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 :2023 **N°2608**

FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉALISATION DU BILAN PRÉNUPTIAL DANS LE DÉPARTEMENT DE L'ATLANTIQUE AU BÉNIN EN 2023

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

Par

Sandra Oméga GNACADJA

Née le 07 juillet 1997 à Parakou (République du Bénin)

Directeurs de Thèse

Dr. Yolaine GLELE AHANHANZO épouse HESSOU

Maitre de Conférence Agrégée en Santé Publique

Dr. Charles SOSSA JEROME

Maitre de Conférence Agrégé en Santé Publique

Président du Jury

Pr Angeline TONATO-BAGNAN (Gynécologie – obstétrique)

Membres du Jury

Pr Paul AYELO (Santé au travail)

MCA Yolaine GLELE AHANHANZO épouse HESSOU (Santé publique)

MCA Charles SOSSA (Santé publique)

Décembre 2023

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°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

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

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

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

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

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

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

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

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

[4]

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

LE DOYEN

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

OCTOBRE 2023

[5]

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,

LE DOYEN

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

ACTION DE GRÂCE

Action de grâce

À l'Éternel mon DIEU

« De tout mon cœur, Seigneur, je te rends grâce : tu as entendu les paroles de ma bouche. Je te chante en présence des anges, vers ton temple sacré, je me prosterne. Je rends grâce à ton nom pour ton amour et ta vérité, car tu élèves, au-dessus de tout, ton nom et ta parole. » Psaume 137 :1-2

Père, tu as toujours été fidèle à tes promesses. Tu m'as relevée quand j'avais perdu tout espoir. Tu m'as épaulée durant toutes ces années de formation. Tu m'as fortifiée ; tu as effacé mes doutes et tu as guidé mes pas. Je n'aurai de cesse de te dire merci pour tout.

Gloire et honneur à toi Père Tout Puissant !

DÉDICACES

À mon père, Magloire Epiphane Léopold GNACADJA,

Mon cher papa, tu es un homme exceptionnel. La perfection demeure certes inatteignable dans ce monde, mais tu représentes le père parfait pour moi. Si je devais choisir à nouveau qui serait mon père, je te choisirais encore. Tu es un modèle pour moi, l'exemple parfait de père courageux, honnête et intègre. Je voudrais t'honorer. Je voudrais te remercier pour tous les efforts consentis afin que je puisse atteindre cette étape. À aucun moment tu n'as lésiné sur les moyens. Dans mes défaites comme dans mes victoires, tu étais toujours un soutien indéfectible. Au fil des ans, tu es devenu mon meilleur ami et je me sens très honorée d'avoir un papa aussi affectueux. Je te dédie ce travail, papa. C'est le témoignage de tous les sacrifices faits pour mon éducation et ma formation. Je prie Dieu de t'accorder une longue vie à nos côtés et qu'il te permette de jouir des fruits de tes œuvres.

Amour infini papa

À ma mère chérie, Hortense Rachel AHOUANTCHEDE,

Ma maman chérie, mon amour inconditionnel, aucun mot n'est assez puissant pour te remercier de m'avoir donné la vie. Une vie que tu as su illuminer, remplir d'amour et de tendresse. Quand je te regarde, je vois mon Dieu sur cette terre. Je te réitère ma profonde gratitude pour tous les efforts et sacrifices consentis pour me permettre de m'épanouir. Je te remercie pour ton amour infini, ta détermination, ta patience, ton courage, ton dévouement, ton soutien, ta protection et tes prières à mon égard. Tu as été très présente pour moi ma chère maman et tu continues de l'être. Ce travail t'est dédié. Une humble récompense pour toutes tes

peines. Puisse Dieu tout puissant te récompenser pour tout ce que tu as fait pour moi et qu'il t'accorde une longue vie pleine de santé.

Je t'aime infiniment maman

À mon frère Rodrigue GUIDIGAN,

Mon frère aîné, je t'exprime ma gratitude pour le soutien que tu m'as apporté à ta manière et pour avoir veillé sur moi. Que nos liens fraternels se renforcent davantage et perdurent. Je prie Dieu de te combler de bénédictions et de te permettre d'atteindre les objectifs que tu t'es fixés dans la vie.

Amour éternel, mon frère

À mon amie Karelle GUEDEGBE,

Ma « twinny » comme j'ai pris l'habitude de t'appeler, la sœur que la vie m'a offerte, merci pour ton amitié sincère. Tu es une personne formidable dotée d'un cœur pur. Tu restes une de mes meilleures rencontres au sein de cette faculté. Nous avons traversé beaucoup d'épreuves et par la grâce de Dieu nous en sommes toujours ressorties victorieuses. Nous sommes en train d'accomplir le rêve, nous sommes parvenues au bout du tunnel. Ma joie est immense. Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance pour toutes les fois où tu as été là. Je te souhaite un bonheur infini et une très belle carrière.

Éternelle reconnaissance

À mon amie Amandine BOSSOU,

Ma chère Titi, ton cœur pur m'a très vite captivée. Tu es très vite devenue une sœur pour moi. Tu es douée pour écouter, consoler et épauler. De jour comme de nuit, je sais que je peux compter sur toi et je me sens très honorée de pouvoir te compter parmi mes amies. Je te remercie pour ton amitié sincère. Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance pour ton soutien. Puisse Dieu te combler et te permettre d'atteindre les objectifs que tu t'es assignée dans cette vie. Très belle carrière à toi.

Éternelle reconnaissance

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

À mes amies et sœurs Cindy Joliane TCHOUKPA, Fidélia ZOUNON et Carla Rence PINDOU,

Merci pour ces personnes formidables que vous avez été pour moi. Votre joie de vivre, vos délicieux plats et votre soutien ont égayé mon parcours à l'université. Je vous en suis très reconnaissante.

Amour fraternel

À mon amie Raïssa DADI,

Ma chère « dose forte », tu es une personne exceptionnelle. Ta joie de vivre, tes précieux conseils m'ont été d'une grande aide. Tu fais partie de mes meilleures rencontres dans cette faculté. Que Dieu te bénisse abondamment et très belle carrière à toi, ma sœur.

Amour fraternel

À mes amies Cynthia HOUSSOU, Cassandra DATO et Anicette AFAYEDJOR,

Merci pour les magnifiques personnes que vous êtes. Merci pour tous les moments de fou rire, de joie et d'introspection. Vous êtes de braves femmes, humbles et au cœur d'or. Je vous souhaite un avenir radieux avec un bonheur immense.

Éternelle gratitude

À mon ami Halil-llah YESSOUFOU,

Merci pour ta précieuse amitié. Je te souhaite un bonheur infini et une très belle carrière.

Éternelle gratitude

À mes amis Davy FANOU TOSSE et Dior LANVEDOU,

Je vous témoigne toute ma reconnaissance pour votre précieuse amitié. Nous avions démarré ce parcours ensemble et avons tant partagé tout au long de cette formation. Je suis ravie de vous avoir connus. Puisse Dieu vous assister et vous guider. Très belle carrière à vous et beaucoup de bonheur.

Soyez bénis

À mes amis du groupe de stage d'internat,

Chacun de vous a contribué à l'édification de cette expérience, permettant que nous passions ces douze mois dans une très belle ambiance malgré le chemin parsemé de difficultés. Merci d'avoir rendu cette année d'internat inoubliable. Je vous souhaite une carrière remplie de succès et de joie.

Soyez bénis

À mes enquêteurs et à Pleck DANSOU,

Merci pour votre collaboration et votre disponibilité.

Sincères remerciements

À tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail,

Sincères remerciements

HOMMAGES

HOMMAGES

À tous nos Maîtres de la faculté des sciences de la santé

Chers Maîtres, nous vous rendons hommage pour votre dévouement inlassable et votre passion à partager le savoir. Vos efforts inestimables forgent les esprits, ouvrent des horizons, et contribuent à l'émergence de professionnels de la santé compétents et bienveillants. Nous vous remercions sincèrement pour votre précieuse contribution au prestige de notre école. Veuillez trouver ici l'expression de notre considération la plus profonde.

Hommages respectueux.

À notre Maître et directrice de thèse, Maître de conférences agrégé Yolaine GLELE AHANHANZO épouse HESSOU

Chère Maître, nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté et ce, malgré vos innombrables occupations, de diriger cette thèse. Nous avons beaucoup appris sous votre mentorat. Nous sommes fière d'avoir eu la chance de travailler à vos côtés et de bénéficier de votre enseignement précieux. Nous vous prions de trouver ici cher Maître, le témoignage de notre profonde estime et nos sincères remerciements.

Hommage respectueux.

À notre maître et co-directeur de thèse, Maître de conférences agrégé Charles SOSSA JEROME

Cher Maître, nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de codiriger ce travail malgré vos nombreuses occupations. Vos conseils éclairés, votre disponibilité et votre expertise ont été essentiels pour la conduite de ce travail.

Nous avons énormément appris à vos côtés. Nous vous prions de trouver ici cher Maître, le témoignage de notre profonde estime et nos sincères remerciements.

Hommage respectueux.

À notre Maître, Professeur Ghislain Emmanuel SOPOH

Daigne Dieu vous bénir.

Hommage respectueux

Au président du jury

Nous vous sommes reconnaissante de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Toutes vos recommandations pour parfaire ce travail sont les bienvenues. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Hommage respectueux.

Aux membres du jury

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en siégeant dans notre jury de soutenance de thèse. Vos remarques et critiques permettront certainement de parfaire ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Hommage respectueux.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

Ag	:	Antigène
Anti / Ac	:	Anticorps
ATCD	:	Antécédent
AVC	:	Accident Vasculaire Cérébral
BPN	:	Bilan Prénuptial
CD4	:	Lymphocyte T4
CS	:	Centre de Santé
CSA	:	Centre de Santé d'Arrondissement
gp	:	Glycoprotéine
GS	:	Groupage Sanguin
Hb	:	Hémoglobine
HPV	:	Human Papilloma Virus
HZ	:	Hôpital de Zone
IC	:	Intervalle de Confiance
Ig	:	Immunoglobuline
IMC	:	Indice de Masse Corporelle
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
OKT	:	Ouidah- Kpomassè-Toviklin
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OR	:	Odds Ratio
pg	:	Picogramme
RDC	:	République Démocratique du Congo
Rh	:	Facteur Rhésus
SIDA	:	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	:	Tableau récapitulatif des différents groupes sanguins dans le système ABO	20
Tableau II	:	Tableau récapitulatif des compatibilités de l'électrophorèse de l'hémoglobine	26
Tableau III	:	Aspects opérationnels des variables de la qualité des examens prénuptiaux réalisés	43
Tableau IV	:	Définitions opératoires et modalités des variables en lien avec les facteurs individuels	45
Tableau V	:	Définitions opératoires et modalités des variables en lien avec les facteurs liés au système de santé	46
Tableau VI	:	répartition de notre échantillon selon les quartiers de ville et/ou villages, arrondissements et communes	51
Tableau VII	:	répartition de la population d'étude selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence, la situation matrimoniale et le nombre d'années passées en couple	52
Tableau VIII	:	répartition des personnes enquêtées selon l'ethnie et la religion	54

Tableau IX	:	répartition selon le niveau d'instruction, la profession et le niveau socio-économique	54
Tableau X	:	répartition selon le pouvoir de décision au sein du couple, l'accès aux centres de santé et les antécédents	55
Tableau XI	:	répartition selon les connaissances sur le bilan prénuptial	56
Tableau XII	:	répartition selon les personnes ayant réalisé le bilan prénuptial	57
Tableau XIII	:	récapitulatif des raisons de la non-réalisation du bilan prénuptial	57
Tableau XIV	:	appréciation de l'interrogatoire	58
Tableau XV	:	appréciation de l'examen physique	61
Tableau XVI	:	appréciation des examens paracliniques	61
Tableau XVII	:	appréciation de la qualité du bilan prénuptial	63
Tableau XVIII	:	Association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial	64

Tableau XIX	:	Association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial (suite)	65
Tableau XX	:	Association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial (suite)	66
Tableau XXI	:	Association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial (suite et fin)	67
Tableau XXII	:	Analyse multivariée des facteurs associés à la réalisation du BPN dans le département de l'Atlantique en 2023 (modèle initial)	69
Tableau XXIII	:	Analyse multivariée des facteurs associés à la réalisation du BPN dans le département de l'Atlantique en 2023 (modèle final)	71
Tableau XXIV	:	Description de la cible secondaire	72

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel de la réalisation du bilan prénuptial 7

Figure 2 : Carte du Bénin (à gauche) et celle du département de l'Atlantique (à droite) 35

Figure 3 : Cadre conceptuel final des facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 74

PAR DÉLIBÉRATION, LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE COTONOU A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS CETTE THÈSE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1 Problématique 5

2 Généralités 16

3 Cadre et Méthodes d'étude 34

4 Résultats 51

5 Discussion 76

CONCLUSION, PERSPECTIVES ET SUGGESTIONS 82

REFERENCES 86

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... FF

SERMENT D'HIPPOCRATE : .....

RESUMÉ .....

ABSTRACT .....

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le bilan prénuptial est un examen médical destiné aux couples qui sont sur le point de se marier y compris ceux vivant en union libre. Sa finalité est de prévenir les maladies qui peuvent affecter la qualité du mariage, la santé des générations futures. Il permet de fournir des conseils en matière de santé avant le mariage [1]. La composition du bilan prénuptial varie d'un pays à un autre et dépend des règlementations locales et des normes culturelles. Selon le pays, le bilan prénuptial peut être constitué d'examens physiques (prise de la taille, du poids, de la pression artérielle etc.), d'examens paracliniques tels que les examens sanguins en vue de dépister des maladies infectieuses ou héréditaires (le Virus de l'Immunodéficience Humaine, la Toxoplasmose, l'hépatite B, les hémoglobinopathies, la syphilis, l'herpès etc.), les examens urinaires et les examens radiologiques.

Le concept de bilan prénuptial est né au XXe siècle en Europe et aux États Unis [2]. Il était obligatoire en France jusqu'en 2007 où il a été rendu volontaire en raison des lois libérales sur le mariage et de la cohabitation prénuptiale fréquente [3]. Il était également obligatoire en Chine jusqu'en 2003 [4]. Il a été maintenu obligatoire dans les Émirats arabes unis et dans certains pays africains [5]. C'est le cas du Bénin où depuis 2004, sa réalisation est obligatoire avant le mariage civil. L'article 70 du code des personnes et de la famille du Bénin indique que les officiers de l'état civil choisis pour l'établissement de l'acte de mariage, ne peuvent procéder à la célébration du mariage, qu'après la remise par chacun des futurs époux d'un certificat médical prénuptial datant de moins de deux mois et attestant, à l'exclusion de toute indication, que l'intéressé a été examiné en vue du mariage.

La réalisation du bilan prénuptial présente de multiples avantages. En effet, il est mis en œuvre pour réduire les maladies génétiques causant un handicap

physique, mental et économique [6]. A titre d'exemple, la drépanocytose qui est l'une des maladies génétiques les plus répandues au Bénin avec une prévalence de 4% en 2022 [7] pourrait être mieux contrôlée si les futurs parents réalisaient le bilan prénuptial. Les couples n'ayant pas réalisé le bilan prénuptial présentent un risque plus élevé d'avoir des enfants dont l'espérance de vie pourrait être compromise par des tares génétiques avec pour corollaire une diminution substantielle du pouvoir économique du couple. La réalisation du bilan prénuptial revêt de multiples autres avantages comme l'empêchement des incompatibilités materno-fœtales dans le système rhésus, la réduction de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, etc.

Peu d'informations sur la réalisation du bilan prénuptial sont disponibles au Bénin. Il est alors nécessaire de disposer de meilleures connaissances sur le sujet afin de proposer des stratégies pertinentes pour la promotion de cette intervention. Notre travail contribuera à l'identification de stratégies innovantes en vue de la stimulation de l'adhésion des populations à la réalisation du bilan prénuptial.

Le présent document suivra le plan ci-après : après la description de notre problématique et quelques éléments de généralités, nous définirons le cadre et les méthodes d'études utilisés. Nous présenterons ensuite les résultats suivis de leurs discussions et nous finirons par une conclusion assortie de quelques suggestions.

PROBLÉMATIQUE

1 Problématique

1.1 Énoncé du problème

Le bilan prénuptial est considéré comme bénéfique pour la promotion de la santé et de la qualité de vie des jeunes après le mariage. Il joue un rôle important dans le contrôle et la prévention des principales maladies sexuellement transmissibles et des maladies génétiques graves, en particulier dans les régions où la prévalence des troubles et des maladies génétiques est élevée. Les troubles génétiques représentent un fardeau important pour les systèmes de santé. Leur nature chronique impose des soins médicaux à vie ainsi qu'une thérapie coûteuse et des soins spécialisés. L'homme est au centre des activités humanitaires. Donc une population en bonne santé stimule la production et la main d'œuvre, et réduit ainsi au pays, à la communauté et à la famille les risques de dépenses exceptionnellement élevées et imprévues pour les soins de santé des enfants malades. L'état et les entreprises ont un personnel bien portant et un travail de qualité est assuré.

La fréquence de réalisation du bilan prénuptial varie d'un pays à un autre et dépend de son caractère obligatoire ou non. En Chine, la fréquence de réalisation du bilan prénuptial est passée de 63,4% en 2004 où le bilan prénuptial était encore obligatoire à 34,8% en 2010. La conséquence a été une augmentation de la fréquence des malformations congénitales [1, 4]. En Turquie par contre, où sa réalisation est encore obligatoire, sa fréquence augmente chaque année : 15,1% en 2017 et 29% en 2020. Malgré cette augmentation, les fréquences restent relativement faibles pour permettre d'assurer un contrôle optimal de la survenue de certaines maladies au sein de la population [8]. Le caractère obligatoire à lui seul n'est donc pas suffisant.

Cela se confirme au Bénin où seulement 14% de la population du 10ème arrondissement de Cotonou vivant en couple en 2020 l'avaient effectué selon une étude réalisée par Matchon en 2020. La même étude retrouve que la grande majorité (60%) des jeunes en âge de se marier n'avaient aucune connaissance sur le bilan prénuptial, sa composition, son utilité ou son caractère obligatoire [9].

D'autres facteurs biologiques, économiques, sociodémographiques et culturels comme le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le lieu de résidence, la profession, l'éducation et le revenu mensuel ont été retrouvés comme déterminants dans la décision de réaliser ou non le bilan prénuptial [1, 8, 10].

La réalisation du bilan prénuptial ainsi que les facteurs associés à sa réalisation restent donc encore insuffisamment explorés au Bénin. Il s'avère donc utile de mener des études sur le bilan prénuptial afin de déterminer l'ampleur de sa réalisation, d'identifier les principaux facteurs qui influencent sa réalisation et de voir dans quelles mesures intervenir sur ces facteurs.

