettent en évidence le rôle majeur de l'éducation vis-à-vis de l'utilisation des soins prénatals adéquats.

La distance qui sépare le lieu de résidence de la femme et l'hôpital n'a pas pu avoir un lien avec le reta+rd à la première consultation prénatale chez les gestantes enquêtées (p=0,147) contrairement aux résultats de Atadé et al. dans leur étude portant sur « Les Facteurs liés au retard à la première consultation prénatale à l'hôpital de Zone de Natitingou, Benin en 2021 » ont su montrer que la distance (séparant le domicile de l'hôpital) supérieure à 5km est statistiquement associée au retard de la CPN1 avec un p=0,0070. Les longues distances pour arriver à un service de santé, la mauvaise qualité des routes surtout durant la saison des pluies entravent l'accès aux services de santé et contribuent ainsi à décourager les gestantes à utiliser les services de soins prénatals **[30]**.

Ce résultat est dû à la taille plus grande de notre population d'étude et le pourcentage élevé de gestante qui parcourent une longue distance pour venir effectuer leur CPN.

- **Caractéristiques socio culturelles des gestantes et retard à la première CPN**

Les pratiques traditionnelles avant la CPN et les types de pratiques n'avaient pas un lien avec le retard à la première CPN (*p>0,05*). Par contre, le donneur d'ordre dans

la prise de décision d'aller à la CPN était significativement associé au retard à la première CPN (*p=0,048<0,05*). On constate que 100,0% des décisions venant du père de la gestante étaient liés au retard à la première CPN contre 24,0% des décisions venant de la femme elle-même. Ces résultats corroborent ceux de Bakouan E. qui a trouvé qu'il y a un lien statistiquement significatif entre le pouvoir de décision et la CPN1 au 1er trimestre (p<0.05) **[35]**. En effet le fait que le retard à la CPN1 soit statistiquement lié à la décision d'aller à la CPN venant du père de la gestante pourrait être dû à l'autorité exercée par certains pères qui dans leur position de chef de famille sont pris par la honte, le déshonneur, la colère, évitent les dépenses liées à la grossesse et préfèrent ignorer leur fille ou même les renvoyer vers le géniteur au lieu d'aider cette dernière à se rendre le plus tôt possible en CPN pour un bon suivi de la grossesse.

- **Antécédents obstétricaux des gestantes et retard à la CPN1**

Les patientes multigestes (p=0,035) et ayant plus d'un enfant vivant(p=0,011) ont une proportion plus élevée (39,7% et 36,2%) d'accuser de retard à la première CPN contrairement à celles primigestes (18,5%). Cette différence constatée était statistiquement significative au seuil de 5%. Ces résultats sont conformes aux études présentes **[34,61,6,63]**. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes qui ont déjà eux une grossesse avait capitalisé des expériences. Par conséquent, elles sont moins susceptibles de se conformer aux CPN au temps opportun de visite.

Conclusion

Les résultats de cette étude portant sur les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava au Bénin en 2022 montrent que certaines gestantes viennent en retard à leur première consultation prénatale. Ce retard est associé à plusieurs facteurs. Il s'agit des facteurs socio-démographiques notamment la profession, le niveau d'instruction des gestantes et le niveau d'instruction de leur conjoint. Les facteurs socio-culturels dont la décision d'aller à la CPN venant des parents de la gestante particulièrement le père ; la multigestité constituaient les principaux facteurs associés au retard à la première consultation prénatale au CHUZ-AS. Nous avons aussi constaté que le service de CPN avait des insuffisances en matière de sensibilisation sur la CPN et la communication interpersonnelle était peu satisfaisante. Ces constats peuvent influencer la première consultation prénatale des gestantes au premier trimestre.

La sensibilisation des gestantes et des femmes en âge de procréer sur l'importance des consultations prénatales précoces et régulières, la réduction voire la gratuité des frais liés aux soins prénatals, une bonne éducation des femmes, de même que leur intégration professionnelle, une bonne organisation du service de CPN et une bonne communication interpersonnelle pourraient avoir un impact positif et réduire de façon considérable le retard observé à la première CPN au CHUZ-AS.

Suggestions

A la lumière des résultats de notre étude et suite aux suggestions faites par les gestantes et les prestataires, nous recommandons :

Au gouvernement du Bénin

- Faire la promotion de la fréquentation de CPN au premier trimestre de la grossesse auprès des gestantes et des femmes en âge de procréer à travers des séances de sensibilisation par les masses médias et les réseaux sociaux sur les avantages de commencer la consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse.
- Etendre l'assurance maladie à toutes les gestantes admises en CPN.
- Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre d'activités en faveur de la santé maternelle, notamment le suivi des gestantes.
- Rendre disponibles des affiches, boites à images sur la consultation prénatale auprès des maternité.
- Généraliser le carnet de santé maternelle avec des informations d'IEC
- Accompagner les chefs de familles, les assistances sociaux, les relais communautaires à aller dans la communauté pour sensibiliser

Au personnel soignant de la maternité et cadres du CHUZ-AS

- Promouvoir la ponctualité au service.
- Améliorer la communication avec les gestantes lors des CPN.
- Réduire le temps d'attente des gestantes lors des CPN en respectant les horaires de la montée de services.
- Renforcer les connaissances des gestantes et de leurs conjoints sur le calendrier de CPN, les avantages de la CPN au 1er trimestre de grossesse, les complications et signes d'alerte pendant la grossesse.
- Assurer régulièrement les séances d'IEC et de CCC.

Aux gestantes et à leurs parents

- Consulter le plus tôt possible dans une maternité en cas de retard des règles et suivre régulièrement les CPN et respecter les rendez-vous.
- Suivre correctement les conseils donnés par les prestataires
- Abandonner de certaines pratiques traditionnelles (habitudes, coutumes, tisanes) néfastes à la santé de la mère et du fœtus.
- Aux parents des gestantes d'aider leur fille à bien suivre leur grossesse.