1.2 Questions de recherche

1- Quelle est la fréquence de réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 ?
2- Quels sont les facteurs favorisant la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin ?
3- Comment la pratique du bilan prénuptial est-elle menée au Bénin et quel degré de conformité caractérise son exécution par les parties concernées ?

1.3 Cadre conceptuel

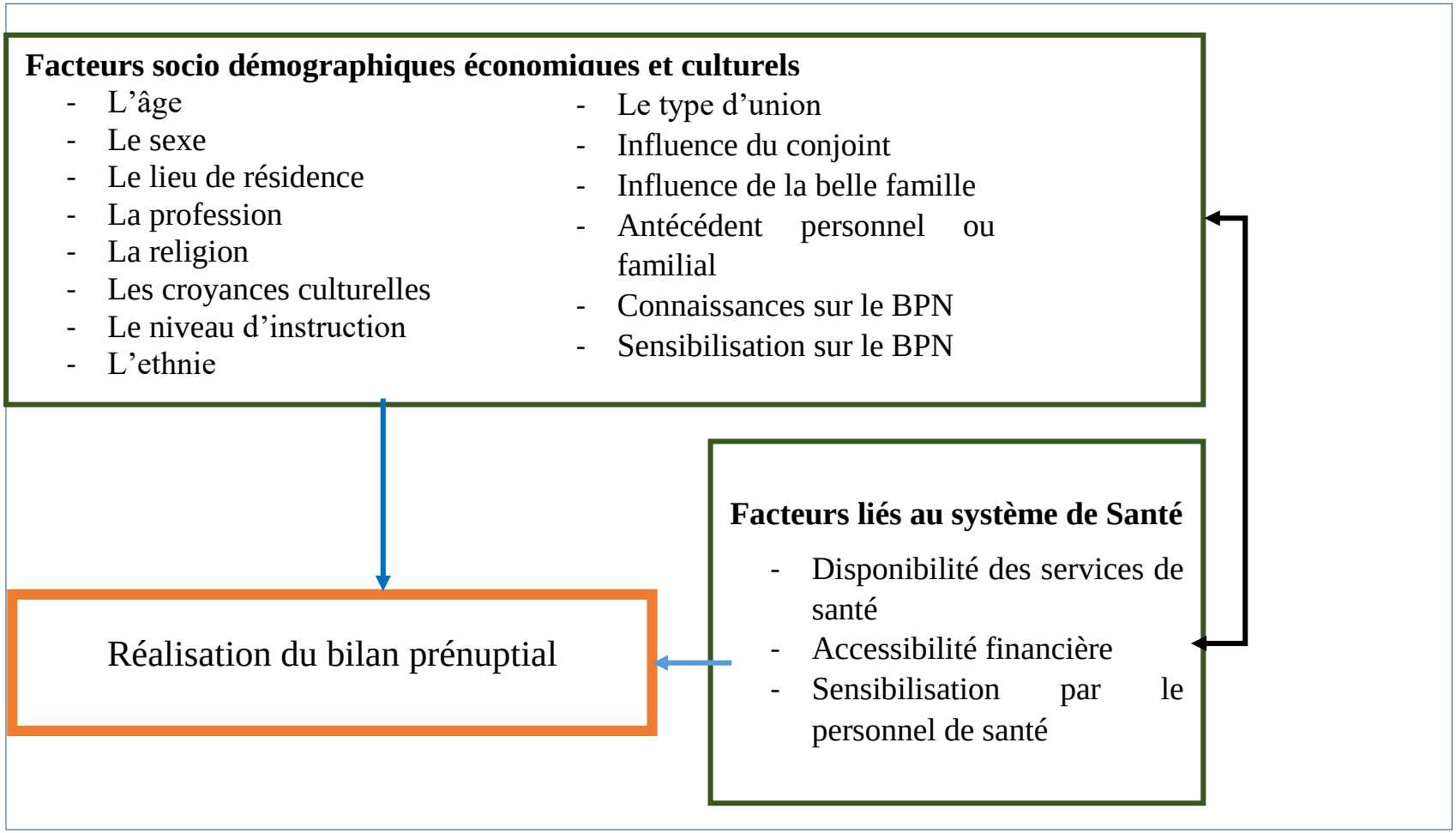


Figure 1 : Cadre conceptuel de la réalisation du bilan prénuptial

LEGENDE


: Variable indépendante


: Variable dépendante


: décrit la relation entre variable indépendante et variable dépendante

1.4 Description du cadre conceptuel

1.4.1 Le bilan prénuptial

Le bilan prénuptial est un ensemble d'examens physiques et paracliniques réalisés avant le mariage. Il vise à prévenir la transmission, au sein du couple, des maladies contagieuses telles que la syphilis, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites B et C. Il permet également de prévenir la survenue des maladies héréditaires ou congénitales handicapantes dans la descendance telles que la drépanocytose, les thalassémies.

Au Bénin, le bilan prénuptial obligatoire est constitué de l'examen physique et des examens paracliniques suivants : la sérologie HIV, de l'électrophorèse de l'hémoglobine, du groupage sanguin facteur rhésus et des sérologies des hépatites B et C. Le bilan préconceptionnel recommandé par ailleurs, est constitué du spermogramme chez l'homme et des sérologies de la toxoplasmose, de la rubéole et de la syphilis chez la femme.

1.4.2 Les facteurs liés aux individus

1.4.2.1 Les facteurs sociodémographiques, économiques et culturels

- **L'âge**

L'âge a une influence significative pour la compréhension d'un message et la mise en pratique des recommandations nécessaires prescrites par un prestataire en matière de santé de la reproduction et de protection maternelle et infantile puis des risques qui en découlent [10]. En Chine, en 2003, les personnes âgées de 27 ans (+/- 5 ans) étaient plus susceptibles de réaliser le bilan prénuptial [1]. Selon l'OMS, 65% des personnes ayant consulté pour la réalisation du bilan prénuptial en RDC étaient en âge de procréer [10]. Au Bénin, en 2021, 10% (parmi les 17%) des personnes ayant connaissance de l'existence du bilan prénuptial avaient entre 31 et 40 ans [9].

- **Le sexe**

En raison des différences biologiques et des risques spécifiques associés à chaque sexe, ce facteur est important dans la réalisation du bilan prénuptial. Certaines maladies génétiques sont plus fréquentes chez un sexe particulier. Par exemple, l'hémophilie, une maladie caractérisée par l'incapacité à coaguler correctement le sang, est plus courante chez les hommes. Le dépistage de l'infection à papillomavirus humain (HPV) est plus courant chez les femmes en raison de son lien avec le cancer du col de l'utérus. Le dépistage des affections génétiques est une composante importante du bilan prénuptial. Le bilan prénuptial doit être adapté à chaque individu en fonction de son sexe. Au Bénin, le sexe féminin serait plus disposé à réaliser le bilan prénuptial mais par soumission attendrait que la décision vienne du fiancé [9].

- **Le lieu de résidence**

Il est important de prendre en compte le lieu de résidence lors de la réalisation du bilan prénuptial afin d'adapter les recommandations de dépistage aux risques spécifiques associés à la région concernée. La prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) peut varier d'une région à l'autre en fonction des comportements sexuels, des pratiques de santé et de l'accès aux soins de santé. Par exemple, dans certaines régions où le VIH est plus répandu, un dépistage systématique sera effectué aux futurs conjoints. Il peut également être important d'évaluer les expositions environnementales spécifiques liées au lieu de résidence pour prendre en compte les risques éventuels pour les futurs conjoints.

Le lieu de résidence, qu'il s'agisse d'un milieu rural ou urbain, peut exercer une influence sur la réalisation du BPN. En milieu rural, la population pourrait être confrontée à une limitation d'accès aux services de santé ou à un manque d'information sur le sujet. Au Bénin, il a été déterminé qu'en milieu rural les couples ont moins recours au bilan prénuptial [9]. En Chine, la fréquence de réalisation du bilan prénuptial est de 49,3% à Suizhou qui est une grande ville, comparativement à une fréquence plus basse dans les autres régions qui sont plus petites et moins urbanisées [1].

- **La religion**

La religion peut influencer les valeurs, les croyances et les pratiques des individus en matière de mariage, reproduction et santé. Au Bénin, la réalisation du bilan prénuptial serait recommandée aux couples avant la célébration du mariage dans les églises évangéliques et catholiques [9].

- **Le niveau d'instruction**

Un niveau d'instruction plus élevé est souvent associé à une meilleure connaissance de la santé reproductive, des risques génétiques, à la recherche d'informations précises sur les recommandations médicales afin de prendre des décisions éclairées sur le bilan prénuptial.

- **Le type d'union**

Au Bénin, nous avons les mariages civils et religieux mais également le mariage traditionnel nommé « dot ». On assiste aussi à la formation de couples non mariés mais vivant en concubinage. Le mariage traditionnel et le concubinage ne sont pas régis par des lois et donc la réalisation du bilan prénuptial n'est pas systématique.

- **Les croyances culturelles**

Les croyances culturelles et les traditions peuvent influencer les attentes et les pratiques entourant le mariage et la santé reproductive. Certaines cultures peuvent considérer le bilan prénuptial comme une étape cruciale pour assurer le bien-être futur de la famille. D'autres cultures peuvent mettre l'accent sur la compatibilité génétique ou avoir des pratiques spécifiques liées au dépistage des maladies héréditaires.

Dans les religions endogènes du Bénin, l'union se base sur une compatibilité acceptée par le « fâ » qui est une géomancie divinatoire du golfe du Bénin.

- **Antécédent familial ou personnel**

Les antécédents familiaux font référence aux conditions médicales ou génétiques présentes dans la famille des futurs conjoints. Si des maladies héréditaires ou génétiques sont présentes dans la famille, cela peut inciter les futurs conjoints à réaliser un bilan prénuptial. Ils peuvent souhaiter connaître leur propre statut

génétique et évaluer les risques potentiels de transmettre ces maladies à leur descendance.

- **Influence du conjoint**

L'influence du conjoint (ou de la conjointe) peut varier selon les croyances individuelles, les relations interpersonnelles et les normes culturelles spécifiques à chaque couple. Le conjoint peut faire valoir l'importance de cette pratique en tant que mesure de précaution pour protéger leur santé et celle de leur future famille, ou au contraire, s'opposer à la réalisation du bilan prénuptial.

- **Influence de la belle-famille**

La belle-famille peut exprimer des préoccupations concernant la santé future du couple et celle de leurs éventuels enfants. Ils peuvent, de ce fait, mettre l'accent sur la nécessité de détecter et de prévenir les maladies génétiques ou les infections transmissibles afin de garantir un mariage et une vie de famille saine pour le couple.

- **Connaissances sur le bilan prénuptial**

Avoir des connaissances sur le bilan prénuptial peut favoriser la décision de le réaliser en offrant une compréhension des avantages, des risques potentiels et en permettant la prise de décision éclairée.

- **Sensibilisation sur le bilan prénuptial**

La sensibilisation permet de comprendre l'importance du bilan prénuptial, des risques liés aux maladies génétiques et des avantages de sa réalisation. Elle permet également d'avoir les informations sur les lieux où le réaliser et les coûts associés.

- **Principales sources d'information sur le bilan prénuptial**

Elles peuvent avoir une influence significative sur la décision de réaliser le BPN. Les principales sources retrouvées sont les professionnels de la santé, les ONG, les recherches en ligne (internet), l'école ou les expériences des amis.

- **Le niveau socio-économique**

Les couples d'un niveau socio-économique inférieur peuvent être confrontés à des barrières financières qui limitent leur accès aux ressources nécessaires pour réaliser un bilan prénuptial. Pour les couples ayant un niveau économique plus élevé, il peut être plus facile de se permettre de réaliser le bilan prénuptial.

1.4.3 Les facteurs liés au système de santé

1.4.3.1 Disponibilité des services de santé

Dans les pays développés, les services de santé proposent le bilan prénuptial de routine dans les centres de santé ou les cliniques. Dans certaines régions, les services de santé pour la réalisation du bilan prénuptial sont limités en raison de divers facteurs tels que les ressources limitées, les infrastructures de santé sous-développées.

1.4.3.2 Accessibilité financière

Les coûts associés aux services de santé pour la réalisation du bilan prénuptial peuvent constituer un obstacle à leur accès. Dans certains pays, des régimes d'assurance maladie peuvent couvrir ces services tandis que dans d'autres, ils peuvent être payants et onéreux.

1.4.3.3 Sensibilisation par le personnel de santé

Les autorités sanitaires et les professionnels de la santé doivent fournir des informations claires sur le bilan prénuptial afin que les jeunes en âge de se marier et même les couples soient incités à le réaliser. À cette fin, les agents de santé

doivent être formés sur le BPN afin de proposer des examens prénuptiaux de qualité à la population.

1.5 Hypothèses

Dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 :

1- La fréquence de réalisation du bilan prénuptial est faible.
2- Des facteurs économiques, sociodémographiques et culturels sont associés à la réalisation du bilan prénuptial.
3- Des facteurs liés au système de santé sont associés à la réalisation du bilan prénuptial.

1.6 Objectifs

1.6.1 Objectif général

Étudier les facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023.

1.6.2 Objectifs spécifiques

1- Déterminer la fréquence et la qualité de réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023.
2- Identifier les facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023.
3- Décrire les facteurs liés au système de santé, expliquant la fréquence de réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023.

GÉNÉRALITÉS

2 Généralités

2.1 Définition des concepts

2.1.1 Bilan

Le terme bilan, de l'italien « balancio » signifiant balance, désigne en médecine un examen ou un regroupement d'examens permettant l'évaluation de l'état de santé d'un patient, mais également et avant tout l'évolution éventuelle d'une maladie [11].

2.1.2 Couple

Le couple désigne deux personnes unies par le mariage, par une union civile ou vivant ensemble [12].

2.1.3 Mariage

Le mariage est défini usuellement comme étant l'union légitime d'un homme et d'une femme et, plus récemment, comme une union légitime entre deux personnes qui souhaitent créer une famille et vivre ensemble. Le mariage s'entend également comme l'acte par lequel le couple se place dans une situation juridique durable afin d'organiser la vie commune et de préparer la création d'une famille. Le mariage est ainsi un acte officiel et solennel qui institue entre deux époux une communauté socialement reconnue appelée « famille » (ou foyer, feu, ménage) dont le but est de constituer un cadre de vie stable, commun aux parents et aux enfants pour leur éducation [13].

2.1.4 Bilan prénuptial

Le bilan prénuptial encore appelé examens prénuptiaux est un ensemble d'examens physiques et paracliniques qui précèdent l'union qu'est le mariage et

qui a pour but de se rassurer de la compatibilité entre les conjoints avant toute union [14].

2.2 Composants du bilan prénuptial

Le bilan prénuptial est réalisé au décours d'une consultation médicale et se fait en trois (03) étapes à savoir l'interrogatoire, l'examen physique et la demande des examens paracliniques [15].

Le bilan prénuptial a pour but de réaliser une consultation de prévention générale sur l'hygiène de vie, les addictions, de dépister les pathologies ou facteurs de risque qui peuvent avoir des conséquences lors d'une éventuelle conception et de prescrire les examens obligatoires et recommandés [16].

Le certificat prénuptial est délivré à la suite de deux consultations. La première a pour but de faire connaissance avec chaque membre du couple, de relever leurs antécédents personnels et familiaux, de les examiner et de prescrire les examens paracliniques. La deuxième consultation a lieu une fois que les résultats du laboratoire parviennent au médecin. Celui-ci en prend connaissance, les interprète et en fait part à chaque membre du couple séparément. Il peut les orienter vers des consultations spécialisées ou réaliser des examens complémentaires en cas de besoin. C'est à la fin de cette seconde consultation qu'il remet à chacun des futurs conjoints un certificat médical prénuptial [16].

2.2.1 L'interrogatoire

Il permet au professionnel de santé d'obtenir des informations d'ordre général et détaillées sur l'état de santé, les antécédents personnels et familiaux, ainsi que les préoccupations spécifiques des futurs conjoints.

- Le professionnel de santé prendra les informations telles que l'âge pour évaluer son impact sur la fertilité, l'origine géographique, la profession, le mode de

vie, exposition au tabagisme, la consommation d'alcool, exposition aux toxiques, la consanguinité du couple.

- Le professionnel de santé posera des questions sur les antécédents familiaux à savoir les maladies héréditaires ou malformations, ensuite les antécédents personnels notamment les affections passées ou présentes, les interventions chirurgicales antérieures, les hospitalisations, les allergies, les problèmes de santé chroniques, les traitements médicaux en cours, les médicaments pris régulièrement.
- Aux femmes, des questions seront posées sur d'éventuelles grossesses antérieures, les complications liées à cette grossesse, les interruptions volontaires de grossesse, les fausses couches spontanées, les enfants s'il y en a, ceux atteints de maladies génétiques ou de malformations.
- Il consultera les carnets afin de voir l'état vaccinal des conjoints.
- Les futurs conjoints peuvent exposer leurs préoccupations spécifiques [15].

Ces informations aident le médecin à évaluer les risques potentiels, à formuler des recommandations appropriées et à fournir des conseils adaptés aux besoins spécifiques des futurs conjoints. Il convient de souligner que la confidentialité des informations partagées lors de l'interrogatoire est protégée par le secret médical et ces informations sont traitées avec grand soin.

2.2.2 Examen physique

L'examen physique sera complet et adapté aux informations recueillies au cours de l'interrogatoire.

- La prise des mesures anthropométriques : le poids, la taille, le périmètre abdominal. L'indice de masse corporelle (IMC) sera calculé.

- La prise des constantes vitales : la température corporelle, la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la saturation pulsée en oxygène.
- L'examen de chaque appareil : examen cardiovasculaire, examen pleuropulmonaire, examen hépato-digestif, examen génito-urinaire, examen de l'appareil reproducteur, examen ostéo-articulaire.

2.2.3 Les examens paracliniques

Au Bénin, pour le certificat médical, la détermination du groupage sanguin facteur rhésus et l'électrophorèse de l'hémoglobine sont obligatoires. La sérologie HIV, les sérologies syphilitiques et hépatites B et C sont recommandées.

2.2.3.1 Groupage sanguin – facteur rhésus

2.2.3.1.1 Rappel physiologique

Les hématies comportent plusieurs antigènes de membrane, génétiquement déterminés et définissant les groupes sanguins érythrocytaires. On connaît une vingtaine de systèmes antigéniques caractérisant autant de groupes présents simultanément chez le même individu. Les plus importants pour la transfusion sont A, B, O et Rhésus [17].

- **Le système ABO**

Le système ABO est défini par la présence à la surface des érythrocytes soit d'un antigène A (groupe A), soit d'un antigène B (groupe B), soit des deux (groupe AB), soit d'aucun d'entre eux (groupe O) ce qui permet de classer tout sang humain dans l'un des groupes A, B, AB ou O [17].

Le sérum d'un sujet donné contient l'iso anticorps naturel (Anti-A ou Anti-B) correspondant à l'antigène absent de ses érythrocytes ; lorsque l'hématie porte les

deux antigènes, le sérum ne contient aucun iso anticorps et lorsque l'hématie ne porte aucun antigène, le sérum contient les deux iso anticorps Anti-A et Anti-B [17].

Tableau I : tableau récapitulatif des différents groupes sanguins dans le système ABO

Groupes sanguins	Antigène érythrocytaire	Anticorps présents dans le sérum
O	Aucun	Anti-A et Anti-B
A	A	Anti-B
B	B	Anti-A
AB	A et B	Aucun

Ces anticorps qui sont capables d'agglutiner les globules rouges in vitro (agglutinines) sont des immunoglobulines M (IgM), apparaissant naturellement avant le sixième mois. Cette propriété est utilisée pour déterminer les groupes sanguins.

La détermination du groupe sanguin doit avoir recours à deux méthodes : la méthode de Beth-Vincent qui recherche les antigènes sur les hématies à l'aide de sérums tests anti-A, anti-B, anti-AB, et celle de Simonin qui recherche les anticorps dans le sérum au moyen d'hématies tests A, B, AB. O. La concordance des résultats obtenus avec ces deux méthodes est nécessaire pour affirmer le groupe sanguin A, B, AB ou O [17].

- **Le facteur Rhésus**

Le système rhésus est un système complexe à plusieurs antigènes. Sur les hématies des sujets dits rhésus positifs (Rh+) se trouve un antigène D ou Rh 1 qui est absent chez les sujets de rhésus négatif (Rh-). Outre l'antigène D, qui permet de définir deux populations Rh (+) et Rh (-), le système Rhésus comporte un antigène C ou Rh2, un antigène E ou Rh3, un antigène c ou Rh4 et un antigène e ou Rhs. Il n'y a pas d'antigène d, mais par convention, on note d l'absence d'antigène D.

Les gènes du système Rhésus sont situés sur le chromosome 1 ; chaque chromosome porte un ensemble génique (un haplotype) constitué de 3 gènes se transmettant en bloc. Pour chaque gène il existe deux allèles possibles (D ou d pour le premier, C ou c pour le second, E ou e pour le troisième). Les allèles C et c ainsi que E et e sont codominants le gène D se comporte comme un gène dominant (le gène d. s'il existe, ne s'exprime pas).

Les trois haplotypes les plus fréquents sont DCe, DeE et dee.

Il suffit généralement, pour les besoins de la clinique, de distinguer les sujets Rh (+) et Rh (-). Il est toujours préférable de déterminer le phénotype Rhésus complet.

La détermination du groupe Rhésus se fait aujourd'hui avec des antisérums monoclonaux. Il n'y a pas d'anticorps naturels dans le système Rhésus ; les patients de rhésus négatif n'ont pas d'anticorps sériques anti-D. Les anticorps du système Rhésus sont des anticorps immuns, incomplets, de classe lgG (hémolysines). Ils peuvent apparaître chez les sujets de rhésus négatif après contact avec l'antigène Rh à l'occasion d'une transfusion ou en cas de grossesse d'un enfant Rh (+) chez une mère Rh (-).

Une seconde transfusion avec un sang Rh (+) peut déclencher une réaction d'hémolyse, une nouvelle grossesse peut provoquer une maladie hémolytique du nouveau-né [17].

2.2.3.1.2 Objectif de la détermination du groupage sanguin lors du BPN

L'antigène Rhésus D est très immunogène. Lorsqu'un enfant de rhésus positif (Rh +) est porté par une femme de rhésus négatif (Rh -), la réponse immunitaire de la mère induit l'apparition d'IgG anti-D susceptibles de traverser le placenta et de provoquer une hémolyse fœtale qui peut conduire à la mort du fœtus in utero ou après la naissance à une maladie hémolytique du nouveau-né.

La prévention de l'allo-immunisation Rhésus repose sur l'injection à la mère d'IgG anti-D dans les soixante-douze heures (72H) qui suivent toutes situations où il y a risque de passage de sang fœtal dans la circulation maternelle : manœuvres intra-utérines, accouchement. Les IgG se fixent sur les globules rouges fœtaux et préviennent la réaction immunitaire maternelle sans provoquer d'hémolyse significative chez le fœtus.

2.2.3.2 Sérologie VIH

2.2.3.2.1 Rappel physiologique

Le virus de l'immunodéficience humaine qui est l'agent du sida, est une infection sexuellement transmissible c'est-à-dire qu'elle peut se transmettre lors des relations sexuelles [18]. C'est un rétrovirus c'est-à-dire un virus à ARN qui pour se multiplier doit s'intégrer dans l'ADN de la cellule hôte, ayant un tropisme pour les lymphocytes T4 (CD4) [17].

2.2.3.2.2 Mise en évidence du virus

Le virus est mis en évidence dans le surnageant par la détection de l'activité transcriptase inverse et/ou d'antigènes viraux. Cette technique est longue (six semaines), complexe et coûteuse. Elle est réservée au diagnostic de l'infection VIH chez les nouveau-nés de mère positive chez lesquels le diagnostic sérologique est impossible du fait de la présence d'anticorps maternels.

L'antigène p24 que la réplication virale libère dans le sang et le liquide cérébro-spinal apparaît dans le sérum à 3 semaines après l'infestation, avant les anticorps. Il disparaît après la primo-invasion pour ne réapparaître qu'au stade du sida. On le détecte en Elisa, valeur seuil de l'ordre de 20 pg/ml.

La mise en évidence d'anticorps anti-HIV par Elisa est simple, sensible, et détecte les anticorps anti-VIH1 et VIH2. Elle ne permet pas de reconnaître l'infection à VIH à son tout début, car la séroconversion n'intervient généralement qu'entre trois et six semaines (jusqu'à trois mois) après la contamination.

Une sérologie positive doit toujours faire l'objet d'une confirmation ; c'est d'ailleurs une obligation réglementaire. L'immunoempreinte est la technique la plus utilisée pour cette confirmation. Elle révèle non plus les anticorps totaux mais différents anticorps dirigés contre les différentes protéines du virus : protéines virales séparées par électrophorèse et transférées sur des bandelettes de nitrocellulose (Western-blot) ou protéines recombinantes déposées sur une membrane de Nylon. Le test est positif si le sérum contient au moins une bande correspondant à un anticorps anti-protéines de core, anti-gag (anticorps anti-p24 ou p55) ou anti-pol (anticorps anti-p34 ou p64) et une bande correspondant à un anticorps dirigé contre l'une des protéines de l'enveloppe (anti-Gp41, Gp120 ou Gp160). Si le sérum ne contient que des anticorps dirigés contre une seule classe de protéines, il est dit indéterminé.

L'existence d'une séroconversion témoigne d'une infestation, et les sujets chez lesquels on la découvre doivent être considérés comme des porteurs du virus.

2.2.3.2.3 Intérêt dans le bilan prénuptial

Le VIH à ce jour ne possède pas de traitement curatif. L'intérêt du dépistage est de connaître le statut des conjoints, d'accompagner et d'aider le(s) conjoint(s) séropositif(s) à suivre le traitement afin d'empêcher la contamination du partenaire.

Il faut notifier qu'au Bénin, tout dépistage du VIH doit être fait avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée et accompagné d'un conseil VIH/SIDA pré et post test [19].

2.2.3.3 Electrophorèse de l'hémoglobine

2.2.3.3.1 Rappel physiologique

L'électrophorèse de l'hémoglobine sert à détecter les anomalies de forme et de concentration de l'hémoglobine, la protéine des globules rouges qui sert au transport de l'oxygène. L'hémoglobine est composée de 4 chaînes, 2 chaînes alpha et de 2 chaînes bêta. Le test sert également à identifier les plus communes des 700 formes anormales d'hémoglobine retrouvées dans le monde, la plupart extrêmement rares. Toutes les formes anormales sont associées à des anémies de sévérité variable. Certains désordres héréditaires affectant l'hémoglobine sont souvent retrouvés avec une plus grande fréquence (mais non en exclusivité) dans des populations géographiquement identifiables (région méditerranéenne pour les thalassémies, africaine pour l'hémoglobine S ou asiatique pour l'hémoglobine E) [20].

Chez l'adulte, on trouve normalement :

- HbA : 97,9 - 98 %

-HbA2 : 2 %

- HbF : moins de 1 %.

Chez le nouveau-né : il y a 80 % d'HbF qui sera remplacée par l'HbA six mois après la naissance

2.2.3.3.2 Rappel physiopathologique

L'hémoglobinopathie la plus grave et la plus fréquente est la drépanocytose [21]. Elle est due à une mutation en 6 du gène codant pour la chaine β de la globine entrainant le remplacement de la glutamine par de la valine. L'hémoglobine mutée est appelée hémoglobine S (HbS). L'anomalie favorise la polymérisation de l'hémoglobine à l'état désoxygéné, polymérisation qui déforme les hématies en faucilles (drépanocytes), les fragilisent d'où l'anémie et les rigidifient d'où les accidents vaso-occlusifs. La maladie est à transmission autosomique récessive. Les patients hétérozygotes (AS) sont asymptomatiques et n'ont pas d'anémie (sauf en cas d'hypoxie) en raison d'un taux d'HbA suffisant (> 60%). Les patients homozygotes (SS) ou les hétérozygotes composites (SC) ont une anémie hémolytique chronique avec une hémoglobine au voisinage de 8 g/dL. Leur croissance, leur scolarité, leurs activités professionnelles sont généralement normales. Mais ils sont exposés à des crises vaso-occlusives douloureuses, abdominales, ostéo-articulaires (nécrose aseptique de la hanche), cérébrales (AVC, occlusion de l'artère centrale de la rétine conduisant à la cécité) ou des corps caverneux (priapisme) [17].

Les thalassémies sont une forme d'hémoglobinopathie qui résultent d'un déficit partiel ou total de synthèse d'une ou de plusieurs chaînes de globine : ce sont les

alpha-thalassémies, les bêta-thalassémies mais aussi delta-, gamma-, delta-bêta-thalassémies [21].

2.2.3.3.3 Intérêt de l'électrophorèse de l'hémoglobine dans le BPN

L'analyse de l'électrophorèse de l'hémoglobine s'avère être très importante avant toute union entre conjoints. En fonction de l'analyse du tracé électrophorétique, on peut savoir si la personne est drépanocytaire, hétérozygote ou homozygote [10] et s'il y a des risques d'avoir des enfants malades.

Tableau II : tableau récapitulatif des compatibilités de l'électrophorèse de l'hémoglobine

Père \ Mère	AA	AS	AC	SS	SC
AA	Très bon	Bon	Bon	Bon	Bon
AS	Bon	Mauvais	Mauvais	Mauvais	Mauvais
AC	Bon	Mauvais	Mauvais	Mauvais	Mauvais
SS	Bon	Mauvais	Mauvais	Très mauvais	Très mauvais
SC	Bon	Mauvais	Mauvais	Très mauvais	Très mauvais

2.2.3.4 Sérologies des hépatites virales B et C

Les hépatites virales se nomment par des lettres de l'alphabet en fonction de la famille du virus en cause. Parmi elles, les plus fréquentes sont l'hépatite virale de type C, puis la B, puis la A, la D (ou delta) et enfin l'hépatite E. Les virus B et C provoquent des hépatites qui guérissent parfois spontanément en phase aiguë, mais qui peuvent devenir chroniques [22].

L'hépatite B se transmet par des relations sexuelles ou par du partage d'objets en contact avec du sang, même en quantité minime. On peut contracter l'hépatite B en cas d'échange de matériel d'injection de produits ou, plus rarement, de piercing, de scarification, rasoir, brosse à dents, etc. La contamination par la salive, lors du baiser, semble possible, mais très rare. Par ailleurs, une femme enceinte porteuse d'une hépatite B chronique peut la transmettre à son bébé durant la grossesse [22]. Après la phase aiguë, dans la majorité des cas, le virus de l'hépatite B est éliminé du corps : on est alors guéri et immunisé contre l'hépatite B. Mais l'hépatite B peut aussi devenir chronique. Elle est alors plus ou moins active selon les moments, et on ne peut plus en guérir. Elle peut, après plusieurs années, provoquer des dégâts importants pour le foie (risque de cirrhose et, parfois, de cancer).

Il existe un vaccin contre l'hépatite B qui est administré lorsque la sérologie est négative [22].

Le virus de l'hépatite C se transmet par le sang. Il concerne notamment les consommateurs de produits, via le partage de matériel d'injection et, plus rarement, matériel de piercing, de scarification ou de rasage. Une femme enceinte porteuse d'une hépatite C chronique active peut la transmettre à son enfant. Après la contamination, le plus souvent, il n'y a aucun symptôme et certaines personnes arrivent à éliminer l'infection spontanément mais la personne n'est pas pour autant immunisée contre une réinfection au VHC. Contrairement à l'hépatite B,

le VHC devient chronique dans 80 % des cas. Le virus reste dans le corps et se multiplie dans le foie. Après plusieurs années, il peut provoquer des dégâts importants (risque de cirrhose et cancer du foie) [22].

2.2.3.5 Sérologies syphilitiques

La syphilis est une maladie infectieuse et contagieuse causée par une bactérie : le tréponème pâle (*Treponema pallidum*). Elle peut être symptomatique ou asymptomatique. L'infection se développe en trois stades et les symptômes sont différents à chaque stade [23]. Elle se transmet par contact sexuel, par contact avec une lésion de la peau (le chancre est très contagieux, les éruptions du 2ème stade sont également contagieuses), par le sang (partage de seringues) et par transmission de la mère à l'enfant. Elle peut-être efficacement traitée si elle est diagnostiquée à temps. La syphilis est particulièrement grave chez la femme enceinte car elle peut être transmise au fœtus pendant la grossesse ou lors de l'accouchement. La syphilis congénitale peut entraîner la mort du fœtus, des lésions cutanées, des malformations osseuses, des anomalies du système nerveux central, une cécité ou la mort du nouveau-né [23].

D'autres examens peuvent être effectués en fonction des particularités objectivées par le professionnel de santé.

Pour finir, des conseils sont donnés, en fonction des informations recueillies pendant la consultation, adaptés au couple.

2.3 Bilan prénuptial au Bénin

Au Bénin, en prévision de l'union matrimoniale, les conjoints potentiels se rendent à la mairie où les pièces nécessaires leurs sont énumérées. Parmi celles-ci, le bilan prénuptial est mentionné, sans détails sur ses composantes. Ce n'est qu'au moment de leur visite au lieu désigné pour réaliser le bilan, qu'un

professionnel de la santé présent établit une liste des analyses à effectuer après la consultation. Il s'agit généralement du groupage sanguin-facteur rhésus, de l'électrophorèse de l'hémoglobine, les sérologies des hépatites (B et C) et de la sérologie VIH. Après la disponibilité des résultats et interprétation au couple, le certificat prénuptial est établi et remis au couple.

2.4 Revue de la littérature

Le bilan prénuptial a été le sujet de plusieurs études en Europe comme en Asie. Longtemps obligatoire dans certains pays européens et asiatiques, il est devenu volontaire dès le XXIe siècle. Certaines études ont donc été effectuées sur les facteurs influençant la réalisation du bilan prénuptial dans les pays où sa réalisation n'est plus obligatoire.

Une étude sur les facteurs influençant la décision de réaliser les examens prénuptiaux menée en 2010 par Wang et al. dans une province chinoise ont montré que la fréquence de réalisation du BPN était de 34,8 %. Les facteurs démographiques n'expliquaient que 6,9 % de la variance totale de la variable dépendante. Les personnes âgées de 27 (+/- 5) ans étaient plus susceptibles de réaliser le BPN. Le lieu de résidence était significativement associé à la réalisation du BPN et indiquait que les personnes vivant dans les grandes villes (Wuhan et Suizhou) étaient plus susceptibles de réaliser le BPN que celles vivant en province (Zaoyang). À Suizhou, le taux de participation était de 49,3%, ce qui était beaucoup plus élevé que le niveau général des autres régions. La profession avait également une influence sur la réalisation du BPN. Les scientifiques et les enseignants avaient une probabilité plus élevée de réaliser le BPN, alors que les agriculteurs étaient moins enclins à le réaliser. Le sexe, l'origine ethnique, le niveau d'instruction et les revenus mensuels n'étaient pas significativement associés à la réalisation du BPN. L'une des principales raisons pour lesquelles certaines personnes ne réalisaient pas le BPN était le manque de temps (18,8%).

Une autre argumentation fréquemment avancée (11,5 %) était que les examens prénuptiaux n'étaient pas nécessaires. Près de 8 % considéraient que le BPN était simplement la nouvelle mode qui allait finir par disparaître et 7,6% se croyaient en bonne santé sans avoir besoin de réaliser le BPN. Ceux dont le conjoint ou d'autres membres de leur famille les ont empêchés de le réaliser et ceux qui craignaient un mauvais service hospitalier ne constituaient qu'une minorité des réponses. Un grand nombre n'avait pas effectué le BPN pour des raisons personnelles telles que la distance jusqu'au site de dépistage prénuptial, la crainte des procédures administratives, ou le désamour pour les hôpitaux et autres sites d'inspection. Certains (6,1 %) n'ont pas réalisé le BPN en raison du manque de connaissances à ce sujet [1].

A Oman, Kindy et al. ont retrouvé dans leur étude en 2003 que 79% des participants étaient au courant de la disponibilité du BPN à Oman. Les principales sources d'information sur le BPN étaient les écoles et les collèges (36%), les médias (35%), la famille et les amis (33%) et/ou les services de santé (31%). Presque tous les participants (99,7%) savaient que le test devrait impliquer les deux partenaires. Une partie des participants (33%) pensaient que le BPN comprenait uniquement des tests sanguins, 32% pensaient qu'il comprenait des tests sanguins et un examen physique, tandis que 35% ont affirmé ne pas connaitre la réponse à la question. En testant les connaissances sur les maladies ciblées par le BPN, 66% pensaient que le BPN ciblait les maladies génétiques et les maladies sexuellement transmissibles, 25% pensaient que le BPN ne ciblait que les maladies génétiques, 3% pensaient qu'il ciblait uniquement les maladies sexuellement transmissibles et le reste (6%) ne connaissait pas la réponse. La grande majorité des participants (92%) pensaient qu'il était important de réaliser le BPN et ont convenu de le faire à l'avenir. Parmi ceux qui ont accepté de le faire, les raisons étaient de prévenir la transmission des maladies à leurs enfants et de s'assurer que leur partenaire est en bonne santé. Parmi ceux qui n'étaient pas

d'accord pour faire le BPN, 4% craignaient que les résultats du test ne soient pas en faveur de leur choix, 4% (n = 21) estimaient que ces résultats de test étaient une insulte pour eux, 3% (n = 20) refusaient parce qu'ils ne voulaient pas interférer avec la volonté de Dieu, 3% craignaient que les résultats positifs empêchent la poursuite du mariage et 1% refusait parce qu'ils pensent que leur famille mettra fin aux fiançailles [24].