Aux conjoints des gestantes

- Être des maris responsables
- Soutenir convenablement leur femme durant la grossesse

Références

1-Saizonou J, Agueh DV, Aguemon B, Mongbo Adé V, Assavedo S, Makoutodé M. Évaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin. Santé Pub. 2014 ;26(2) :249-57.

2-Organisation Mondiale Santé. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier des soins adaptés au bon moment [En ligne].2016[Cité le 14 juin 2022]. Disponible : https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who

3-Papiernik E, Cabrol D, Pons JC. Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique. Paris : Flammarion Médecines-sciences ; 1995 :7535-37.

4-Kowe IG. Impact du nombre de consultations prénatales sur le devenir des grossesses ; cas du District de Santé de Maroua II. The journal of Medicine and Health Sciences. 2017 :12p.

5-Houegnangbo C. Déterminants du retard à la première consultation prénatale dans les maternités publiques de Pahou et de Kpasse dans la commune de Ouidah, au Bénin en 2020 : [Thèse de Doctorat en médecine n° 2358]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; 2021 : 126p.

6- Traoré S, Samaké A, Bocoum A, Sangaré R.T, Téguédé I, Mounkoro N, et al. Pronostic Obstétrical des Grossesses non Suivies dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako. The Journal of Medicine and Biomedical Sciences [En ligne]. Août 2020 [Cité le 17 mai 2022]. Disponible : http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2186/pdf_1021

7-Diakaridia D F. Relation entre la consultation prénatale, devenir de grossesse et de l'accouchement : étude portant sur 1296 cas : [Thèse de Doctorat en médecine].

Bamako : Faculté de Médecine et de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; 2009 :100p.

8-Ministère de la Santé, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin : Rapport d'évaluation des besoins en SONU. Cotonou ;2018 :109p.

9- Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. GMSanté 2éd. 2019 : 106-11p.

10- BERNARD P, GENEVIEVE P, Dictionnaire médical pour les régions tropicales, BERPS, Kangu-Mayumbe, 1989 : 872p.

11-Ministère de la santé, Direction de la Santé de la Famille. Etude socio anthropologique sur les connaissances attitudes et pratiques des populations dans le domaine de la santé maternelle et infantile dans les provinces : Houet, Kouritenga, Sanguié, Tapoa, Ouagadougou, 1992 : 101p.

12- Gebresilassie B, Belete T, Tilahun W, Berhane B, Gebresilassie S. Timing of first antenatal care attendance and associated factors among pregnant women in public health institutions of Axum town, Tigray, Ethiopia, 2017: a mixed design study. BMC pregnancy and childbirth.2019 ;5:1-11. DOI: 10.1186/s12884-019-2490-5

13- Rouamba M. Etude sur les facteurs déterminant la faible couverture obstétricale dans le district sanitaire de Manga. 2000 : 82p.

14- Ogoudjobi M. Les protocoles d'obstétrique. 2ème éd. Porto-Novo : FMC ;2013 : 196p.

15-Ajavon D.R.D, Aboubakari A.S, Douguibe B,Logbo K, Bassowa A, Houzou P, et al. Premiere consultation prenatale dans le district de Kozah (Togo) : cas de trois centres (Hopital Mere et Enfant Sos de Kara, Polyclinique de Kara et USP Lama Kpedah). Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé [En ligne]. 01 novembre 2018 [cite le 08 mai 2022]. Disponible : https://www.ajol.info/index.php/jrsul/article/view/179222

16-Ima S. Facteurs déterminants la faible proportion de gestantes enquêtées vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Pô : [Mémoire]. Ouagadougou : Ecole Nationale de Santé Publique.

17- Baki M. Déterminants du faible taux de dépistage de la grossesse à risque dans le district sanitaire de Boulsa : [Mémoire]. Ouagadougou : Ecole Nationale de Santé Publique ;2002 : 55p.

18-Ndiaye P, Tal dia A, Diediou A, Dieye E.H.L, Dione D.A. Déterminants socioculturels du retard de la 1reconsultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. Cairn.info.2005; 17(4): 531-38. DOI: 10.3917/spub.054.0531

19-Achia Tno, Mageto LE. Individual and contextual determinants of adequate maternal health care services in Kenya. Women Health. 2015 ;55(2) : 203-26.

20-Mafuta EM and Kayembe PK. 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. sept 2011;4(4):845-54.

21-Aubard, Decroisette E, Epidémiologie et complications, dossier obésité et grossesse, Réalités en Gynécologie-Obstétrique. 2008 ;(131): 91p.

22-Adekanle O, Isawumi AI. Late antenatal care booking and its predictors among pregnant women in South Western Nigeria. Online J Health Allied Scs

[En ligne]. 2008[cite le 13 fév 2023];7(1):1-6. Disponible: https://web-archive.southampton.ac.uk/cogprints.org/6084/

23-Magadi M.A, Agwanda A.O, Obare F.O. A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub_Saharan Africa: evidence from Demographic and HealthSurveys. Soc Sci Med 1982. 2007 :1311–25.

24-Bulonza F.B. Impacts des consultations prénatales sur la santé de la mère, de l'enfant et sur la stabilité familiale à Kadutu. International Journal of Social Sciences and Scientific Studie [En ligne]. 17 février 2022[cité le 11 février 2023]. Disponible : https://ijssass.com/index.php/ijssass/article/view/46/41

25-Ousmane T. C. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de la commune 1 du district de Bamako : [Thèse de Doctorat en médecine]. Bamako : Université des sciences techniques et technologiques de Bamako ;2012 :109p.