En Europe, Unver et al. dans une étude menée de 2017 à 2020 à Isparta, en Turquie, ont retrouvé une fréquence de réalisation du BPN de 15,1% en 2017 ; 23,9% en 2018 ; 31.2% en 2019 et 29,7% en 2020. La majorité des personnes ayant réalisé le BPN (65.5%) résidaient en zone urbaine. Les examens demandés étaient le groupage sanguin facteur rhésus, les thalassémies, la drépanocytose l'hémogramme, les sérologies de dépistage de la toxoplasmose, de la rubéole, des hépatites (B et C), de la syphilis et du CMV [8].

En RDC, en 2022, les facteurs influençant la réalisation du BPN étaient l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, les connaissances sur le BPN, les sources d'informations, la profession, etc. Ainsi, 93,2% des personnes enquêtées avaient connaissance de l'existence du BPN et 37% des personnes enquêtées refusaient de réaliser le BPN en raison d'une limitation financière. Chez l'homme, les examens recommandés étaient : le test d'Emmel, l'électrophorèse de l'hémoglobine, le dépistage de la syphilis, la sérologie HIV, le groupe sanguin facteur rhésus, le dosage hormonal (androgènes), le spermogramme, le frottis urétral et la morphologie des organes reproducteurs. Chez la femme, il était recommandé le test d'Emmel, l'électrophorèse de l'hémoglobine, le dépistage de la syphilis, la sérologie HIV, le groupe sanguin rhésus, le dosage hormonal (progestérone + œstrogènes), le frottis cervical, la morphologie des organes reproducteurs [10].

En somme, la réalisation du bilan prénuptial dépend de plusieurs facteurs et les connaissances sur son utilité ainsi que son importance sont encore limitées au sein de la population.

CADRE ET MÉTHODES D'ÉTUDE

3 Cadre et Méthodes d'étude

3.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Bénin, dans le département de l'Atlantique.

3.1.1 République du Bénin

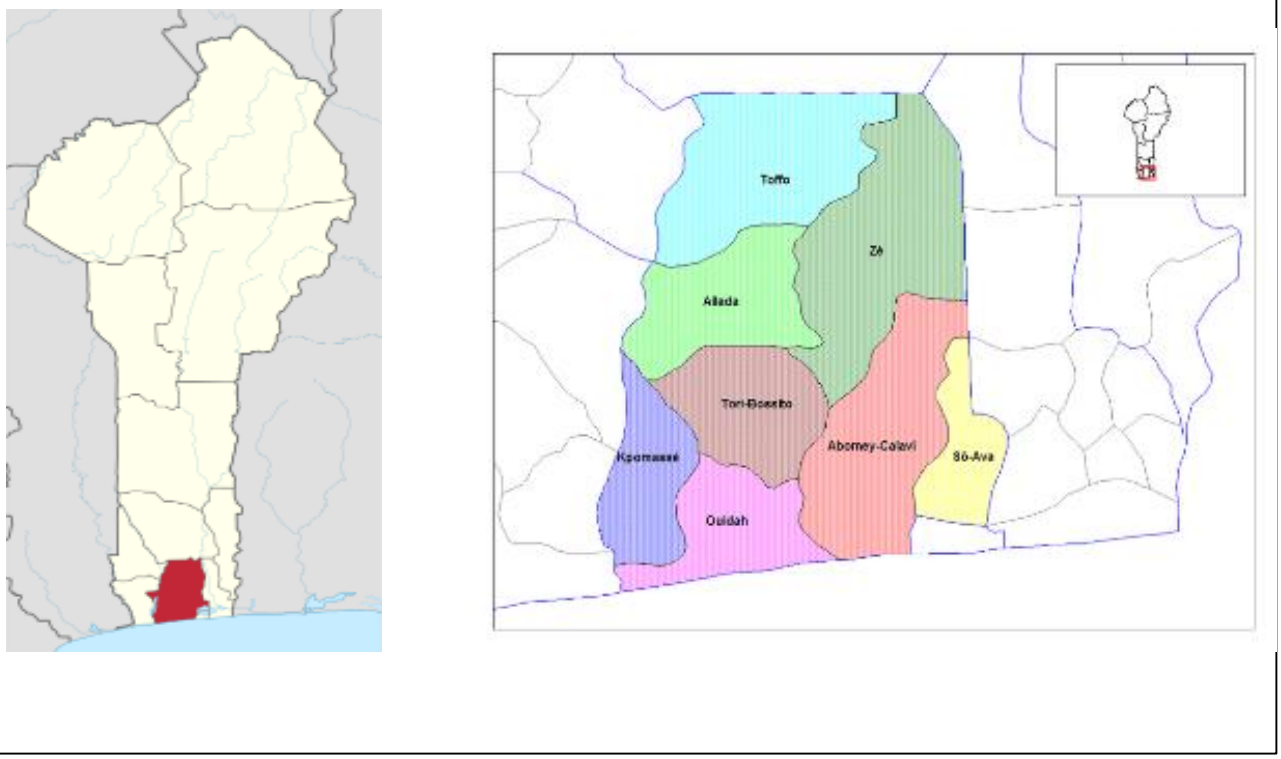
La République du Bénin est un État de la sous-région ouest africaine. Elle a une superficie de 114 845,2 km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Niger, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique. Sur la base des résultats du 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4) de 2013 et selon les projections réalisées par l'INSAE, la population totale de la République du Bénin est estimée à 11 884 127 habitants en 2019 avec un accroissement intercensitaire annuel de 3,5%.

3.1.2 Département de l'Atlantique au Bénin

3.1.2.1 Situation géographique

Le département de l'Atlantique est l'un des plus petits des douze (12) départements du Bénin en terme 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 km^2 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 [25].



- A gauche : la Carte du Bénin montrant le département de l'Atlantique en rouge et les onze (11) autres départements en blanc ;
- A droite : la carte du département de l'Atlantique montrant les limites et les huit (8) communes.

Figure 2 : Carte du Bénin (à gauche) et celle du département de l'Atlantique (à droite), montrant les subdivisions administratives (communes)

3.1.2.2 Caractéristiques démographiques

La population du département de l'Atlantique en 2002 était de 801 683 habitants dont 412 561 femmes et 389 122 hommes. Elle est passée à 1 614 168 habitants selon le dernier recensement de 2018. La densité de population de cette entité territoriale est passée de 248 habitants au km² en 2002 à 432 habitants au km² en 2018. Cette densité varie considérablement à l'intérieur du département entre 164 habitants au Km² dans la commune de Zè à 1218 habitants au Km² dans celle d'Abomey-Calavi. Le rapport de masculinité y est passé de 94,3 hommes pour 100 femmes en 2002 à 96,5 hommes pour 100 femmes en 2018. Six communes sur les huit (8) que compte le département ont franchi la barre des 100 000 habitants au recensement de 2018, il s'agit de : Abomey-Calavi (757 724 habitants), Allada (147 205 habitants), Ouidah (187 058 habitants), So-Ava (136 855 habitants), Toffo (117 274 habitants) et Zè (123 424 habitants). Les ethnies rencontrées essentiellement sur le plan du peuplement sont les Fon et apparentés (76,3%), les Adja et apparentés (15,6%). Les populations de l'Atlantique sont essentiellement catholiques (39,3%), adeptes des religions traditionnelles (12,9%) et pratiquent aussi le Christianisme Céleste (11,0%) [25].

3.2 Méthodes d'étude

3.2.1 Type d'étude et période de collecte de données

Notre étude était transversale et analytique. La période de collecte des données s'étendait de Septembre à Octobre 2023.

3.2.2 Population d'étude

La population source était constituée des ménages du département de l'Atlantique.

- La cible primaire était constituée des personnes mariées, vivant en couple ou des personnes ayant vécu une fois en couple ;

• La cible secondaire était constituée des professionnels de santé à savoir les médecins, sages-femmes et infirmiers.

3.2.3 Critères d'éligibilité

3.2.3.1 Critères d'inclusion

- Cible primaire

  Chaque participant (e) doit :

- Avoir au moins 18 ans au moment de l'enquête ;
- Avoir donné son consentement éclairé.

- Cibles secondaires

- Les médecins généralistes et spécialistes (gynécologues) habilités à délivrer le certificat médical ainsi que les sages-femmes et infirmiers du département de l'Atlantique.

3.2.3.2 Critères de non inclusion

- Cibles primaires

- Les personnes affligées d'une pathologie psychiatrique.

3.3 Échantillonnage

3.3.1 Taille de l'échantillon

Pour la cible primaire, la taille minimale a été calculée selon la formule de SCHWARTZ [26] avec une précision « i » de 5%, un effet grappe de 1,5 et sur la base de la prévalence de réalisation du bilan prénuptial à Cotonou en 2020 qui est de 14% [9].

$$n=KZ^2pq/i^2$$

$$n= (1,5*(1,96)^2*0,14*0,86)/ (0,05)^2 = \mathbf{278}$$

n= taille de l'échantillon ;

Z= 1,96 l'écart réduit au risque ;

p= 0,14 Prévalence de réalisation du bilan prénuptial à COTONOU en 2020 ;

q= 0,86 (1-p)

i= 0,05

K= 1,5 effet grappe

n est égal à 278 . Il a été ajouté à cette taille initiale une marge de 10% représentant la correction éventuelle de données manquantes ou aberrantes et les non répondants.

$$N = n+(n*0,1)$$

$$N = 278+(278*0,1) = 306$$

Au total, la taille de la cible primaire à enquêter est de 306 personnes vivant en couple ou ayant déjà vécu en couple et résidant dans le département de l'Atlantique.

Pour la cible secondaire, nous allons enrôler tous les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes exerçant dans les différents centres de santé et hôpitaux de zone du département de l'Atlantique.

3.3.2 Méthode et technique d'échantillonnage

- **Cibles primaires**

La méthode probabiliste a été utilisée pour les personnes vivant ou ayant déjà vécu en couple et résidant dans le département de l'Atlantique.

La technique utilisée était le sondage en grappe. L'unité de grappe était le village. Nous avions retenu des grappes de 15 unités statistiques (ménages).

Le nombre de grappes = 306/15 = 21 grappes

Le pas de sondage était déterminé en divisant l'effectif cumulé des populations du département par le nombre de grappes.

Le pas de sondage = 1 614 168 / 21 = 76 865

Le tirage aléatoire d'un nombre compris entre 1 et le pas de sondage à l'aide de la touche Random d'une calculatrice nous a donné la première grappe retenue. Ce nombre était 18.820.

A partir de la population cumulée des villages ou quartiers, classés par ordre alphabétique, nous avions remarqué qu'il s'agissait du quartier Adja Tokpa II (arrondissement de Sègbohouè). Les autres grappes ont été déterminées en ajoutant chaque fois le pas de sondage. La grappe choisie est celle dont la population cumulée contient le nombre ainsi calculé (voir annexe 3).

Dans chaque grappe, à partir d'un croisement situé au centre de chaque village ou quartier, l'enquêteur choisit une direction au hasard, jetant en l'air un stylo ; la direction est indiquée par la pointe du stylo. En suivant cette direction, l'enquêteur

procède à la sélection des ménages. La première maison à droite est la première visitée. S'il n'y a aucune maison à droite, il choisit le côté opposé. Ensuite, l'enquêteur procède de proche en proche jusqu'à atteindre le nombre de personnes à enquêter dans chaque grappe. Pour chaque couple, un seul membre (représentant le couple), choisi par commodité est enquêté. Lorsque l'enquêteur retrouve plusieurs personnes vivant ou ayant déjà vécu en couple dans une maison, il n'enrôle qu'une seule, choisie après un tirage aléatoire simple. Par contre, quand il n'y a pas de personnes remplissant les critères dans une maison, il continue dans la suivante jusqu'à atteindre les 15 personnes.

- **Cibles secondaires**

Nous avions sélectionné tous les centres de santé couvrant chaque grappe choisie et nous avions enrôlé l'agent de santé responsable qui était présent. Nous avions également enrôlé les médecins et gynécologues qui étaient en consultation dans les hôpitaux des zones sanitaires incluses dans l'enquête.

3.4 Variables de l'étude

Deux types de variables sont considérés dans l'étude. Il s'agit de la variable dépendante et des variables indépendantes.

3.4.1 Variable dépendante

La réalisation du bilan prénuptial.

Cette variable sera caractérisée par une appréciation de la qualité du bilan prénuptial réalisé.

3.4.2 Variables indépendantes

En se référant au cadre conceptuel, on distingue deux (02) groupes de variables indépendantes. Les variables liées aux individus et celles liées au système de santé.

- Facteurs individuels :

Facteurs sociodémographiques, économiques et culturels : l'âge, le sexe, l'ethnie, la religion, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, le type d'union, les croyances culturelles, les antécédents personnels ou familiaux, le niveau socio-économique, l'influence du conjoint, l'influence de la belle-famille, les connaissances sur le BPN, les principales sources d'information sur le BPN et la sensibilisation sur le BPN.

- Facteurs liés au système de santé :

La disponibilité des services de santé, l'accessibilité financière et la sensibilisation par le personnel de santé.

3.5 Aspects opérationnels des variables

3.5.1 Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude et conformément au cadre conceptuel est : ***« réalisation du bilan prénuptial*** ». Cette variable a deux modalités : « OUI » pour signifier que l'enquêté l'a réalisé et « NON » pour signifier que le bilan prénuptial n'a pas été fait.

Si la réponse est OUI, il faudra caractériser ***la qualité du bilan réalisé*** en précisant le niveau de complétude de la réalisation conformément aux normes

décrites au chapitre 2.2 des généralités. Pour chaque condition réalisée, un score de 1 sera attribué. La proportion de score réalisé sur le total attendu sera calculée. La qualité sera dite :

- satisfaisante lorsque 80 – 100% des conditions de réalisation ont été remplies
- peu satisfaisante lorsque 60 – 80% des conditions de réalisation ont été remplies
- et non satisfaisante lorsque moins de 60% des conditions de réalisation ont été remplies

Les facteurs d'appréciation de la qualité de la réalisation des examens sont décrits dans le tableau ci-dessous :

Tableau III : aspects opérationnels des variables de la qualité des examens prénuptiaux réalisés

Composante	Facteurs	Scores attendus

Interrogatoire	Les renseignements suivants ont été demandés :
	• l'âge
	• l'origine géographique
	• la profession
	• le mode de vie
	• l'exposition au tabagisme
	• la consommation d'alcool
	• l'exposition aux toxiques
	• la consanguinité du couple
	• les antécédents familiaux
	  ○ les maladies héréditaires
	  ○ les malformations
	• Antécédents personnels
	  ○ les affections passées ou présentes
	  ○ les interventions chirurgicales antérieures
	  ○ les hospitalisations
	  ○ les allergies
	  ○ les maladies chroniques
	  ○ les traitements médicaux en cours
	  ○ les médicaments pris régulièrement.
	  ○ En ce qui concerne la femme
	  ▪ les grossesses antérieures,
	  ▪ les complications éventuelles liées à cette grossesse
	  ▪ les interruptions volontaires de grossesse
	  ▪ les fausses couches spontanées
	  ○ maladies génétiques ou malformations chez les enfants éventuellement
	• L'état vaccinal des conjoints a été vérifié
	• Les futurs conjoints ont eu l'occasion d'exposer leurs préoccupations spécifiques
	La confidentialité des informations partagées lors de l'interrogatoire a été garantie
		25

Tableau III (suite) : aspects opérationnels des variables de la qualité des examens prénuptiaux réalisés

Composante	Facteurs	Scores attendus
Examen physique	La prise des mesures anthropométriques a été effectuée : • le poids • la taille • le périmètre abdominal L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé La prise des constantes vitales a été effectuée : • la température corporelle, • la pression artérielle • la fréquence cardiaque • la fréquence respiratoire • la saturation pulsée en oxygène. L'examen des appareils suivants a été effectué : • l'examen cardiovasculaire • l'examen pleuropulmonaire • l'examen hépato-digestif • l'examen génito-urinaire • l'examen de l'appareil reproducteur • l'examen ostéo-articulaire	15
Examens paracliniques	Les examens suivants ont été demandés • Groupage sanguin facteur rhésus • Électrophorèse de l'hémoglobine • Sérologie HIV • Sérologies syphilitiques • Sérologies pour les hépatites B et C	5
Total		45

3.5.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes sont de plusieurs ordres. Nous nous proposons de les présenter à travers un tableau avec certaines de leurs caractéristiques.

Tableau IV : définitions opératoires et modalités des variables en lien avec les facteurs individuels

Variables	Définitions opératoires	Modalités
Age	Age révolu au moment de l'enquête	Nombre en Année
Sexe	Sexe de la personne enquêtée	• Féminin • Masculin
Type d'union	Le type d'union entre la personne enquêtée et son partenaire	• Mariage • Concubinage • Autre à préciser
Résidence	Lieu de résidence de la personne enquêtée	• Zone rurale • Zone urbaine
Niveau d'instruction	Dernier niveau d'étude	• Aucun • Niveau à préciser
Profession	Occupation, métier, fonction	• Artisans • Salariés
Ethnie	Ethnie de la personne enquêtée	• Fon • Autre à préciser
Connaissances sur le BPN	Ce que la personne enquêtée sait du BPN	• Bonne si la personne connaît les examens constitutifs du BPN et leur intérêt • Moyenne si la personne connaît les examens du BPN ou l'intérêt de le réaliser • Aucune
Source d'informations	Les principales sources des informations que possède la personne enquêtée sur le BPN	• Media • Milieu scolaire • Autre
Niveau socio-économique	Mesure de la position sociale en fonction du statut économique (Voir annexe 1)	• Très pauvre: 0 à 9 points • Pauvre: 10 à 18 points • Moyen: 19 à 27 points • Riche : 28 à 36 points
Religion	Religion pratiquée par la personne enquêtée	• Animiste • Chrétien • Autre

Tableau IV (suite) : définitions opératoires et modalités des variables en lien avec les facteurs individuels

Variables	Définitions opératoires	Modalités
Prise de décision au sein du couple	La personne enquêtée peut-elle prendre les décisions seule?	• Oui • Non
Connaissance par l'enquêté de l'existence d'antécédents personnels ou familiaux	Maladie héréditaire ou tout autre problème de santé présente dans la famille de la personne enquêtée	• Présent • Absent

Tableau V : définitions opératoires et modalités des variables en lien avec les facteurs liés au système de santé

Variables	Définitions opératoires	Modalités
Promotion du BPN	Existence de campagnes de sensibilisation sur le BPN	• Oui • Non
	Si oui, fréquence et bénéficiaire	• Réponse ouverte
Disponibilité du BPN	Possibilité de réaliser le BPN dans le service de santé	• Oui • Non
	Examens demandés lors de la réalisation du BPN	• Réponse ouverte
Accessibilité du BPN	Coût de ces examens dans le service de santé	• Réponse ouverte

3.6 Collecte de données

3.6.1 Techniques et outils

La technique utilisée pour collecter les données auprès des personnes vivant en couple ou ayant vécu en couple est l'enquête par questionnaire. Nous avons à cet effet élaboré un questionnaire concernant les facteurs individuels

(sociodémographiques et économiques). La traduction était faite pour éviter toute confusion de compréhension en langue adoptée par chaque enquêté.

En ce qui concerne les cibles secondaires, nous avons procédé à des entretiens individuels à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré comportant des questions à réponses ouvertes courtes.

3.6.2 Mise en œuvre

Les questionnaires étaient digitalisés sur smartphone avec Kobotool box. Une équipe de dix (10) enquêteurs titulaires d'une licence en santé publique, habitués aux enquêtes de terrain et parlant chacun au moins une des langues courantes du département de l'Atlantique était constituée, formée et équipée pour la collecte des données.

Une phase de pré-test a été organisée afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions et d'apporter les éventuelles corrections nécessaires.

3.7 Traitement et analyse des données

3.7.1 Traitement

Après la collecte, nous avions effectué un dépouillement manuel des fiches afin de vérifier la complétude et la cohérence des données collectées. La saisie était effectuée avec le logiciel Epi Data 3.5.4 et l'analyse à l'aide du logiciel STATA 11. L'organisation des données sous forme de tableaux et graphiques était effectuée avec Microsoft EXCEL 2016. Le rapport a été saisi avec le logiciel Microsoft Word 2016.

3.7.2 Analyse

- Aspect descriptif : les variables quantitatives avec une distribution normale sont exprimées sous forme de moyenne avec leur écart-type. Les variables

qualitatives quant à elles sont exprimées sous forme de pourcentage ou de proportion.

- Analyse univariée : l'existence d'une association entre la variable dépendante et les variables indépendantes sera recherchée en utilisant le test de KHI-carré de Pearson. La force de cette association est appréciée à travers les rapports de côte ou Odds Ratio (OR) et leur intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité choisi est de 5%.
- Analyse multivariée : dans la régression logistique, toutes les variables avec une p-value ≤ 20% lors de l'analyse univariée sont introduites dans le modèle final. Ensuite sur la base de la stratégie de modélisation pas à pas descendante, on procède à l'élimination des variables n'ayant pas de p-value significative dans le modèle. Le test de Hosmer Lemshow est utilisé pour déterminer l'adéquation du modèle final.
- Les données de l'entretien individuel semi-directif avec les cibles secondaires sont dépouillées manuellement et les résultats présentés sous forme de prose.

3.8 Aspects administratifs et considérations éthiques

3.8.1 Aspects administratifs

Nous avons obtenu du ministère de la santé, une autorisation pour la collecte des données.

3.8.2 Considérations éthiques et déontologiques

Sur le terrain, nous nous sommes présentés aux ménages et aux chefs quartiers avec la lettre de demande d'autorisation de collecte. Cette lettre porte entre autres l'objet, la zone d'étude, le thème de notre étude et le contact de la directrice de thèse.

Avant de procéder à l'entretien, nous avons expliqué aux enquêtés, l'importance de l'étude, en leur assurant la confidentialité et l'anonymat sur toutes leurs formes. La participation à l'étude était volontaire. Des dispositions ont été prises pour respecter l'anonymat des personnes enquêtées au cours de notre étude. Le consentement éclairé des personnes enquêtées a été pris et elles ont été rassurées quant à la confidentialité des informations.

3.9 Présentation des références

La présentation des références est faite selon les normes de Vancouver actualisées avec un ordre chronologique d'appel dans le texte. Un accent a été mis sur le respect des critères de présentation des tableaux et figures.

RÉSULTATS

4 Résultats

Au total, 312 personnes vivant ou ayant déjà vécu en couple ont été enquêtées sur les 306 personnes attendues soit un taux de participation de 101,96%. En ce qui concerne la cible secondaire, vingt-quatre (24) agents de santé ont été enquêtés.

4.1 Description de la population d'étude

Tableau VI : répartition de notre échantillon selon les quartiers de ville et/ou villages, arrondissements et communes

Communes	Arrondissements	Effectifs	Proportions (%)
Abomey-Calavi	Abomey-Calavi	30	9,6%
	Godomey	45	14,4%
	Hêvié	15	4,8%
	Togba	15	4,8%
	Ouedo	15	4,8%
Allada	Sékou	30	9,6%
Kpomassè	Segbohouè	15	4,8%
Ouidah	Pahou	30	9,6%
	Ouidah II	15	4,8%
	Ouidah III	15	4,8%
So-Ava	Ahomey-Lokpo	13	4,2%
So-Ava	Ganvier II	15	4,8%
Toffo	Houegbo	15	4,8%
	Colli-Agbame	15	4,8%
	Ague	14	4,5%
Zê	Tangbo-Djèvié	15	4,8%
Total		**312**	**100%**

4.2 Facteurs sociodémographiques, économiques et culturels

Tableau VII : répartition de la population d'étude selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence, la situation matrimoniale et le nombre d'années passées en couple

	Effectifs	Proportions (%)
Âge (en années)		
< 30	66	21,2
30 – 49	221	70,8
≥ 50	25	8,0
Sexe		
Femme	152	48,7
Homme	160	51,3
Zone de résidence		
Rurale	171	54,8
Urbaine	141	45,2
Situation matrimoniale		
Concubinage	148	47,4
Divorcé (e)	19	6,1
Marié (e) coutumièrement	103	33,0
Marié (e) légalement	32	10,3
Veuf (ve)	10	3,2
Nombre d'années de couple		
< 10	207	66,4
10-19	74	23,7
≥ 20	31	9,9

La plupart des participants de l'enquête se situaient dans la tranche d'âge de trente à quarante-neuf (30-49) ans, représentant 70,8% de l'échantillon, avec une moyenne d'âge de 36,76 ans et un écart-type de 8,83 ans.

La majorité des participants de notre étude étaient de sexe masculin, représentant 51,3% de l'échantillon et ils habitaient principalement dans des zones rurales, constituant 54,8% de la population étudiée

Parmi les personnes enquêtées, 47,4% vivaient en concubinage, 33% étaient unies par un mariage coutumier et 10,3% étaient légalement mariées. La majorité des couples étaient ensemble depuis moins de dix ans (66,4%), avec une moyenne de 8,63 années passées en couple, assortie d'un écart-type de 7,41 ans.

Tableau VIII : répartition des personnes enquêtées selon l'ethnie et la religion

	Effectifs	**Proportions (%)**
Ethnie		
Adja et apparentés	51	16,3
Bariba et apparentés	3	1,0
Dendi et apparentés	7	2,2
Fon et apparentés	220	70,5
Peulh et apparentés	1	0,3
Yoruba ou nago et apparentés	30	9,6
Religion		
Animisme	54	17,3
Christianisme	223	71,5
Islam	35	11,2

La grande majorité des personnes interrogées appartenaient à l'ethnie fon et apparentés et étaient affiliées à la religion chrétienne, représentant respectivement 70,5% et 71,5% de l'échantillon.

Tableau IX : répartition selon le niveau d'instruction, la profession et le niveau socio-économique

	Effectifs	Proportions (%)
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	59	18,9
Alphabétisé	50	16,0
Primaire	56	17,9
Secondaire	104	33,3
Supérieur/universitaire	43	13,8
Catégorie socio-professionnelle		
Fonctionnaire	41	13,1
Commerçant (e)	118	37,8
Ouvrier / ère	107	34,3
Sans emploi	38	12,2
Etudiant (e)	8	2,6
Niveau socio-économique		
Très pauvre	24	7,7
Pauvre	61	19,6
Moyen	138	44,2
Riche	89	28,5

Les personnes incluses dans l'enquête avaient été pour la plupart scolarisées avec 33,3% ayant achevé les études secondaires et 13,8% ayant atteint un niveau d'études supérieur, tandis que 18,9% n'avaient pas été scolarisées. La profession prédominante était celle de commerçant, concernant 37,8% des participants, tandis que 12,2% étaient sans emploi. En ce qui concerne le niveau socio-économique, notre échantillon était principalement composé de personnes de

classe moyenne (44,2%), suivies de près par celles ayant un niveau socio-économique élevé (28,5%).

Tableau X : répartition selon le pouvoir de décision au sein du couple, l'accès aux centres de santé et les antécédents

	Effectifs	Proportions (%)
Prise de décision sur sa santé au sein du couple		
Moi-même	216	69,2
Conjoint (e)	88	28,2
Parents	8	2,6
Obstacles accès à l'hôpital		
Aucun	216	69,2
Route non praticable	96	30,8
Proximité domicile - centre de santé		
Oui	168	53,8
Non	144	46,2
Antécédents médicaux personnels		
Aucun	283	90,7
Drépanocytose	11	3,5
Maladies cardiovasculaires	8	2,6
Autres maladies	10	3,2
Antécédents familiaux		
Aucun	278	89,1
Drépanocytose	6	1,9
Maladies cardiovasculaires	8	2,6
Malformations	6	1,9
Autres maladies	14	4,5

La plupart des personnes interrogées avaient la capacité de décider par elles-mêmes de se rendre à l'hôpital (69,2%), tandis que 28,2% avaient besoin de l'accord de leur conjoint avant de le faire. La majorité considérait qu'il n'y avait aucun obstacle les empêchant d'accéder à l'hôpital (69,2%), bien que 30,8% estimaient que la route était impraticable. En ce qui concerne la proximité entre les centres de santé et leur lieu de résidence, 53,8% considéraient que c'était proche. Par ailleurs, la plupart des participants ne présentaient pas d'antécédents médicaux personnels (90,7%) ni d'antécédents familiaux (89,1%) en matière de santé.

4.3 Réalisation du bilan prénuptial

Tableau XI : répartition selon les connaissances sur le bilan prénuptial

	Effectifs	**Proportions (%)**
Connaissance du BPN		
Oui	89	28,5
Non	223	71,5
Moment de connaissance du BPN (N=89)		
Avant le mariage	81	91,0
Après le mariage	8	9,0
Avoir assisté à des séances de sensibilisation sur le BPN (N=89)		
Oui	20	22,5
Non	69	77,5

La majorité de notre échantillon ne possédait aucune connaissance sur le bilan prénuptial (71,5%). Parmi ceux qui avaient des informations dessus, la majorité (91%) en avait eu connaissance avant le mariage et 77,5% n’avaient jamais été sensibilisés sur le BPN.

Tableau XII : répartition selon les personnes ayant réalisé le bilan prénuptial

	Effectifs	Proportions (%)
Réalisation du BPN		
Oui	21	6,7
Non	291	93,3
Moment de réalisation du BPN (N=21)		
Avant de concevoir	12	
Avant mariage	9	

Seulement une minorité soit 6,7% de notre échantillon avait réalisé le bilan prénuptial. Parmi eux, environ la moitié l'avait réalisé avant de concevoir (12/21).

Tableau XIII : récapitulatif des raisons de la non-réalisation du bilan prénuptial

Cluster	Effectifs	Proportions (%)	Description
1	54	18,5%	Les individus qui considèrent que le bilan prénuptial n'est pas utile pour eux
2	211	72,5%	Les individus qui ne connaissent pas l'existence du bilan prénuptial.
3	9	3,1%	Les individus qui pensent qu'ils n'ont pas le temps pour réaliser le bilan prénuptial
4	11	3,8%	Les individus qui ne sont pas intéressés par le bilan prénuptial
5	6	2,1%	Les individus qui trouvent la réalisation très coûteuse
Total	**291**	**100%**	

La grande partie de notre échantillon (72,5%) qui n'a pas réalisé le bilan prénuptial évoque une ignorance de son existence tandis qu'une proportion de 18,5% estime que le bilan prénuptial ne revêt pas d'importance à leurs yeux. Une

minorité (2,1%) a avancé des raisons de nature financière pour justifier leur non recours à cette procédure.

4.4 Qualité du bilan prénuptial réalisé

Sur les vingt-et-une (21) personnes ayant réalisé le bilan prénuptial, dix (10) ont déclaré avoir effectué une consultation médicale préalable avant la réalisation du bilan prénuptial.

Tableau XIV : appréciation de l'interrogatoire

Renseignements à demander à l'interrogatoire	Scores obtenus	Scores attendus	Fractions	Observations
Âge	8	21	8/21	Non satisfaisante
Origine géographique	4	21	4/21	Non satisfaisante
Profession	8	21	8/21	Non satisfaisante
Mode de vie	8	21	8/21	Non satisfaisante
Exposition au tabagisme	8	21	8/21	Non satisfaisante
Consommation d'alcool	8	21	8/21	Non satisfaisante
Exposition aux toxiques	4	21	4/21	Non satisfaisante
Consanguinité du couple	7	21	7/21	Non satisfaisante
Maladies héréditaires	9	21	9/21	Non satisfaisante
Malformations	9	21	9/21	Non satisfaisante

Tableau XIV (suite) : appréciation de l'interrogatoire

Renseignements à demander à l'interrogatoire	Scores obtenus	Scores attendus	Fractions	Observations
Affections passées ou présentes	9	21	9/21	Non satisfaisante
Interventions chirurgicales antérieures	7	21	7/21	Non satisfaisante
Hospitalisations antérieures	7	21	7/21	Non satisfaisante
Allergies	6	21	6/21	Non satisfaisante
Maladies chroniques	6	21	6/21	Non satisfaisante
Traitements médicaux en cours	3	21	3/21	Non satisfaisante
Médicaments pris régulièrement	7	21	7/21	Non satisfaisante
Grossesses antérieures	3	21	3/21	Non satisfaisante
Complications éventuelles liées à cette grossesse	1	21	1/21	Non satisfaisante
Interruptions volontaires de grossesse	3	21	3/21	Non satisfaisante
Fausses couches spontanées	3	21	3/21	Non satisfaisante
Maladies génétiques ou malformations chez les enfants éventuellement	7	21	7/21	Non satisfaisante

Tableau XIV (suite et fin) : appréciation de l'interrogatoire

Renseignements à demander à l'interrogatoire	**Scores obtenus**	**Scores attendus**	**Fractions**	**Observations**
Complications éventuelles liées à cette grossesse	1	21	1/21	Non satisfaisante
Interruptions volontaires de grossesse	3	21	3/21	Non satisfaisante
Fausses couches spontanées	3	21	3/21	Non satisfaisante
Maladies génétiques ou malformations chez les enfants éventuellement	7	21	7/21	Non satisfaisante
État vaccinal des conjoints	8	21	8/21	Non satisfaisante
Futurs conjoints ont eu l'occasion d'exposer leurs préoccupations spécifiques	4	21	4/21	Non satisfaisante
Confidentialité des informations partagées lors de l'interrogatoire a été garantie	7	21	7/21	Non satisfaisante
Total	**154**	**525**	**154/525**	**Non satisfaisante**

Tableau XV : appréciation de l'examen physique

Mesures prises/examens réalisés à l'examen physique	Scores obtenus	Scores attendus	Fractions	Observations
Poids	6	21	6/21	Non satisfaisante
Taille	9	21	9/21	Non satisfaisante
Périmètre abdominal	7	21	7/21	Non satisfaisante
Indice de masse corporelle (IMC)	6	21	6/21	Non satisfaisante
Température corporelle	4	21	4/21	Non satisfaisante
Pression artérielle	5	21	5/21	Non satisfaisante
Fréquence cardiaque	5	21	5/21	Non satisfaisante
Fréquence respiratoire	6	21	6/21	Non satisfaisante
Saturation pulsée en oxygène	1	21	1/21	Non satisfaisante
Examen cardiovasculaire	4	21	4/21	Non satisfaisante
Examen pleuropulmonaire	8	21	8/21	Non satisfaisante
Examen hépato-digestif	5	21	5/21	Non satisfaisante
Examen génito-urinaire	8	21	8/21	Non satisfaisante
Examen de l'appareil reproducteur	7	21	7/21	Non satisfaisante
Examen ostéo-articulaire	5	21	5/21	Non satisfaisante
Total	**86**	**315**	**86/315**	**Non satisfaisante**

Tableau XVI : appréciation des examens paracliniques

Examens paracliniques demandés	Scores obtenus	Scores attendus	Fractions	Observations
Groupage sanguin facteur rhésus	21	21	21/21	Satisfaisante
Electrophorèse de l'hémoglobine	21	21	21/21	Satisfaisante
Sérologie HIV	21	21	21/21	Satisfaisante
Sérologies syphilitiques	0	21	-	Non satisfaisante
Sérologies pour les hépatites B et C	16	21	16/21	Peu satisfaisante
Tests de fertilité	11	21	11/21	Non satisfaisante
Total	**90**	**126**	**90/126**	**Peu satisfaisante**

Tableau XVII : appréciation de la qualité du bilan prénuptial

Examens paracliniques demandés	Scores obtenus	Scores attendus	Proportions (%)	Observations
Interrogatoire	154	525	29,33	Non satisfaisante
Examen physique	86	315	27,3	Non satisfaisante
Examens paracliniques	90	126	71,4	Peu satisfaisante
Total	**330**	**966**	**34,2**	**Peu satisfaisante**

La qualité du bilan prénuptial est jugée peu satisfaisante, avec un taux de satisfaction majoritaire concernant les examens paracliniques (71,4%). Toutes les personnes interrogées ont déclaré avoir effectué des tests de groupage sanguin, de facteur rhésus, d'électrophorèse de l'hémoglobine et de sérologie VIH. L'interrogatoire et les examens physiques effectués dans le cadre du bilan prénuptial sont appréciés comme étant en deçà des attentes en termes de satisfaction.

4.5 Analyse univariée des facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial

Il ressort de l'analyse univariée que le niveau d'instruction, le niveau socio-économique, la décision sur sa santé au sein du couple, la connaissance du bilan prénuptial et la participation à des séances de sensibilisation sur le BPN étaient

associés à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique en 2023.