26-Ministère du Plan et du Développement, Direction Générale de la Coordination et du suivi des Objectifs de Développement Durable. Spatialisation des cibles prioritaires des ODD au Bénin : Monographie des communes des départements de l'Atlantique et du Littoral Note synthèse sur l'actualisation du diagnostic et la priorisation des cibles des communes. [s.l.] ; 2019 :135p.

27-Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. Cahier des villages et quartiers de ville du département de l'atlantique.4éd. [s.l.] ; 2016 :42p.

28-Somé A, Baguiya A, Coulibaly A, Bagnoa V, Seni K. Prevalence and Factors Associated with Late First Antenatal Care Visit in Kaya Health District, Burkina Faso. 2020; 24(2):19-26. DOI: 10.29063/ajrh2020/v24i2.2

29-Tesfalidet T, Balcha B. factors associated with late initiation of antenatal care among pregnant women attending antenatal clinic at public health centers in kembata tembaro zone, Southern Ethiopia. Star journal. 28 mars 2014,3(2): 108-15 DOI : 10.4314/star.v3i1.17

30-Atade SR, Lokossou S, Aboubakar M, Sidi I, Boukari F, Vodouhe M, et al. Facteurs liés au retard à la première consultation prénatale à l' hôpital de Zone de Natitingou, Benin. KisMed. 2021 ;11(2): 490-95.

31-Grum T, Brhane E. Magnitude and factors associated with late antenatal care booking on first visit among pregnant women in public health centers in central zone of Tigray Region, Ethiopia: A cross sectional study. PLoS ONE. 2018 ;13(12): e0207922. DOI : 10.1371/journal.pone.0207922.

32- Habonimana D, Batura N. Empirical analysis of socio-economic determinants of maternal health services utilisation in Burundi. BMC pregnancy childbirth. 2021 :1-11. DOI : 10.1186/s12884-021-04162-0

33- Manyeh AK, Amu A, Williams J, Gyapong M. Factors associated with the timing of antenatal clinic attendance among first-time mothers in rural southern Ghana. BMC pregnancy childbirth 2020; 20(47) :1-7. DOI :10.1186/s12884-020-2738-0

34-Ouendo EM, Sossa JC, Saizonou J, Guedegbe Capo-Chichi J, Mongbo AV, Mayaki AI, et al. Determinants of ow antenatal care services utilization during the first rimester of pregnancy in southern Benin Rural Setting. Universal journal of public health. Sep 2015. DOI: 10.13189/ujph.2015.030507 2015

35-Bakouan E. Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo : [Mémoire d'attaché de santé en épidémiologie en ligne]. Tenkodogo : Ecole nationale de santé publique (Burkina Faso) - Attaché de santé en

épidémiologie ; 2011 [cité le 16 nov 2022]. Disponible : https://www.memoireonline.com/02/12/5222/Determinants-de-la-faible-proportion-des-femmes-enceintes-vues-en-premiere-consultation-prenatale.html

36-Ndiaye C, Delaunay V, Adjamagbo A. Connaissance et utilisation des méthodes contracetives en milieu rural sereer au Sénégal. Cahier Sante 2003 : 31-7.

37-Mbow EM. Étude évaluative de la qualité de la consultation prénatale dans le district de Kaolack : [Mémoire de santé publique (épidémiologie, biostatistique et informatique)]. Dakar : Institut de santé et développement ;1995 : 23p.

38-Vangeender huysen C, Desardan JPO, Moumouni A, Souley A. A propos de quelques pratiques obstétricales au Niger : Cahier santé. 1998.
39-Baki M. Déterminants du faible taux de dépistage de la grossesse à risque dans le district sanitaire de Boulsa : [Mémoire]. Boulsa : Ecole nationale de santé publique ; 2002 : 55p.

40- Owigho O, Isara AR. Women's perception of quality and utilization of antenatal care and delivery services in Oshimili South Local Government Area of Delta State, Nigeria. Journal of community medicine and primary health care. 2022: 81- 98p.

41- Ntwali MP. Évaluation de la satisfaction des femmes ayant reçu une consultation prénatale dans les formations sanitaires en République Démocratique du Congo. European scientific journal, ESJ 18. 30 juin 2022. DOI :10.19044/esj. 2022.v18n21p31

42-Bamba O. Evaluation de la satisfaction des clientes à la consultation prénatale au centre de santé communautaire de Banconi du 1er au 31 Décembre 2020 : [Mémoire de Diplôme d'Eudes Spécialisées en Médecine de Médecine et Famille communautaire]. Banconi : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ; 2020 : 95p.

43-Ladouce C. Enquête de satisfaction sur l'accueil des patientes au service des urgences gynécologiques et obstétricales de la MRUN : Médecine humaine et pathologie : [Mémoire]. Nancy : École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz, Université de Lorraine ; 2013 : 69p.

44- Hasna I. Évaluation de la satisfaction des parturientes après l'accouchement au service de gynécologie obstétrique CHU Mohamed VI de Marrakech : [These de doctorat en médecine]. Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech ;2018 : 38-43.

45- Lahbib H, Moussaoui N. Mesure de la satisfaction des patients face à la qualité de prestation des services hospitaliers publics : Etude de cas : CHU de Tizi-Ouzou [émoire de Master en science commerciale]. Tizi-Ouzou : Université Abderrahmane Mira de Bejala, Faculté des sciences économiques de gestion et commerciales département des sciences commerciales ; 2018 : 139p.