Tableau XVIII : association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial

	Effectifs (N)	**Réalisation du BPN (Oui) n(%)**	**OR**	**IC$_{95\%}$**	***p-value***
Âge (en années)					0,391
< 30	66	2 (3,0)	1	-	
30 – 49	221	17(7,7)	2,67	[0,59 – 11,85]	
≥ 50	25	2(8,0)	2,78	[0,37 – 20,91]	
Sexe					0,578
Femme	152	9(5,9)	1	-	
Homme	160	12(7,5)	1,28	[0,52 – 3,15]	
Zone de résidence					0,111
Rurale	171	8(4,7)	1	-	
Urbaine	141	13(9,2)	2,06	[0,83 – 5,14]	
Situation matrimoniale					0,246
Concubinage	148	7(4,7)	1	-	
Marié (e)	135	13(9,6)	2,14	[0,82 – 5,55]	
Divorcé (e)/Veuf (ve)	29	1(3,5)	0,71	[0,08 – 6,07]	
Nombre d'années de couple					0,317
< 10	207	11(5,3)	1	-	
10-19	74	7(9,5)	1,86	[0,69 – 4,99]	
≥ 20	31	3(9,7)	1,90	[0,50 – 7,26]	

On n'observe aucune association statistiquement significative entre l'âge, le sexe, la zone de résidence, la situation matrimoniale, le nombre d'années passées en couple et la réalisation du bilan prénuptial.

Tableau XIX : association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial (suite)

	Effectifs (N)	**Réalisation du BPN (Oui)**	**OR**	**$IC_{95\%}$**	***p-value***
		n(%)			
Ethnie					0,460
Autres	41	2(4,9)	1	-	
Adja-Fon et apparentés	271	19(7,0)	1,47	[0,32 – 6,55]	
Religion					0,176
Animisme	54	1(1,8)	1	-	
Christianisme	223	19(8,5)	4,93	[0,64 – 37,71]	
Islam	35	1(2,9)	1,55	[0,09 – 25,76]	

On ne note pas d'association statistiquement significative entre l'ethnie, la religion et la réalisation du BPN.

Tableau XX : association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial (suite)

	Effectifs (N)	Réalisation du BPN (Oui) n(%)	OR	$IC_{95\%}$	*p-value*
Catégorie socio-professionnelle					0,750
Sans emploi	46	2(4,3)	1	-	
En emploi	266	19(7,1)	1,69	[0,38 -7,52]	
Niveau socio-économique					**0,004**
Très pauvre / Pauvre	85	0(0,0)	1	-	
Moyen/riche	227	21(9,2)			

Il ressort de l'analyse de ce tableau que le niveau socio-économique est significativement associé la réalisation du BPN. En effet, les personnes ayant un niveau socio-économique moyen ou élevé ont une probabilité plus élevée de réaliser le BPN par rapport à ceux qui ont un niveau socio-économique faible.

Tableau XXI : association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial (suite et fin)

	Effectifs (N)	Réalisation du BPN (Oui) n(%)	OR	$IC_{95\%}$	*p-value*
Niveau d'instruction					**0,000**
Bas	109	2(1,2)	1	-	
Moyen / Elevé	203	19(13,0)	12,26	[2,80 – 53,64]	
Décision sur sa santé au sein du couple					**0,029**
Conjoint (e) / parents	96	2(2,1)	1	-	
Moi-même	216	19(8,8)	4,53	[1,03 – 19,86]	
Obstacles accès à l'hôpital					0,085
Route non praticable	97	3(3,1)	1	-	
Aucun	215	18(8,4)	2,86	[0,82 – 9,95]	
Proximité domicile - centre de santé					0,089
Non	145	6(4,1)	1	-	
Oui	167	15(8,9)	2,28	[0,86 – 6,05]	
Antécédents médicaux personnels					0,428
Non	283	18(6,4)	1	-	
Oui	29	3(10,3)	1,69	[0,46 – 6,15]	

Tableau XXI (suite) : association entre les facteurs sociodémographiques, culturels économiques et la réalisation du bilan prénuptial (suite et fin)

	Effectifs (N)	Réalisation du BPN (Oui)	OR	$IC_{95\%}$	*p-value*
Antécédents familiaux					0,488
Non	278	18(6,5)	1	-	
Oui	34	3(8,8)	1,39	[0,38 – 5,01]	
Connaissance du BPN					**0,000**
Non	223	1	0,5(1)	-	
Oui	89	20	22,5(64,34)	[8,48 – 488,21]	

De ce tableau, il ressort que le niveau d'instruction, la décision sur sa santé et la connaissance du BPN étaient significativement associés à la réalisation du BPN.

En effet, les personnes ayant un niveau d'instruction moyen ou élevé ont 12,26 fois plus tendance à réaliser le BPN que celles ayant un niveau d'instruction bas (OR=12,26 ; $IC_{95\%}$: [2,80 – 53,64]).

Les personnes prenant elles-mêmes les décisions relatives à leur santé au sein de leur couple montrent une propension 4,5 fois plus élevée à réaliser le bilan prénuptial que celles ne pouvant pas prendre elles-mêmes cette décision (OR=4,5 ; $IC_{95\%}$: [1,03 – 19,86]).

Les personnes ayant connaissance du bilan prénuptial ont 64,34 fois plus tendance à réaliser le BPN que celles n'ayant aucune connaissance sur le BPN **(**OR=64,34 ; $IC_{95\%}$: [8,48 – 488,21]).

4.6 Analyses multivariées des facteurs associés à la réalisation du BPN

Les variables ayant une p-value d'au plus 20% (la zone de résidence, le niveau d'instruction, la religion, la décision sur sa santé au sein du couple, les obstacles à l'accès à l'hôpital, la participation à des séances de sensibilisation et la proximité de l'hôpital et la maison) ainsi que l'âge et le sexe qui sont des variables d'intérêt ont été introduites dans un modèle initial de régression logistique pas-à-pas descendante (tableau XXII).

Tableau XXII : analyse multivariée des facteurs associés à la réalisation du BPN dans le département de l'Atlantique en 2023 (modèle initial)

	OR	**IC 95%**	***p-value***
Âge (en années)			0,243
< 30	1	-	
30 – 49	4,42	[0,78 – 25,04]	
≥ 50	3,46	[0,32 – 36,73]	
Sexe			0,876
Femme	1	-	
Homme	1,10	[0,30 – 4,07]	
Zone de résidence			0,247
Rurale	1	-	
Urbaine	0,45	[0,11 – 1,73]	
Niveau d'instruction			**0,033**
Bas	1	-	
Moyen/élevé	5,81	[1,15 – 29,22]	
Religion			0,203
Animisme	1		
Christianisme	4,15	[0,39 – 43,27]	
Islam	0,80	[0,03 – 20,22]	

Tableau XXII (suite) : analyse multivariée des facteurs associés à la réalisation du BPN dans le département de l'Atlantique en 2023 (modèle initial)

	OR	IC 95%	*p-value*
Décision sur sa santé au sein du couple			0,327
Conjoint (e)/Parents	1	-	
Moi-même	2,62	[0,38 – 18,11]	
Obstacles accès à l'hôpital			0,698
Route non praticable	1	-	
Aucun	1,35	[0,29 – 6,27]	
Proximité domicile - centre de santé			0,543
Non	1	-	
Oui	1,46	[0,42 – 5,02]	
Avoir assisté à des séances de sensibilisation sur le BPN			**0,000**
Non	1	-	
Oui	14,74	[3,70 – 58,65]	

Au terme de l'analyse, deux (02) variables ont été identifiées comme associées à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023. Il s'agissait du niveau d'instruction et de la participation à des séances de sensibilisation sur le BPN.

Tableau XXIII : analyse multivariée des facteurs associés à la réalisation du BPN dans le département de l'Atlantique en 2023 (modèle final)

	OR	IC 95%	*p-value*
Niveau d'instruction			**0,019**
Bas	1	-	
Moyen/élevé	6,36	[1,34 – 29,99]	
Avoir assisté à des séances de sensibilisation sur le BPN			**0,000**
Non	1	-	
Oui	11,71	[3,93 – 34,93]	

Au terme de notre analyse, nous notons que deux (02) variables sont associées à la réalisation du BPN. Il s'agit du niveau d'instruction et la participation à des séances de sensibilisation sur le BPN. Les personnes ayant un niveau d'instruction moyen ou élevé ont 6,36 fois plus tendance à réaliser le BPN. Celles ayant assisté à des séances de sensibilisation sur le BPN ont 11,71 fois plus tendance à réaliser le BPN.

4.7 Adéquation du modèle final

Il a été obtenu une p-value de 0,0854 au test de Hosmer Lemshow. Etant donné que cette p-value est supérieure à 0.05, on conclut que ce modèle est adéquat.

4.8 Facteurs liés au système de santé

4.8.1 Distribution des cibles secondaires

Tableau XXIV : description de la cible secondaire

Agents de santé enquêtés	Effectifs	Proportions
Médecin généraliste	21	87,57%
Gynécologue	01	4,17%
Sage-femme	02	8,34%
Total	24	100%

Au total, nous avons parcouru dix-neuf (19) formations sanitaires (voir annexe 4) et interrogé vingt-quatre (24) agents de santé. Il s'agissait de vingt et un (21) médecins généralistes, deux (02) sages-femmes et un (01) gynécologue.

- **Accessibilité financière du bilan prénuptial**

Il ressort des entretiens que le coût moyen du BPN est de 19.722 FCFA et 5 agents de santé ont évoqué l'aspect financier parmi les facteurs influençant la réalisation du BPN par la population.

- **Disponibilité des services de santé**

Sur les vingt-quatre agents de santé interrogés, vingt et un (21) ont déclaré que le BPN pouvait se réaliser dans leurs centres. Une minorité (03) a indiqué que le BPN ne pouvait pas être réalisé dans leurs centres de santé en raison de la non-fonctionnalité des laboratoires d'analyses.

En ce qui concerne les examens demandés lors de la réalisation du bilan prénuptial, vingt-un professionnels de la santé ont répondu unanimement qu'ils

demandaient le groupage sanguin, les sérologies pour les hépatites B et C, la sérologie VIH et l'électrophorèse de l'hémoglobine. En revanche, seuls treize agents ont mentionné qu'ils ajoutaient les sérologies syphilitiques.

- **Promotion du bilan prénuptial**

Vingt (20) agents de santé ont déclaré que leurs centres de santé n'organisaient pas de séance de sensibilisation sur le BPN. Un (01) seul agent a déclaré qu'il fournissait des informations sur le BPN aux patients lors des consultations. Les agents de santé enquêtés ont mentionné qu'ils fournissaient des informations sur le bilan prénuptial aux patients qui en demandent. Dix-huit (18) agents de santé ont évoqué le manque d'information de la population sur le BPN comme facteur influençant la réalisation du BPN par la population.

4.9 Cadre conceptuel final

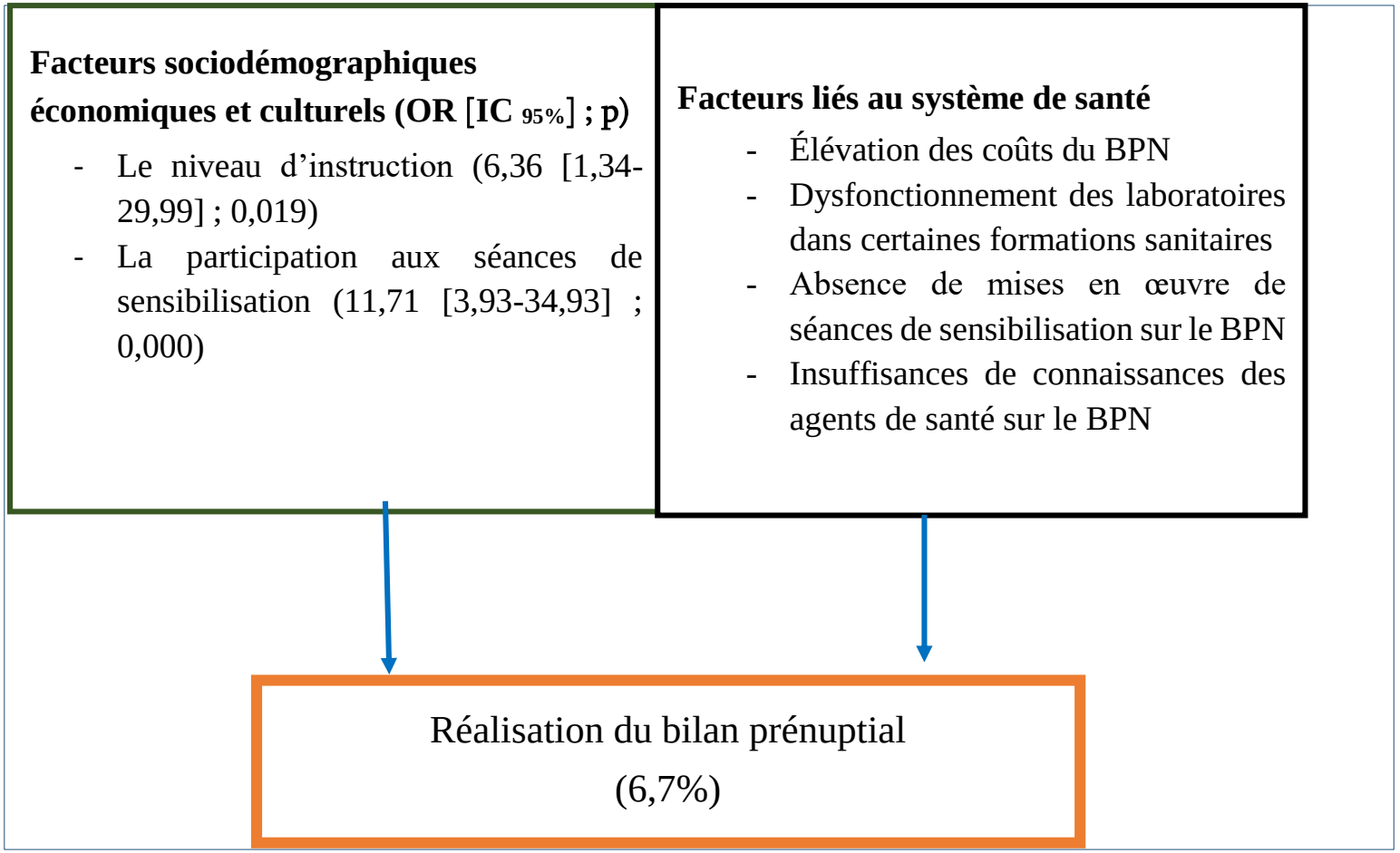


Figure 3 : Cadre conceptuel final des facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023

DISCUSSION

5 Discussion

La discussion des résultats s'articule autour de trois (03) points :

- Le niveau d'atteinte des objectifs fixés et de vérification des hypothèses ;
- La qualité et la validité des données ;
- Le commentaire des résultats, leur comparaison avec ceux d'autres études similaires et leur interprétation.

5.1 Niveau d'atteinte des objectifs

Au terme de notre étude, nous avons déterminé la fréquence de réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 et démontré que les facteurs individuels et ceux liés au système de santé y étaient associés. A cet effet, un questionnaire a été confectionné pour un entretien individuel avec les personnes vivant ou ayant déjà vécu en couple et un guide d'entretien pour les agents de santé. Les principaux résultats d'analyse se présentent comme suit :

- La fréquence de réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 est de 6,7 %.
- Les facteurs sociodémographiques, économiques et culturels comme le niveau d'instruction et la participation à des séances de sensibilisation sont associés à la réalisation du bilan prénuptial.
- La qualité du bilan prénuptial réalisé dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 est peu satisfaisante.

Ces résultats contribuent à la confirmation des hypothèses émises au début de l'étude. A partir des résultats obtenus et des hypothèses qui sont vérifiées, nous pouvons conclure que les objectifs assignés à cette étude ont été atteints.

5.2 Qualité et validité des données

Pour notre étude, nous avons effectué un échantillonnage par sondage en grappes pour le choix des personnes vivant ou ayant déjà vécu en couple. Cette méthode et sa technique ont permis d'avoir un échantillon représentatif de la population. L'outil utilisé était le questionnaire. Les enquêteurs ont été formés. Le consentement éclairé des personnes et l'assurance de la confidentialité avant chaque entretien ont été faits pour obtenir toute la sincérité des réponses.

La problématique liée à toute éventuelle mauvaise compréhension du questionnaire a été résolue par une procédure systématique où les enquêteurs expliquent l'outil aux participants avant de le leur administrer. La formation des enquêteurs s'est déroulée en français et les aspects clés ont été débattus en langue locale pour une meilleure compréhension de l'outil. Des simulations et jeux de rôles ont été faits au cours de la formation des enquêteurs. Toutes ces précautions ont pu permettre de réduire les biais d'informations dans la collecte sur le terrain.

Malgré toutes ces dispositions, il peut y avoir quelques biais au niveau de l'administration de quelques questions, en particulier, en raison de la longueur du questionnaire et du fait que certaines questions nécessitent de faire appel à la mémoire pour y répondre. Ces cas ont été suppléés par la marge de correction de 10% dans la taille de l'échantillon. En outre, nous avons utilisé des échelles pour évaluer l'existence ou non de chaque facteur, pour éviter les biais de prévarication et la subjectivité des réponses.

5.3 Limites et difficultés de l'étude

Au cours de notre étude, nous nous sommes retrouvés confrontés à des difficultés d'accès à certaines zones en raison de la saison pluvieuse et des travaux d'asphaltage. Certains médecins étaient réticents à notre entretien. Nous étions également confrontés à une absence d'objectivité quant à la question de savoir si le bilan prénuptial a été réalisé. Nous n'avions aucune preuve tangible pour étayer les déclarations des enquêtés. Les personnes qui avaient réalisé le bilan prénuptial ne retrouvaient plus leur certificat prénuptial et ne se souvenaient que vaguement de l'endroit où elles avaient rangé les résultats des analyses effectuées ainsi que leurs carnets de soins. L'évaluation de la qualité du bilan prénuptial réalisé était également subjective.

5.4 Comparaison des principaux résultats avec ceux d'autres auteurs

5.4.1 Réalisation du bilan prénuptial

Notre étude a révélé que la fréquence de réalisation du BPN chez les personnes vivant ou ayant déjà vécu en couple dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 était de 6,7%. Cette fréquence, qui est très basse, suscite des inquiétudes car la population ne semble pas comprendre pleinement l'importance de la réalisation du bilan prénuptial. Dans notre échantillon, seulement 10,3% avaient effectué un mariage civil. Au Bénin, avant tout mariage civil, la réalisation du bilan prénuptial est obligatoire. Cependant, une grande partie de la population n'opte pas pour le mariage civil mais fait des enfants. Ils échappent ainsi à l'obligation de réaliser le BPN. C'est le cas dans notre étude où la majorité des personnes interrogées vivaient en concubinage (47,4%) ou étaient mariées coutumièrement (33%). Cela pourrait expliquer en grande partie notre fréquence relativement faible de réalisation du bilan prénuptial.