46- Adamou H, Amadou M, Habou O, Halidou M, Karimou, Sani R5, Abarchi H. Satisfaction des patients, élément important dans la globalité des soins : Cas d'un service des urgences chirurgicales au Niger, Mali Médical [En ligne]. 2017 [cité le 13 fév 2023] ; 27(2) : 20-6. Disponible : http://www.malimedical.org/2017/20b.pdf

47-Yameogo AR, Millogo GRC, Palm AF, Bamouni J, Mandi GD, Kologo JK et al. Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouédraogo : Pan african medical journal. 27 nov 2017, 28(267) : 8p. DOI : 10.11604/pamj.2017.28.267.13288

48-Diarra MK. Evaluation de la satisfaction des patients au CSCOM de l'ASACO nord : [Thèse de doctorat en médecine N° 139-26]. Bamako : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;2020.

49- Habiba G, Ongolo-Zogo P. Améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences dans les hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun. Note d'Information Stratégique SURE [En ligne]. 2013[cité le 13 fév 2023] : 1-23. Disponible : http://www.evipnet.org/sure

50- Kanta K. Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani) : [These de doctorat en médecine]. Bamako : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;2007 :211p.

51- Khan MR, Mwaku RM, McClamroch KJ, Kinkela DN, Van Rie AT. Soins prénatals à Kinshasa : croyance, connaissance et obstacle à la programmation appropriée. Cahiers Santé [En ligne]. 2005[cité le 13 fév 2023] :93-97. Disponible : https://www.cpc.unc.edu/resources/publications/bib/4024/

52- Mrisho M, Obrist B, Schellenberg JA, Haws RA, Mushi AK, Mshinda H et al. The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural suthern Tanzania. BMC Pregnancy and Childbirth. 04 mars 2009 ;9(10) :12p. DOI : 10.1186/1471-2393-9-10

53-Zoumana D. Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de santé de référence de Bougouni : [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;2019 : 47p.

54-Tchenté Nguefack C, Dourwe TG, Njamen TN, Kenfacck B, Belley Priso E. facteurs déterminants de l'âge gestationnel à la première consultation prénatale à Douala (Cameroun). Journal de la SAGO. 2018 ; 19 (1) :1-6. Disponible :

https://docplayer.fr/182250669-Facteurs-determinants-de-l-age-gestationnel-a-la-premiere-consultation-prenatale-a-douala-cameroun.html

55- Feijen-de Jong EI, Jansen DEMC, Baarveld F, Van Der Schans CP, Schellevis F G, Reijneveld SA. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in highincome countries: a systematic review. European journal of public health .2012; 22 (6): 904-13. DOI: 10.1093/eurpub/ckr164

56-Adekanle DA, Isawumi AI. Late antenatal care booking and its predictors among pregnant women in South Western Nigeria. Online journal health allied sciences [En ligne]. 10 avril 2008 [cite le 13 fév 2023] ;7(1) :4.Disponible : https://www.researchgate.net/publication/36448007_Late_Antenatal_Care_Booking_And_Its_Predictors_Among_Pregnant_Women_In_South_Western_Nigeria

57-Ebeigbe PN, Gharoro EP. Obstetric complication, intervention rates and maternofetal outcomes in teenage nullipara in Benin City, Nigeria. Tropical Doctor.2016; 37(2): 79-83. DOI:10.1177/004947550703700206

58-Yazdani T, Islam A, Nadeem G, Hayat T, Mushtaq M. Social factors involved in women avoiding early antenatal booking in army setup. Pakistan Armed Forces Med J [En ligne]. 2008[cité le 13 fév 2023]; 58(4):418-23. Disponible: https://pafmj.org/index.php/PAFMJ/article/view/1961

59-Nigussie M, Haile Mariam D, Mitike G. Assessment of safe delivery service utilization among women of childbearing age in north Gondar Zone, northwest Ethiopia. Ethiop. J. of Health Dev. 2004[En ligne]. 2004 [cité le 13 fév 2023]; 18(3): 145-52. Disponible : https://www.ajol.info/index.php/ejhd/article/view/9952

60-Tura G. Antenatal care service utilization and associated factors in Metekel zone, northwest Ethiopia. Ethiopian J Health Sci. 2009;19(2):111– 18. DOI: 10.4314/ejhs. v19i2.69415

61-Tran TK, Gottvall K, Nguyen HD, Ascher H, Petzold M. Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. BMC Health Serv Res. 2012;12(40): 1-10. DOI: 10.1186/1472-6963-12-40

62-Regassa N. Antenatal and postnatal care service utilization in southern Ethiopia: a population-based study. Afr Health Sci [En ligne]. 2011[cité le 13 fév 2023] ; 11(3): 390-97. Disponible : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22275929/

63-Andrew EVW, Pell C, Angwin A, Auwun A, Daniels J, Mueller I et al. Factors affecting attendance at and timing of formal antenatal care: results from a qualitative study in madang, papua new Guinea. PLoS One. 2014 ; 9(5) : e93025. DOI : 10.1371/journal.pone.0093025

Annexes

FICHE D'EXPLICATION ET DE CONSENTEMENT DE L'ENQUETE

Bonjour,

Je suis LALEYE Procéduis Crédo, étudiant en 7ème année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. J'effectue ma collecte des données pour ma thèse de doctorat en médecine au service de CPN du CHUZ-AS. Cette thèse vise à étudier les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au CHUZ-AS du Bénin en 2022.

Nous aimerions vous poser des questions à ce sujet. Vos réponses seront tenues strictement confidentielles. Votre participation est volontaire mais votre consentement est nécessaire avant de commencer l'entrevue. Si vous accepter, nous vous prions de répondre honnêtement aux questions. Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter. Les résultats de cette étude serviront à connaître les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au CHUZ-AS afin d'améliorer la fréquentation de la CPN au premier trimestre de la grossesse. L'entrevue ne durera que 10 minutes. Merci !

Je soussigné Madame/Monsieur …….. reconnais avoir donné mon consentement de façon libre et éclairée à participer à cette enquête.

Signature de l'enquêtée

Je certifie que la personne enquêtée a été informée de la nature et du but de l'étude et qu'elle a donné son consentement pour participer à cette enquête.

Consentement éclairé obtenu : 1=Oui 2=Non

Inclusion : 1= Oui 2=Non

FICHES D'ENQUETES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien individuel semi-structuré avec les gestantes enquêtées

Date :… N° Fiche : ….

	QUESTIONS	REPONSES
1	Age de la femme enceinte (en année)	/____/
2	Profession de la femme enceinte	/__/ Femme au foyer /__/Salarié public /__/Salarié privé /__/ Commerçante /__/ Artisane /__/ Ouvrière /__/ Elève /__/ Etudiante /__/ Autres (à préciser) ……..
3	Niveau d'instruction de la femme enceinte	/__/ Non instruite /__/ Primaire /__/ Secondaire /__/ Supérieur
4	Résidence de la femme enceinte	/__/ Moins de 5km /__/5 et9 km /__/ Plus de 10km
5	Religion de la femme enceinte	/__/ Catholique /__/Protestante /__/ Musulmane /__/ Animiste /__/ Evangélique /__/ Eckiste /__/ Athée /__/ Autre……..
6	Situation matrimoniale de la femme enceinte	/__/ Célibataire /__/ Mariée/ couple /__/ Veuve /__/ Divorcée
7	Régime matrimoniale	/__/Monogame /_/ Polygame

8	Profession du conjoint	/__/ Cultivateur /__/ Salarié public /__/ Salarié privé /__/ Commerçant /__/ Elève/étudiant /_/ Artisans /__/ Ouvrier /__/ Autres(à préciser) ……
9	Niveau d'instruction du conjoint	/__/ Alphabétisé /__/ Primaire /__/ Secondaire /__/ Supérieur /__/ Aucun
10	Religion du conjoint	/__/ Catholique /__/ Protestant /__/ Musulman /__/ Animiste /__/ Athée /__/ Evangéliste /__/ Eckiste /__/ Autres à préciser……
11	Quelle est la taille de votre ménage (nombre de personne vivant dans le foyer)	/__/

Antécédents obstétricaux et informations sur la grossesse en cours

1	Gestité	/__/
2	Parité	/__/
3	Nombre d'enfants vivants	/__/
4	Nombre d'avortement	/__/
5	Nombre d'enfant décédé	/__/
6	Age de la grossesse en mois	/__/
7	Grossesse désirée (cocher la bonne réponse)	/__/

Données sur les connaissances des gestantes sur la CPN

1	A quel nombre de grossesse avez-vous commencé votre CPN1 ? (Cocher la bonne réponse)	/__/ Moins de 3 mois /__/ 4 à 5 mois /__/ 6 mois et plus /__/ Ne sais pas
2	Selon vous, combien de CPN une femme enceinte doit faire au cours de sa grossesse ? (Inscrire le nombre correspondant)	/___/
3	Pensez-vous que des complications peuvent survenir pendant la grossesse ?	
4	Si oui, citez-nous ces complications (cocher N° les cases correspondent) 1-Saignements 2-Anémies sévères (pâleur, fatigue) 3-Malnutrition, maigreur 4-Avortement 5-Fièvre persistante malgré la prise du paracétamol 6-Vomissements importants	/__/ /__/ /__/ /_/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__ /__/

	7-Mal de ventre	
5	Quels sont les avantages de commencer la CPN précocement ? (Inscrire les réponses ici)	
6	Quels sont les signes de dangers au cours de la grossesse selon vous ? (Inscrire les N° des bonnes réponses) 1-Saignements vaginaux 2- Convulsions 3- Pâleur 4- Respiration rapide difficile 5-Mal à la tête 6- Mains et visage enflés 7- Mal de ventre aigue 8- Fièvre 9-Fatigue intense 10- Pertes vaginales malodorantes	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/

7	Quelles sont les maladies que l'on peut prévenir lors des CPN chez les gestantes enquêtées ?	/_/ Paludisme /_/ Tétanos /_/ Anémie /_/ IST/VIH/SIDA /___/ COVID 19 /_/Autres(à préciser)……
8	Pensez-vous que des complications peuvent survenir pendant les 3 premiers mois de la grossesse ?	/__/ Oui /___/ Non
9	Si oui, citez-nous ces complications (cocher les cases correspondent à chaque numéro) 1-Avortements 2-Saignements vaginaux 3-Anémies 4-Mal de tête 5-Brulure mictionnelle 6-Mal au ventre 7-Fièvre	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /_/ /__/

REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES

1	Avez-vous des pratiques traditionnelles avant de faire la CPN	/__ / OUI /__/NON

1	Si OUI, citez ces pratiques : 1-) 2-) 3-)	
2	Qui décide pour vous d'aller au CPN dans votre famille ?	/__/Moi-même /__/Mari /__/Beau-père /__/Belle-mère /__/Belle-sœur /__/Mère /__/Père

		/__/Autres
3	Croyez-vous que la grossesse doive être cachée jusqu'à ce qu'elle soit visible de tous ?	/__/OUI /__ /NON
	Si oui, pourquoi ?	
4	Comment avez-vous trouvé temps d'attente lors des consultations prénatales ?	/__/ 3 à 4h de temps : Trop long /__/2 à 3h : Long /__/ <2H : Pas long

DONNEES ECONOMIQUES

5	Comment avez-vous trouvé l'accueil des agents de santé lors de la pesée ?	/__ /Satisfaisant /__/Très satisfaisant /__/Pas satisfaisant
6	Avez-vous reçu des informations sur l'évolution de votre grossesse ? (Cocher votre réponse)	/___/OUI /___/NON
7	Peut-on venir pour peser sa grossesse tous les jours de la semaine dans ce centre de santé ?	/__/OUI /__ /non
	Si non quels sont les jours de CPN que vous connaissez ?	
8	Ces jours de CPN vous conviennent-ils ?	/__/OUI /__/NON
9	Les heures de CPN vous conviennent-elles ?	/__/OUI