Notre fréquence est considérablement plus basse que celle obtenue par Matchon en 2021, qui était de 14% dans le 8ème arrondissement de la ville de Cotonou [9]. Cette disparité peut s'expliquer par le fait que l'étude réalisée par Matchon portait sur une population résidant en zone urbaine alors que notre étude prenait en compte une population plus diversifiée, résidant majoritairement en zone rurale (54,8%). De plus, c'était une population dont la majorité avait entre 18 et 30 ans (42%) contrairement à notre série où la tranche d'âge la plus représentée était de 30 à 49 ans. La différence pourrait également être attribuée au fait que sa taille d'échantillon était inférieure à la nôtre (254).

En 2010, Wang et al. avaient retrouvé en Chine une fréquence de 34,8% ; ce qui est largement supérieure à la nôtre. Cette différence s'explique d'abord par le fait que la Chine a un niveau socioéconomique plus élevé que le Bénin. Ensuite, par le fait que leur étude portait sur une taille d'échantillon considérablement supérieure à la nôtre, qui était constituée de 633 couples sélectionnés à la mairie, qui étaient venus pour se marier et qui résidaient en milieu urbain [1].

Le Bénin étant un pays où la réalisation du bilan prénuptial est obligatoire avant tout mariage civil, nous trouvons cette fréquence de réalisation du BPN qui est de 6,7% très basse. Il urge donc de mettre en place des stratégies de communication et de sensibilisation afin d'encourager la population à le réaliser massivement.

En ce qui concerne la qualité du bilan prénuptial réalisé, elle était peu satisfaisante. Les différents critères de notre échelle n'étaient pas respectés. En effet, cela s'explique par l'absence de documents normatifs sur la réalisation du bilan prénuptial, à la disposition des agents de santé, dans les formations sanitaires au Bénin. Les agents de santé interrogés lors des entretiens n'étaient également pas unanimes sur les différents éléments constitutifs du bilan prénuptial.

5.4.2 Facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial

5.4.2.1 Le niveau d'instruction

Au terme de notre étude, nous avons retrouvé que les personnes ayant un niveau d'instruction moyen ou élevé avaient 6,36 fois plus de probabilité de réaliser le BPN. Cette association peut être attribuée au fait que les personnes ayant un niveau d'éducation moyen ou élevé ont davantage l'opportunité d'acquérir des connaissances sur le BPN et les maladies associées au sein de leur cursus scolaire.

Cette association a également été retrouvée en République démocratique du Congo où il avait été noté que le niveau d'instruction faible constituait une barrière intellectuelle pour la compréhension de certaines notions liées à la fécondité et à une sexualité responsable [10].

Nos résultats s'apparentent à ceux obtenus au Qatar au sein d'une population d'étudiants où il avait été retrouvé que les étudiants inscrits en sciences de la santé avaient une plus forte probabilité de réaliser le BPN que les étudiants inscrits dans d'autres filières [24].

Par contre, en Chine, il n'y avait aucune association retrouvée entre la réalisation du BPN et le niveau d'instruction [1]. Pour Wang et al. l'éducation pouvait servir d'indicateur de la connaissance et de la sensibilisation à la réalisation du BPN. Une fois que l'on a contrôlé la connaissance et la sensibilisation au syndrome prémenstruel, la variable de l'éducation avait en fait une association négative avec la participation [1].

5.4.2.2 La participation aux séances de sensibilisation

Notre étude a révélé que la participation aux séances de sensibilisation était associée à la réalisation du BPN. En effet, les personnes ayant déjà assisté à des séances de sensibilisation sur le bilan prénuptial ont 11,71 fois plus de probabilité

de réaliser le bilan prénuptial. En prenant part aux séances de sensibilisation, ils accèdent à des informations concernant le BPN. Ils apprennent ce que le BPN implique, où le faire, et les raisons pour lesquelles il est recommandé. En somme, la sensibilisation crée un environnement propice à la réalisation du bilan prénuptial en éduquant, en réduisant les obstacles et en normalisant cette pratique au sein de la communauté.

Une étude réalisée en Chine a noté que la variable sensibilisation était également associée à la réalisation du BPN et qu'elle joue un rôle central à cet égard [1].

Dans d'autres études, la variable de sensibilisation est juxtaposée à la détention d'information sur le bilan prénuptial. En effet, le but des séances de sensibilisation est d'obtenir des informations. Ainsi, Wang en Chine a retrouvé que les personnes ayant une compréhension plus approfondie du BPN montraient une plus grande propension à le réaliser.

CONCLUSION, PERSPECTIVES ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

La présente étude réalisée dans le département de l'Atlantique au Bénin a permis de montrer que la fréquence de réalisation du bilan prénuptial est faible. La qualité du bilan prénuptial réalisé est par ailleurs peu satisfaisante. Les facteurs influençant sa réalisation étaient le niveau d'instruction et la participation à des séances de sensibilisation.

Il serait pertinent d'étendre cette étude à tout le pays afin d'avoir des données sur le plan national pour mettre en place des politiques et stratégies adéquates afin de faire adhérer la population générale à la réalisation systématique du bilan prénuptial dès qu'ils sont en âge de se marier ou en couple.

PERSPECTIVES

Au regard de nos résultats, d'autres études pourraient être poursuivies pour :

- Évaluer la fréquence de réalisation du bilan prénuptial au plan national ;
- Étudier l'impact de la non réalisation du bilan prénuptial sur la santé des couples et de leurs progénitures ;
- Évaluer les connaissances des professionnels de la santé concernant le bilan prénuptial ;
- Promouvoir la réalisation du bilan prénuptial à travers la conception et la mise en œuvre de politiques et stratégies au plan national.

SUGGESTIONS

Les résultats auxquels nous sommes parvenus à la fin de notre étude nous permettent de faire les suggestions suivantes :

- **A l'endroit des autorités politico-administratives et sanitaires**
    - Mettre en place des programmes de sensibilisation de la population y compris celle en communautés rurales sur l'importance du bilan prénuptial ;
    - Mettre en place un programme de suivi pour évaluer l'efficacité des recommandations et des interventions proposées afin de suivre l'évolution de la réalisation du bilan prénuptial ;
    - Proposer un référentiel de réalisation du bilan prénuptial en fonction des avancées médicales et des recommandations internationales et le maintenir à jour.
- **A l'endroit des professionnels de la santé**
    - Donner systématiquement des informations sur le bilan prénuptial aux patients ayant au moins 18 ans qui viennent consulter ;
    - Se mettre à jour sur les nouvelles recommandations concernant le bilan prénuptial.
- **A l'endroit des populations**
    - Consulter un professionnel de la santé avant de se mettre en couple ;
    - Participer massivement aux séances de sensibilisation.

RÉFÉRENCES

[1] **Wang P, Wang X, Fang M**. Factors influencing the decision to participate in medical premarital examinations in Hubei Province, Mid-China. BMC Public Health. 2013;13:217.

[2] **Lanczová I**. History of mandatory premarital health examinations. Lawyer Q. 2021;11.

[3] **Mahunan D**. Importance du bilan prénuptial. Santé et bien-être. 2020;17.

[4] **Gu Y, Li L, Zhou C**. Factors influencing voluntary premarital medical examination in Zhejiang province, China: a culturally-tailored health behavioral model analysis. BMC Public Health .2014;14:659.

[5] **Arslan Mirza**. Thalassemia and premarital screening: potential for implementation of a screening program among young people in Pakistan. Hemoglobin. 2013.

[6] **Natarajan J, Joseph MA**. Premarital screening for genetic blood disorders: an integrated review on the knowledge and attitudes of Middle Eastern university students. Middle East Fertil Soc J. 2021;26:1–7.

[7] **Bruno Hounkonnou**. Bénin/ Analyse de l'électrophorèse : prévenir le bien-être des progénitures avant le mariage. Radio Afrique Santé. 2022.

[8] **Ünver Ş, İŞcan G, Yildirim Baş F**. Analysis of the Premarital Health Examinations Results of Family Physicians in Isparta: a retrospective Study. J Contemp Med. 2022;12:699–704.

[9] **Matchon H**. Impacts socio-économiques des examens prénuptiaux [Thèse]. Cotonou : Université d'Abomey-Calavi-Faculté des Sciences de la Santé-École Supérieure des Assistants Sociaux ; 2021.

[10] **Ndimba BS, Itaka CB, Ekangu**. Risques socio-économique, sanitaire et démographique liés au refus des tests prénuptiaux par les jeunes de la commune de ngaba, ville province de Kinshasa, capitale de la rdcongo. Int J Soc Sci Stud. 2022;2:1669–1685.

[11] **Vulgaris Médical**. Bilan (définition médicale). Symptômes, Causes et traitements. 2000.

[12] **José Abreu-Afonso, Maria M**. How couple's relationship lasts over time ? A model for marital satisfaction. Psychol rep. 2022;125(3):1601-27.

[13] **Glenn E Weisfield, Carol C**. Marriage: an evolutionary perspective. Neuro Endocrinol Lett. 2002;4:47-54.

[14] **Zakari S**. Bilan prénuptial : une nécessité pour une vie de couple harmonieuse. Daabaaru. 2020.

[15] **Kara-zaitri M**. Examen prénuptial. Daabaaru obstétrique. 2021.

[16] **Amélie X.** Vous envisagez la venue d'un bébé ? Pensez auparavant à la consultation préconceptionnelle [Mémoire]. Nancy : Université Henri Poincaré, Nancy I École de Sages-femmes de Metz ; 2013.

[17] **René Caquet**. 250 examens de laboratoire. 10ème éd. Elsevier Masson sas. 2008

[18] **Florence Lot**. Epidemiology oh hiv and the situation among older adults. Soins, la revue de référence infirmière. 2019;64(834):20-4.

[19] **Assemblée Nationale**. Loi portant prévention, prise en charge et contrôle du vih sida en République du Bénin, N° 2005-31 du 05 avril 2006.

[20] **Biomnis, Biologie médicale spécialisée.** Électrophorèse de l'hémoglobines : recherche d'une anomalie de l'hémoglobine. Précis de biopathologie analyses médicales spécialisées. 2012.

[21] **Bahri L, El Maani K. Hémoglobinose C**. Journal de biologie médicale. 2016;5(18):144-48.

[22] **Omana V, Goliang Xia**. Diagnosis of hepatitis a virus infection. Clinical microbiology reviews. 2006;19(1):63-79.

[23] **Plateforme Prévention Sida**. La syphilis. Santé sexuelle positive. 2023.

[24] **Al-Shafai M, Al-Romaihi A, Al-Hajri N**. Knowledge and Perception of an attitude toward a premarital screening Program in Qatar: a cross-sectional Study. Int J Environ res public health. 2022;19:4418.

[25] **Ministère d'état chargé du plan et du développement**. Monographie départementale : mission de spatialisation des cibles prioritaires des odd au Bénin. Spat bj. 2019.

[26] **C. E. Schwartz Daniel**. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Population. 1964;19:1004–05.

ANNEXES

Annexe 1 : Outil de notation du niveau socio-économique et grille d'évaluation (EDS 2017-2018)

Indicateurs	**Réponses**	**Notes**	**Score**
Biens d'équipement fonctionnels du ménage			16
Avez-vous une radio ou un poste téléviseur ?	Oui	2	
	Non	0	
Avez-vous un ordinateur portable/bureautique ?	Oui	3	
	Non	0	
Utilisez-vous un foyer amélioré ou du gaz pour la cuisson de vos aliments ?	Oui	3	
	Non	0	
Avez-vous une moto ou une voiture ?	Oui	5	
	Non	0	
Dormez-vous sur un matelas ?	Oui	3	
	Non	0	

Caractéristiques de l'habitat du ménage			
Habitez-vous chez vos parents ?	Oui	4	20
	Non	0	
Avec quel matériau a recouvert le sol de votre logement ? NB : Observer aussi	Carrelage/ciment/moquette/bois ciré	3	
	Aucun (terre sable) /planche en bois/bambou	0	
	Courant électrique SBEE/panneaux solaires	3	
Quelle est la principale source d'énergie pour l'éclairage dans votre ménage ?	Groupe électrogène/lampe ou bougies incandescentes/lampe rechargeable	1	
Quelle est la principale source d'eau de boisson de votre ménage ?	Robinet/forage/pompe	3	
	Puits/rivière/marigot	1	
	Oui	3	

Disposez-vous de latrines dans votre ménage ?	Non	0	
Si vous disposez de latrines, sont-elles sanitaires ou traditionnelles ?	Sanitaires	4	
	Traditionnelles	2	
Total			36

Annexe 2 : Echantillonnage des quartiers de ville et / ou village de l'Atlantique

Communes	**Arrondissements**	**Quartiers ou Villages**	**N° de grappes**
COM: ABOMEY-CALAVI	ARROND: ABOMEY-CALAVI	AGORI	4
COM: ABOMEY-CALAVI	ARROND: GODOMEY	COCOTOMEY	8
COM: ABOMEY-CALAVI	ARROND: GODOMEY	GODOMEY TOGOUDO	12
COM: ABOMEY-CALAVI	ARROND: HEVIE	HOUINME	15
COM: ABOMEY-CALAVI	ARROND: OUEDO	KPOSSIDJA	16
COM: ABOMEY-CALAVI	ARROND: TOGBA	SOME	19
COM: ABOMEY-CALAVI	ARROND: ABOMEY-CALAVI	TOKPA-ZOUNGO(AGBONOU)	20

COM: ABOMEY-CALAVI	ARROND: GODOMEY	YLOMAHOUTO	21
COM: ALLADA	ARROND: SEKOU	DODJI ALIHO	9
COM: ALLADA	ARROND: SEKOU	SEKOU CENTRE	18
COM: KPOMASSE	ARROND: SEGBOHOUE II	ADJA TOKPA	1
COM: OUIDAH	ARROND: PAHOU	ADJRA HOUNVE	2
COM: OUIDAH	ARROND: OUIDAH III	AGBANOU	3
COM: OUIDAH	ARROND: OUIDAH II	GANVE	10
COM: OUIDAH	ARROND: PAHOU	PAHOU	17
COM: SO-AVA	ARROND: AHOMEY-LOKPO	AHOMEY HOUNMEY	5
COM: SO-AVA	ARROND: GANVIE II	GUEDEVIE	13
COM: TOFFO	ARROND: HOUEGBO	AKPE	6
COM: TOFFO	ARROND: COLLI-AGBAME	BOSSOUVI	7
COM: TOFFO	ARROND: AGUE	HOUEGLE	14
COM: ZE	ARROND: TANGBO-DJEVIE	GLEGBODJI I	11

Annexe 3 : répartition des formations sanitaires parcourues

Formations sanitaires	Agent de santé enquêté	Effectifs	Proportions
CS Godomey	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Hèvié	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Togba	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Calavi kpota	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Akassato	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Kpossija	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Kindji	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Pahou	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Adjra	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Segbohouè	Médecin généraliste	01	4,17%
CSA de Houegbo	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Agué	Médecin généraliste	01	4,17%

CS de Ganvié	Médecin généraliste	01	4,17%
HZ OKT	Médecin généraliste	02	8,33%
HZ de Abomey Calavi-sô-ava	Médecin généraliste	02	8,33%
	Gynécologue	01	4,17%
HZ Allada Toffo Zê	Médecin généraliste	02	8,33%
	Sage-femme	01	4,17%
CS de Sékou	Médecin généraliste	01	4,17%
CS de Dodji aliho	Médecin généraliste	01	4,17%
Maternité Tangbo djèvié	Sage-femme	01	4,17%
Total		24	100%

Annexe 4 : Outil de collecte de données

Questionnaire à l'endroit des personnes vivant en couple ou ayant déjà vécu en couple

N° de la fiche / __ / **Date de l'enquête /__/_/____/**

Nom de l'enquêteur .....

Arrondissement .....

Quartier/ Village .....