		/__/NON
	Sinon, pourquoi ?	
10	Quelles sont les heures qui vous conviennent ? Notez-les	/____/ /____/ /____/ /____/ /____/
11	Avez-vous déjà assisté à des séances de sensibilisation sur la CPN au cours de votre grossesse ?	/___/OUI /___/NON

	Si oui, où avez-vous reçu cette séance de sensibilisation ?	/___/ Centre de santé /___/Place publique /___/Marché /___/Autres Préciser : ……..
12	Auprès de qui avez-vous bénéficié de ces séances de sensibilisation ?	/___/Agent de santé /___/Assistante sociale /___/Autres, Préciser : ……
13	De qui vienne la décision d'aller à la CPN ?	/____/ Moi-même /____/ Mon conjoint /____/Parents /____/ Autres Préciser : ……
	Quel est votre revenu mensuel (répondez ici) ?	……

14	Selon-vous, pourquoi les gestantes enquêtées ne viennent pas commencer les CPN au 1er trimestre de grossesse ?
15	Que proposez-vous pour améliorer la fréquentation des gestantes enquêtées aux services prénataux au premier trimestre de grossesse ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe 2 : Questionnaire auto-administré adressé aux personnels de la maternité travaillant à la CPN

N° Fiche : **Date :**

N°	Questions	Réponses
Renseignements généraux		
1	Qualification professionnelle	/__/SFE /__/MDE /__/IDE
2	Nombre d'année d'ancienneté dans le poste	/___/
3	Nombre d'année d'ancienneté dans la maternité	/___/
Connaissance sur la CPN		
1	Avez-vous été formé sur la consultation prénatale ?	/__/OUI /__/NON
2	Avez-vous eu des séances de recyclage sur la CPN ?	/__/OUI /__/NON
3	Si oui depuis combien de temps ?	/__/Moins 1an /__/1 à 4 ans /__/ 5 ans et plus
4	Quels sont selon vous les objectifs de la CPN 1 ? (Inscrire le numéro correspondant aux bonnes réponses) 1-Confirmer le diagnostic de la grossesse 2-Précise le terme 3-Dépiste les anomalies patente, par exemple (avortement ou une GEU) 4-Dépister un risque futur pendant la grossesse (prématurité, HTA, diabète gestationnel, iso-immunisation) 5-Informer le couple : hygiène, déroulement de la grossesse, condition de vie… 6-Formalité administrative	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/

5	Quels sont objectifs de la première CPN ?	
6	Quelles sont les maladies que l'on peut prévenir lors CPN chez les gestantes enquêtées ?	/_/Paludisme /_/Tétanos /_/Anémie /_/IST/VIH/SIDA /_/COVID-19 /_/Autres (à préciser) :…… ….
7	Quels sont les signes de danger au cours de la grossesse selon vous ? (Inscrire les N° des bonnes réponses) : 1-Saignements vaginaux 2-Convulsions 3-Paleur 4- Dyspnée 5- Céphalées 6- Œdèmes des membres 7- Douleurs abdominales aigues 8- Fièvre 9-Disparution ou diminution des mouvements actifs fœtaux 10- Pertes vaginales malodorantes 11-Asthénie physique intense 12-Vomissement persistants	/_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/
8	Quelles sont les complications au premier trimestre de grossesse ? (Ecrire N° des bonnes réponses) : 1-Saignements vaginaux 2-Anémie sévère 3-Malnutrition, maigreur 4-Col hémorragique à l'examen malgré le TTT local ; 5-Fièvre	/__/ /__/ /__/ /__/

	persistante après TTT antibiotique et paludisme pendant trois jours 6-Vomissements importants ; 7-GEU ; 8-Douleur abdominale persistante ou aigue ; 9-Hémoglobinopathie SS/SC 10-Avortements 11-Grossesse molaire 12-Infection génito-urinaires	/_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/
9	Quel est selon vous l'âge de la grossesse à la première CPN ?	/__/ Moins de 3 mois /_/4 à 5mois /_/ 6 mois et plus
Données sur l'organisation des séances de sensibilisation		
1	Avez-vous des supports d'IEC pour les animations éducatives en CPN ?	/__/ Oui /___/ No
2	Si oui, utilisez-vous ces supports d'IEC pour les animations éducatives en CPN ?	/__/ Oui /__/ Non
	Sinon, pourquoi ?	
3	Quelles sont les techniques que vous utilisez dans les séances d'IEC ?	/_/ Causerie éducative /_/ Théatre forum /_/ Projection de films

		/_/Autres(à préciser) :…….
4	Selon vous, pourquoi généralement les gestantes enquêtées ne viennent pas en première CPN au premier trimestre de grossesse ? …….. …….. …….. …….. ……..	
5	Quelles suggestions faites-vous pour améliorer la proportion des gestantes enquêtées qui viennent en première consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse ?	

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe 3 : grille d'observation de la pratique de la CPN

N°	ITEMS	Oui	Non	Observations
	Accueil des femmes lors de la consultation			
01	Le prestataire fait les salutations d'usage			
02	Le prestataire aide la patiente à s'installer			
03	Le prestataire rassure la FE sur la confidentialité des informations qu'elle va donner au cours de l'entretien			
04	La salle de consultation assure la discrétion auditive et visuelle			
05	Le prestataire écoute attentivement la FE			
06	Le prestataire aide la femme à mieux s'exprimer			
07	Le prestataire traite avec respect			
	Communication interpersonnelle			
08	Le prestataire a pris les constantes lors de l'examen de la FE			
09	Le prestataire donne les avantages de la CPN au 1er trimestre de grossesse			
10	Le prestataire donne des informations sur le plan de préparation à l'accouchement			
11	Le prestataire donne des informations sur le plan d'urgence en cas de signe de danger			
12	Le prestataire informe la femme sur la prévention au premier trimestre de grossesse			
13	Le prestataire explique l'examen général et obstétrical à la femme			
14	Le prestataire donne des informations sur la grossesse à la femme			

15	Le prestataire félicite et encourage les gestantes enquêtées vues au1er trimestre			
16	Le prestataire donne les signes de danger pendant la grossesse à la femme			
17	Le prestataire négocie le prochain rendez-vous avec la FE			

<u>ANNEXE4</u> : Les éléments de vérification de l'organisation du service de CPN.

N° Fiche : .....

Date : .....

Cocher devant chaque critère selon votre observation

N°	ITEMS	Appréciations		
		Oui	Non	Nbrs de
1	Les affiches sur la nécessité de faire la CPN au 1er trimestre degrossesse sont-elles visibles à la maternité ?			
2	Le Calendrier de suivi de la CPN est-il affiché à la maternité ?			
3	Le nombre de CPN à faire au cours de la grossesse est-il affiché à la maternité ?			
4	Les signes de danger pendant la grossesse sont-ils affichés à la maternité ?			
5	Les noms des maladies à prévenir pendant la grossesse sont-ils affichés à la maternité ?			
6	Plan d'action est-il affiché dans la maternité ?			
7	Des activités de sensibilisation sur la CPN y sont-elles Prévues ?			
8	Il y a-t-il une télévision ou une radio pour sensibiliser dans la maternité ?			
9	La description des postes et répartition des tâches sont-elles affichées ?			
10	Le calendrier de travail est-il affiché ?			
11	Le planning des congés est-il affiché ?			
12	La maternité respecte-t-elle les normes en personnel (1 Infirmier, 1accoucheuse, 1AS)			

13	Les horaires de CPN sont-elles affichées dans l'hôpital ?			
14	L'environnement physique : est-ce que l'espace est aéré, propre ? Est-ce qu'il y a des poubelles, bancs et chaises en nombre suffisant ?			
15	Est-ce qu'il y a la présence de points d'eau fonctionnel pour le lavage des mains ?			
16	Est-ce qu'il y a des toilettes fonctionnelles et propres ?			
17	Est-ce que le matériel technique (tensiomètre, stéthoscope médical, stéthoscope obstétrical, mètre ruban, lampe d'éclairage, ne pèse personne, toise adulte, gants, doigtiers à usage unique, table d'examen gynécologique, calendrier, ordinogramme, bandelette réactives pour albuminurie et sucre, spéculum) est disponible ?			
18	Est-ce que les produits sont disponibles : sulfadoxine pyriméthamine (SP), moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), vaccins antitétaniques ?			

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Table des matières

Liste du personnel enseignant i

Dédicaces vii

Remerciements xii

Hommages xv

Liste des abréviations, acronymes et sigles xviii

Liste des tableaux xxii

Liste des figures xxvi

Sommaire xxviii

Introduction 1

1. Problématique 4

2. Généralités 8

2.1 Définition des concepts 9

2.2 Rappels sur la première consultation prénatale (CPN) 11

2.2.1 Objectifs de la consultation prénatale (CPN) 11

2.2.2 Examen clinique de la première CPN 12

2.2.3 Examens complémentaires de la CPN1 19

2.2.4 Conduite à tenir 20

2.3 Revue de la littérature 21

2.4 Cadre conceptuel 25

3. Cadre et méthode d'étude 29

3.1 Cadre d'étude 30

3.1.1 Présentation du département de l'atlantique 30

3.1.2 Présentation de la commune d'Abomey-Calavi 31

3.1.3 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey Calavi/Sô-Ava 33

3.1.4 Présentation du service de gynécologie obstétrique du CHUZ d'Abomey Calavi 35

3.2 Méthode d'étude 36

3.2.1 Type et période d'étude.....36

3.2.2 Population d'étude.....36

3.2.3 Critères d'inclusion 36

3.2.4 Critères de non inclusion.....36

3.2.5 Critères d'exclusion.....37

3.2.6 Echantillonnage.....37

3.2.7 Définition des variables.....37

3.2.8 Collectes des données.....41

3.2.9 Traitement et analyse des données.....43

3.2.10 Considération éthique et administratives 44

4. Résultats 46

4.1 Etude descriptive 47

4.1.1 Description des données relatives aux gestantes 47

4.1.2 Description des données relatives aux prestataires de soins.....60

4.2 Étude observationnelle.....66

4.2.1 Observation des éléments liés à l'organisation du service de CPN et D'IEC sur la CPN dans le Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô Ava.....66

4.2.2 Observation du déroulement pratique de la CPN par les prestataires de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/SôAva.....68

4.2.3 Communication interpersonnelle 69

4.3 PARTIE ANALYTIQUE 70

4.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des gestantes et retard à la 1ère CPN 70

4.3.2 Caractéristiques socio-culturelles des gestantes et retard à la 1ère CPN 73

4.3.3 ATCD obstétricaux des gestantes et retard à la CPN1 73

4.3.4 Analyse multivariée.....75

5. Discussion 78

5.1 Atteintes des objectifs de l'étude.....79

5.2 Qualité et validité des résultats.....81

5.2.1 Validité interne.....81

5.2.2 Validité externe 82

5.2.3 Evaluation des biais.....82

5.3 Analyse et comparaison des résultats avec les données de la littérature.....85

5.3.1 Terme de la grossesse à la première consultation prénatale 85

5.3.2 Caractéristiques socio-démographiques des gestantes.....86

5.3.3 Caractéristiques socio-culturelles des gestantes 89

5.3.4 Antécédents obstétricaux et information sur la grossesse en cours ... 92

5.3.5 Connaissance des gestantes sur la CPN 92

5.3.6 Appréciation des gestantes sur le service de CPN 93

5.3.7 Informations reçues sur l'évolution de la grossesse et convenance des rdvs de CPN et Sensibilisation reçu au cours de la CPN 95