N°	Questions	Modalités de réponse	Code de réponses
1-	Quel âge avez-vous ?	Réponse ouverte	
2-	Etes-vous un homme ou une femme ?	1-Homme 2-Femme	/ __/
3-	Quelle est votre situation matrimoniale ?	1-Marié (e) légalement 2-Marié (e) coutumièrement 3-Concubinage 4-Divorcé (e) 5-Veuf (ve)	/__ /
4-	Vous êtes de quelle ethnie ?	1-Fon et apparentés	/__ /

		2-Adja et apparentés 3-Yoruba ou nago et apparentés 4-Dendi et apparentés 5-Bariba et apparentés 6-Peulh et apparentés 7-Autres à préciser	
5-	Quel est votre zone de résidence ?	1-Zone rurale 2-Zone urbaine	/__ /
6-	Quel est votre niveau d'instruction ?	1-Non scolarisé 2-Alphabétisé 3-Primaire 4-Secondaire 5-Supérieur / Universitaire	/ __ /
7-	Quelle est votre profession ?	1-Artisan 2-Sans profession 3-Fonctionnaire 4-Etudiant	/ __ /

8-	Quelle religion pratiquez-vous ?	1-Animisme 2-Christianisme 3-Islam 4-Autre à préciser	/ __ /
9-	Qui décide dans votre famille pour que vous alliez à l'hôpital ?	1-Moi-même 2-Conjoint (e) 3-Beaux-parents 4-Parents 5-Autre à préciser	/ __ /
Evaluation du niveau socio-économique (ESD 2017-2018)			
10-	Avez-vous une radio ou un poste téléviseur ?	1-Oui 2-Non	/__ /
11-	Avez-vous un ordinateur portable/bureautique ?	1-Oui 2-Non	/__ /
12-	Utilisez-vous un foyer amélioré ou du gaz pour	1-Oui 2-Non	/__ /

	la cuisson de vos aliments ?		
13-	Avez-vous une moto ou une voiture ?	1-Oui 2-Non	/__ /
14-	Dormez-vous sur un matelas ?	1-Oui 2-Non	/__ /
15-	Habitez-vous chez vos parents ?	1-Oui 2-Non	/__ /
16-	Avec quel matériau est recouvert le sol de votre logement ?	1-Carrelage/ciment/moquette/bois ciré 2-Aucun (terre)/planche en bois/bambou	/__ /
17-	Quelle est la principale source d'énergie pour l'éclairage dans votre ménage ?	1-Courant électrique SBEE/panneaux solaires 2-Groupe électrogène/lampe ou bougies incandescentes/lampe rechargeable	/__ /

18-	Quelle est la principale source d'eau de boisson de votre ménage ?	1-Robinet/forage/pompe 2-Puits/rivière/marigot	/__ /
19-	Disposez-vous de latrines dans votre ménage ?	1-Oui 2-Non	/__ /
20-	Si vous disposez de latrines, sont-elles sanitaires ou traditionnelles ?	1-Sanitaires 2-Traditionnelles	/__ /
21-	Utilisez-vous un poste radio ou de télévision pour vous informer sur la santé ?	1-Oui 2-Non 3-Autre moyen	/ __ /
Connaissances sur le bilan prénuptial			
22-	Avez-vous des informations sur le bilan prénuptial ?	1-Oui 2-Non	/ __ /
23-	Qu'est-ce que le bilan prénuptial selon vous ?	1-Des examens de routine	/ __ /

		2-Des examens pour voir la compatibilité du couple 3-Des examens destinés aux femmes	
24-	Quand avez-vous entendu parler du bilan prénuptial ?	1-Avant de vous fiancer 2-Lors des préparatifs du mariage 3-Autre à préciser	/ __ /
25-	Avez-vous réalisé le bilan prénuptial ?	1-Oui 2-Non	/ __ /
26-	Si la réponse précédente est non, pourquoi ne l'avez-vous pas réalisé ?	1-Je ne connaissais pas son existence 2-Autre à préciser	
27-	Si la réponse à la question 25 est oui, avez-vous votre certificat médical prénuptial ?	1-Oui 2-Non	
28-	Si la réponse à la question 25 est oui, à quel moment l'avez-vous réalisé ?	1-Avant le mariage civil 2-Avant de concevoir 3-Autre à préciser	/ __ /

29-	Avez-vous été obligé (e) de le faire ?	1-Oui 2-Non	/ __ /
30-	Si la réponse précédente est OUI, qui vous a contraint à le faire ?	1-Conjoint (e) 2-L'officier de l'Etat Civil 3-Autre à préciser	/ __ /
31-	Avez-vous un problème de santé quelconque ?	1-Aucun 2-Drépanocytose 3-VIH/SIDA 4- Autre à préciser	/ __ /
32-	Avez-vous dans votre famille un problème quelconque en rapport avec la santé ?	1-Aucun 2-Malformations 3-Autre à préciser	/ __ /

33-	Depuis combien d'années êtes-vous en couple ?	1-Moins de 05 ans 2-Entre 05 et 10 ans 3-Plus de 10 ans	/ __ /
34-	Existe-t-il des obstacles à l'accès à l'hôpital ?	1-Aucun 2-Route non praticable 3-Autre à préciser	/ __ /
35-	Pensez-vous que le centre de santé ou l'hôpital soit loin ?	1-Oui 2-Non	/ __ /
36-	Avez-vous déjà assisté à des séances de sensibilisation sur la réalisation du bilan prénuptial ?	1-Oui 2-Non	/ __ /
37-	Qui avez-vous consulté lorsque vous étiez venu (e) réaliser le bilan prénuptial ?	1-Un médecin 2-Un infirmier 3- Autre à préciser	/ __ /

38-	Avez-vous réalisé une Consultation médicale avant de réaliser le bilan prénuptial ?	1-Oui 2-Non	/ __ /
39-	Si la réponse à la question 38 est non, pourquoi ne l'avez-vous pas fait ?	Réponse ouverte	
40-	Lors de la consultation, les renseignements suivants ont-ils été demandés ? - Votre âge - Votre origine géographique	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- Votre profession	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- Votre mode de vie : l'exposition au tabagisme, la consommation d'alcool	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /

	- L'exposition aux toxiques - La consanguinité de votre couple	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- Vos antécédents familiaux : maladies héréditaires et malformations	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- Vos antécédents personnels : o les affections passées ou présentes	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	o les interventions chirurgicales antérieures o les hospitalisations	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	o les allergies		

	○ les maladies chroniques ○ les traitements médicaux en cours	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	○ les médicaments pris régulièrement	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	Si vous êtes une femme : ○ les grossesses antérieures, ○ les complications éventuelles liées à cette grossesse	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	○ les interruptions volontaires de grossesse	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	○ les fausses couches spontanées	1-Oui	/ __ /

	- maladies génétiques ou malformations chez les enfants éventuellement	2-Non 3-Ne sais plus	
	- votre statut vaccinal	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- vos préoccupations spécifiques	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non	/ __ /

		3-Ne sais plus	
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
41-			

	Au cours de votre examen physique, la prise des mesures anthropométriques a été effectuée : - votre poids	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- votre taille - votre périmètre abdominal	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	Votre indice de masse corporelle (P/T^2) a été calculé	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	Les constantes vitales ont été prises : - la température corporelle	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /

	- la pression artérielle - la fréquence cardiaque - la fréquence respiratoire	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- la saturation pulsée en oxygène	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	L'examen des appareils suivants a été effectué : - l'examen cardiovasculaire	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- l'examen pleuropulmonaire	1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
	- l'examen hépato-digestif - l'examen génito-urinaire		
	- l'examen de l'appareil reproducteur	1-Oui 2-Non	/ __ /

	l'examen ostéo-articulaire	3-Ne sais plus	
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /

		1-Oui 2-Non 3-Ne sais plus	/ __ /
42-	Quels sont les examens que vous aviez effectués dans le cadre du bilan prénuptial ? (question à choix multiple)	1-Gs/Rh, Electrophorèse de l'hb et sérologie VIH 2-Le dépistage des hépatites 3-Les tests de fertilité 6-Le dépistage de la Toxoplasmose et Rubéole	
43-	Que pensez-vous du bilan prénuptial ?	Réponse ouverte	

Interpretation du niveau socio-économique

Profil	**Intervalle**
Très pauvres	0 à 9 points

Pauvres	10 à 18 points
Moyens	19 à 27 points
Riches	**2** 36 points

Pour les questions 40 à 42, chaque condition réalisée correspond à un score de 1. La proportion de score réalisé sur le total attendu sera calculée. La qualité sera dite :

- Satisfaisante lorsque 80 – 100% des conditions de réalisation ont été remplies
- Peu satisfaisantes lorsque 60 – 80% des conditions de réalisation ont été remplies
- Et non satisfaisantes lorsque moins de 60% des conditions de réalisation ont été remplies

GUIDE D'ENTRETIEN DES CIBLES SECONDAIRES

Thème : Facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 et état des lieux.

N° de la fiche / __ / **Date de l'enquête /__/__/____/**

Nom de l'enquêteur .....

N°	Questions	Modalités de réponse	Code de réponse
Promotion du bilan prénuptial			
1-	Est-ce que cet hôpital ou ce centre de santé organise des séances de sensibilisation sur la réalisation du bilan prénuptial ?	1-Oui 2-Non	/ __ /
2-	Si la réponse précédente est oui, qui sont les bénéficiaires ?	1-Les jeunes en âge de se marier 2-Les personnes vivant en couple 3-Autre à préciser	/ __ /
3-	Si la réponse à la question 2 est oui, à quelle fréquence ont lieu les sessions de sensibilisation ?	1-Une à deux fois par an 2-Une fois tous les 05 ans 3-Autre à préciser	/ __ /

4-	Si la réponse à la question 1 est non, pourquoi le centre n'en organise pas ?	Réponse ouverte	
5-	Fournissez-vous des informations sur l'importance du bilan prénuptial à vos patients ?	1-Toujours 2-Parfois 3-Rarement 4-Jamais	/ __ /
6-	Si la modalité de réponse à la question 5 est rarement ou jamais, pourquoi n'en fournissez-vous pas ?	Réponse ouverte	
Disponibilité du bilan prénuptial			
7-	Est-il possible de réaliser le bilan prénuptial dans ce centre de santé ou cet hôpital ?	1-Oui 2-Non	/ __ /
8-	Si la réponse précédente est non, pourquoi ?	Réponse ouverte	

9-	Quelles sont les étapes du processus du bilan prénuptial ? (question à choix multiple)	1-Interrogatoire 2-Examen physique 3-Examen paraclinique	
10-	Quels sont les examens que vous demandez lors de la réalisation du bilan prénuptial ? (question à choix multiples)	1-Groupage sanguin facteur rhésus 2-Electrophorèse de l'hémoglobine 3-Sérologie HIV 4-Sérologies syphilitiques 5-Sérologies pour les hépatites B et C 6-Autre à préciser	
Accessibilité du bilan prénuptial réalisé			
11-	Existe-t-il des obstacles à l'accès à l'hôpital ?	1-Aucun 2-Route non praticable 3-Autre à préciser	/ __ /
12-	Quel est le coût du bilan prénuptial ?	Réponse ouverte	

13- A quelle fréquence la population se rend-elle dans les centres de santé ou hôpitaux pour la réalisation du bilan prénuptial ?

14- Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent la perception de l'importance du bilan prénuptial au sein de la communauté ?

Annexe 5 : Autorisation de collecte



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Adresse postale : BP 882
Tel : +229 21 33 2178/ 21 33 21 63
Adresse mail : sante.infos@gouv.bj
Site web : www.sante.gouv.bj

N°5988/MS/DC/SGM/DFRS/SRS/SA

Cotonou, le 20 OCT 2023

AUTORISATION DE RECHERCHE EN SANTE

Le Ministre de la Santé autorise la mise en œuvre du projet de recherche intitulé **« Les facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 et l'état des lieux »** dont l'objectif est de contribuer à améliorer les prestations liées au bilan prénuptial.

Les responsables des structures concernées par l'étude sont priés de faciliter la collecte des données y relatives.

A l'issue de cette recherche, une note synthétique des résultats est attendue à la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS) du Ministère de la Santé.

Pour le Ministre et par délégation

Enagnon Pétas AKOGBETO
Directeur de Cabinet

Investigateur principal : Sandra Gnancadja
Maitre de mémoire : Professeur Yolaine GLELE AHANHANZO HESSOU
Tél : +229 95 96 68 58 ; ***Mail*** : nvglele@yahoo.fr
Structure : Université d'Abomey-Calavi
Durée d'étude : Deux (02) mois.

Annexe 6 : Certificat e-plagiat

Certificat d'analyse

Date d'émission: 29/11/2023
Compte évaluateur: GNACADJA Sandra

AUTEUR DU DOCUMENT : GNACADJA Sandra Oméga
TITRE DU DOCUMENT : Facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	25152	101	4.13%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

3e8b351a44237bf24e8e18794f5cf200a632

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT i
ACTION DE GRÂCE vii
DÉDICACES ix
REMERCIEMENTS xiii
HOMMAGES xvii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES xx
LISTE DES TABLEAUX xxii
LISTE DES FIGURES xxvi
SOMMAIRE xxix
INTRODUCTION 1
1 Problématique 5
1.1 Énoncé du problème 5
1.2 Questions de recherche 6
1.3 Cadre conceptuel 7
1.4 Description du cadre conceptuel 8
1.4.1 Le bilan prénuptial 8
1.4.2 Les facteurs liés aux individus 9
1.4.2.1 Les facteurs sociodémographiques, économiques et culturels 9
1.4.3 Les facteurs liés au système de santé 13
1.4.3.1 Disponibilité des services de santé 13
1.4.3.2 Accessibilité financière 13
1.4.3.3 Sensibilisation par le personnel de santé 13
1.5 Hypothèses 14
1.6 Objectifs 14
1.6.1 Objectif général 14
1.6.2 Objectifs spécifiques 14
2 Généralités 16
2.1 Définition des concepts 16
2.1.1 Bilan 16
2.1.2 Couple 16
2.1.3 Mariage 16
2.1.4 Bilan prénuptial 16

2.2 Composants du bilan prénuptial 17
2.2.1 L'interrogatoire 17
2.2.2 Examen physique 18
2.2.3 Les examens paracliniques 19
2.2.3.1 Groupage sanguin – facteur rhésus 19
2.2.3.2 Sérologie VIH 22
2.2.3.3 Electrophorèse de l'hémoglobine 24
2.2.3.4 Sérologies des hépatites virales B et C 27
2.2.3.5 Sérologies syphilitiques 28
2.3 Bilan prénuptial au Bénin 28
2.4 Revue de la littérature 29
3 Cadre et Méthodes d'étude 34
3.1 Cadre d'étude 34
3.1.1 République du Bénin 34
3.1.2 Département de l'Atlantique au Bénin 34
3.1.2.1 Situation géographique 34
3.1.2.2 Caractéristiques démographiques 36
3.2 Méthodes d'étude 36
3.2.1 Type d'étude et période de collecte de données 36
3.2.2 Population d'étude 36
3.2.3 Critères d'éligibilité 37
3.2.3.1 Critères d'inclusion 37
3.2.3.2 Critères de non inclusion 37
3.3 Échantillonnage 37
3.3.1 Taille de l'échantillon 37
3.3.2 Méthode et technique d'échantillonnage 39
3.4 Variables de l'étude 40
3.4.1 Variable dépendante 40
3.4.2 Variables indépendantes 41
3.5 Aspects opérationnels des variables 41
3.5.1 Variable dépendante 41
3.5.2 Variables indépendantes 44

3.6 Collecte de données 46
3.6.1 Techniques et outils 46
3.6.2 Mise en œuvre 47
3.7 Traitement et analyse des données 47
3.7.1 Traitement 47
3.7.2 Analyse 47
3.8 Aspects administratifs et considérations éthiques 48
3.8.1 Aspects administratifs 48
3.8.2 Considérations éthiques et déontologiques 48
3.9 Présentation des références 49
4 Résultats 51
4.1 Description de la population d'étude 51
4.2 Facteurs sociodémographiques, économiques et culturels 52
4.3 Réalisation du bilan prénuptial 56
4.4 Qualité du bilan prénuptial réalisé 58
4.5 Analyse univariée des facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial. … 63
4.6 Analyses multivariées des facteurs associés à la réalisation du BPN 69
4.7 Adéquation du modèle final 71
4.8 Facteurs liés au système de santé 72
4.8.1 Distribution des cibles secondaires 72
4.9 Cadre conceptuel final 74
5 Discussion 76
5.1 Niveau d'atteinte des objectifs 76
5.2 Qualité et validité des données 77
5.3 Limites et difficultés de l'étude 78
5.4 Comparaison des principaux résultats avec ceux d'autres auteurs 78
5.4.1 Réalisation du bilan prénuptial 78
5.4.2 Facteurs associés à la réalisation du bilan prénuptial 80
5.4.2.1 Le niveau d'instruction 80
5.4.2.2 La participation aux séances de sensibilisation 80
CONCLUSION, PERSPECTIVES ET SUGGESTIONS 82

RÉFÉRENCES 86
ANNEXES ..... A
TABLE DES MATIÈRES .....FF
SERMENT D'HIPPOCRATE : .....
RESUMÈ.....
ABSTRACT .....

SERMENT D'HIPPOCRATE :

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE

LE PRÉSIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUMÉ

Introduction : Le bilan prénuptial (BPN) est un ensemble d'examens médicaux réalisés avant le mariage, dans le but d'évaluer la compatibilité des futurs conjoints. Bien qu'il représente une étape importante dans le parcours matrimonial, sa réalisation varie considérablement à l'échelle mondiale. Les informations concernant sa réalisation au Bénin sont actuellement limitées.

Objectif : Étudier les facteurs associés à la réalisation du BPN dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023.

Méthodes d'étude : Il s'agit d'une étude transversale analytique menée de septembre à octobre 2023. Elle a porté sur les personnes vivant en couple ou ayant déjà vécu en couple dans le département de l'Atlantique, sélectionnées selon un sondage par grappe d'une part et sur les cibles secondaires qui étaient des agents de santé présents dans les centres de santé et hôpitaux de zone du département de l'Atlantique. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire auprès des populations cibles et par des entretiens semi-dirigés auprès des différentes cibles secondaires. Une analyse multivariée par régression logistique pas à pas descendante a permis d'identifier les facteurs associés à la réalisation du BPN.

Résultats : Nous avons interrogé au total 312 cibles primaires et 24 agents de santé (21 médecins généralistes, 02 sages-femmes et 01 gynécologue). L'âge moyen des personnes enquêtées était de 36,76 ans ± 8,83. Au sein de notre échantillon, 21 personnes (6,7%) avaient réalisé le BPN. Les facteurs associés à la réalisation du BPN étaient : le niveau d'instruction ($p=0,019$) et la participation à des séances de sensibilisation ($p<0,001$). Des facteurs liés au système de santé, tels que le coût élevé du BPN, la non fonctionnalité des laboratoires de certaines formations sanitaires, l'absence de mise en œuvre de séances de sensibilisation et l'insuffisance de connaissance des agents de santé sur le sujet pourraient également expliquer la faible fréquence de réalisation du BPN.

Conclusion : La fréquence de réalisation du bilan prénuptial dans le département de l'Atlantique au Bénin en 2023 est faible. Il s'agit d'une population peu informée sur le bilan prénuptial. Une politique de promotion de la réalisation du BPN devrait être mise en œuvre par le ministère de la santé.

Mots clés : Bilan prénuptial, population, agents de santé, Bénin.

ABSTRACT

Introduction: Pre-marital screening is a set of medical examinations conducted before marriage to assess the compatibility of future spouses. Despite being a significant step in the marital journey, its implementation varies considerably globally. Information regarding its frequency in Benin are currently limited.

Objective: To study the frequency and factors associated with the implementation of pre-marital screening within the population of the Atlantic department in Benin in 2023.

Study method: It was a cross-sectional analytical study conducted from September to October 2023. The study focused on individuals living as couples or those who had previously been in a couple in the Atlantic department. Participants were selected through cluster sampling. Secondary targets included healthcare professionals in health centers and hospitals within the Atlantic department. Data were collected through a questionnaire administered to the primary target population and semi-structured interviews conducted with various secondary targets. A stepwise descending logistic regression multivariate analysis was performed to identify factors associated with the completion of the premarital screening.

Results: We interviewed a total of 312 primary targets and 24 healthcare professionals (21 general practitioners, 02 midwives, and 01 gynecologist). The average age of the surveyed individuals was 36.76 years ± 8.83. Within our sample, 21 individuals (6,7%) had undergone pre-marital screening, Factors associated with the completion of pre-marital screening were educational level ($p=0.019$) and participation in awareness sessions ($p<0.001$). health system-related factors, such as the high cost, the non-functionality of laboratories in some hospitals, the lack of implementation of awareness sessions and insufficient knowledge among healthcare professionals on the subject, could also explain the low frequency of its completion.

Conclusion: The frequency of pre-marital screening in the Atlantic department of Benin in 2023 is low and the population have limited awareness and information about pre-marital screening. A policy to promote its completion should be implemented by the health ministry.

Key words: Pre-marital screening, population, healthcare professionals, Benin.