5.3.8 Raisons du recours tardif de CPN selon les gestantes et suggestion pour améliorer la fréquentation des gestantes aux soins prénatals..... 96

5.3.9 Renseignements généraux du personnel de la CPN du CHUZ-AS ... 97

5.3.10 Connaissance des prestataires sur la CPN..... 97

5.3.11 Utilisation des supports d'IEC en CPN..... 98

5.3.12 Raisons du retard à la CPN 1 évoquées par les prestataires et proposition de solution pour améliorer la fréquentation de la CPN au premier trimestre de la grossesse 99

5.3.13 Etude observationnelle 99

5.3.14 Etude analytique 101

Conclusion 106

Suggestions..... 108

Références 111

Annexes ..... a

Table des matières ..... a

RESUME

Introduction : La première consultation prénatale (CPN1) est le premier contact de la gestante avec le personnel soignant qualifié. Idéalement il doit avoir lieu au premier trimestre de la grossesse mais malheureusement le taux de participation des gestantes à la première consultation prénatale au premier trimestre reste encore faible au Bénin. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cet état de choses. Le présent travail visait à étudier les facteurs associés au retard à la première consultation prénatale des gestantes vues au Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava (CHUZ-AS) au Bénin en 2022.

Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique portant sur 335 gestantes et 16 prestataires de soins qualifiés et qui s'est déroulée au service de consultation prénatale de la maternité du CHUZ-AS sur une période d'un mois. Les données recueillies ont été traitées à l'aide de Word et Excel 2010 et analysées par le logiciel Stata MP14.

Résultats : L'âge médian des gestantes était de 27 ans avec les quartiles de 23 et 32 ans. La majorité des gestantes (32,2%) étaient des commerçantes/revendeuses et ont un niveau d'étude secondaire dans 40,9% des cas. Plus de la moitié 57,2% des gestantes vivaient dans un ménage de petite taille. Au sein des patientes, la moitié (50,5%) résidaient à 10 km et plus de l'hôpital de zone ; 89,2% vivaient dans un foyer monogame et marié (94,6%) ; 88,6% étaient des chrétiens et 72,2% avaient un revenu mensuel en dessous du SMIG béninois (40000F CFA). Dans 37,9% des cas, les conjoints des gestantes étaient des artisans et 45,4% d'entre eux avaient un niveau d'étude supérieur. Les gestantes pour la plupart sont des paucigestes (48,0%) et primipares (58,5%). La fréquence du retard à la CPN1 est de 29,5 %. Les facteurs associés au retard sont la profession, le niveau d'instruction de la gestante ; le niveau d'instruction de leur conjoint. La décision d'aller à la CPN venant du père de la gestante et la multigestité ont été également associées au retard à la CPN1. Nous avons aussi constaté que le service de CPN avait des insuffisances en matière de sensibilisation sur la CPN et la communication interpersonnelle était peu satisfaisante.

Conclusion : Le retard à la première consultation prénatale au premier trimestre perdure. Plusieurs facteurs favorisent ce retard. Des actions restent à mener à l'endroit des gestantes, du personnel soignant qualifié et des centres médicaux pour réduire davantage le taux de retard à la CPN1.

Mots clés : Facteurs, Retard, première consultation prénatale, Abomey-Calavi, Bénin

ABSTRACT

Introduction: The first antenatal care (AC1) is the first appointment of the pregnant woman with qualified caregivers. Ideally it should take place in the first trimester of pregnancy, but unfortunately the attending rate of pregnant women at the first antenatal care in the first trimester is still low in Benin. Several factors could explain this reality. This survey aimed to study the factors associated with the delay in the first antenatal care of pregnant women seen at the Hospital and University Center of Zone Abomey-Calavi/Sô-Ava (HUCZ-AS) of Benin in 2022.
Method : This was a descriptive and cross-sectional analytical study of 335 pregnant women and 16 qualified health caregivers that was conducted at the HUCZ-AS Maternity Antenatal consultation ward over a one-month period. The data collected were processed using Word and Excel 2010 and analyzed by Stata MP14 software.
Results: Median age of pregnant women was 27 years with quartiles 23 and 32 years. The majority of pregnant women (32.2%) were traders/resellers and had a secondary education in 40.9% of cases. More than half 57.2% of pregnant women lived in small households. Among patients, half (50.5%) lived 10 km or more from the hospital; 89.2% lived in a monogamous and married home (94.6%); 88.6% were Christians and 72.2% had a monthly income below the Beninese GIMW (CFA 40,000). 37.9% of cases, pregnant spouses were artisans and 45.4% had a higher level of study. Most pregnant women are multiparas (48.0%) and primigravida's (58.5%). The frequency of delay at the AC1 is 29.5%. The factors associated with the delay are the occupation, the level of education of the pregnant woman, the level of education of their spouse. The decision to go to the AC from the father of the pregnant woman and the multigravidity were also associated with the delay in the AC1. We also found that the AC service had deficiencies in awareness and interpersonal communication was unsatisfactory.

Conclusion: The delay in the first antenatal care during the first trimester persists. Several factors contribute to this delay. Action remains to be taken towards to pregnant women, qualified health workers and medical centres to further reduce the rate of delay at AC1.

Keywords: Factors, Delay, first antenatal care, Abomey-Calavi, Benin