REPUBLIQUEDU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année 2022 **N°2617**

FACTEURS ASSOCIES A LA FAIBLE UTILISATION DES SERVICES POSTNATAUX AU CHU-MEL COTONOU EN 2023

Thèse

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

Par :

Adélèyè Anaëlle Auriane IBIKOUNLE

Née le 04 Mai 1998 à Cotonou (BENIN)

DIRECTRICE DE THESE :

Pr TONATO BAGNAN Angéline

CO-DIRECTEUR :

Dr Djima Patrice DANGBEMEY

PRESIDENTE DU JURY :

Pr TONATO BAGNAN Angéline

MEMBRES DU JURY :

Pr SAIZONOU Jacques

MCA ABOUBACAR Moufalilou

MCA PADONOU Géraud

Année académique : 2022 - 2023

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/CSRH/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 Bidossèssi

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

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

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 Moise	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 Agbomênou 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 Ahounmênou 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

LE DOYEN

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 Génetique 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 Olaidé Adouké	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbémawonmédé 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 Ségla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kai Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

LE DOYEN

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raimi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismail	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

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 Mènonli	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 AIGBE 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 Gbédécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

LE DOYEN

OCTOBRE 2023

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 Gbédolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,

LE DOYEN

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

ACTION DE GRACE

A l'Eternel DIEU le Père Tout Puissant

« Bénis le Seigneur, ô mon âme, bénis son nom très saint, tout mon être ! Bénis le Seigneur, ô mon âme n'oublie aucun de ses bienfaits ! »

(Psaume 102 ;1-2)

Reconnaissance et gratitude infinies

AMEN

DEDICACES

- **A mon père Adjibadé Denis IBIKOUNLE**

Mon papa chéri, mon exemple éternel,

Toi qui n'as jamais cessé de te sacrifier pour assurer mon confort et ma réussite,

Ton amour pour le travail a toujours été une motivation pour nous. Merci de nous avoir inculqué l'esprit de persévérance, de foi d'espoir et de positivité en tout projet. Ce travail est le témoignage de ton dévouement à notre éducation et à faire de nous des cadres de la société. Que le Seigneur t'accorde la pleine santé et une longue vie et me donne les moyens de faire de toi le papa le plus heureux au monde. Je t'aime.

Amour filial

- **A ma mère Amin Fidéline S. L. KOUASSI**

Ma douce mère, mon rayon de soleil, femme battante et courageuse,

Maman que j'adore, merci pour ton soutien inconditionnel et ton amour sans faille. Que ce travail soit la récompense de ces années de sacrifices, de prières et de patience. Que le Seigneur te bénisse pour tout ce que tu fais pour mes frères et moi. Qu'Il t'accorde la longévité en pleine santé afin de bénéficier des fruits de tes efforts. Reçois ici maman chérie, l'expression de mon amour et de ma profonde gratitude.

Amour filial

- **A mes frères Yann-Anges et Marie-Danielle**

Je ne peux exprimer, à travers ces lignes, tous les sentiments d'amour et de tendresse que j'éprouve pour vous. Merci d'avoir été avec moi pendant les moments de joie et de peine. Puissions-nous rester unis et fidèles à l'éducation reçue de nos parents. Que ce travail vous serve de boussole et vous motive à vous surpasser.

Amour fraternel

- **A mes oncles, tonton Melchior et Maxime KOUASSI, tonton Médard DAHOUENON, DONHOUEDE Zacharie, Marcel HOUINATO,**

Merci pour votre soutien, vos conseils et vos prières. Que Dieu vous bénisse.

- **A mes tantes, oncles, cousins et cousines de la famille IBIKOUNLE et KOUASSI,**

Merci pour vos encouragements et votre proximité. L'amour familial que vous avez entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail. Trouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels.

Amour familial

- **A Mr et Mme AROUKO**

Merci à vous pour votre soutien et votre amour ! Que l'Eternel vous bénisse.

- **A Dr Clémence LANKPEKO AFFOLABI**

Merci pour votre soutien et vos encouragements ! Que le Seigneur vous bénisse abondamment. Amen

- **A mon ami ZANNOU Vianney,**

Merci pour ton soutien indéfectible, ta bienveillance, et ton amour à mon égard. Merci pour tous tes encouragements, pour ta présence et tous ces moments passés ensemble. Que Dieu te bénisse et nous garde pour de plus grandes et belles réalisations.

Éternelle reconnaissance

REMERCIEMENTS

- **À mes collègues et amis :**

  - **Léonce GABA, Aicha ADJILEYE, Fadel DJAHO, Bernice ZOUNTANGNI, Salomé AGOSSOU, LALEYE Crédo**

Je rends grâce à Dieu de vous avoir rencontrés et d'avoir fait ce si beau chemin à vos côtés à la Faculté des Sciences de la Santé. Les veillées pour étudier à la fin des cours à la faculté, nos révisions de groupe durant les périodes d'examen resteront de très bons souvenirs que je garde en mémoire !

Brillante carrière à tous

  - **Modeste OHOUKO, HOUANSOU Géraud, Marius ZOKPODO, Odilon NAZEBA**

Mes frères depuis le collège avec qui nous avons partagé des moments d'étude, de joie et même de tristesse. Je suis très heureuse du chemin que nous avons fait ensemble, de voir combien nous avons tous mûri et la belle orientation que chacune de nos vies prend. Je nous souhaite une très belle carrière et une vie de famille heureuse !

Que Dieu nous bénisse

- **À tous les membres de mon groupe de stage interné**

Pour ces personnes incroyables et merveilleuses que vous êtes, je vous remercie pour votre solidarité et pour tous ces moments inoubliables passés ensemble. Je profite de l'occasion pour nous souhaiter une brillante carrière.

Que Dieu nous bénisse

- **À mes sœurs aînées Dr FAGNON Lauriane et Dr FAGNON Murielle,**

Vous m'avez guidée dans mes premiers pas dans cette faculté. Merci pour tous ces bons moments fraternels passés ensemble dans la convivialité, et la joie.

Que Dieu nous bénisse

- **A mes aînés Dr AGOSSOU Komlan, Dr BEHETON Todoegnon, Dr OMONIYI Iguémal, Dr NANDOHOU Cyriaque, et Dr BOGNONKPE Rogatien et Régis PADONOU,**

Merci pour vos précieux conseils et votre soutien sans faille dans l'élaboration et la correction de ce travail.

Que Dieu vous bénisse

- **À tous mes autres collègues de la 45ème promotion,**

Merci à vous. La route a été longue mais fructueuse.

Longue et brillante carrière à nous

- **À mes cadets Ursela MONHOUNVEDO, Pamela TCHIBOZO, Yasmine LAMISSI, ATCHE Fréjus, Fanice OLOUFADE**

Merci pour votre promptitude. La fin est proche, courage à vous. Je vous souhaite pareille joie dans quelques années.

Que Dieu vous bénisse

- ***À la chorale SALG/FSS,***

Vous êtes une famille qui m'avez apportée réconfort et joie durant ce parcours. Merci pour votre amour fraternel, votre soutien et toutes vos prières.

Que Dieu vous bénisse

- ***À tous mes enseignants du primaire et du secondaire,***

Merci pour vos précieux enseignements qui ont participé à la personne que je suis aujourd'hui.

Profonde reconnaissance !

- ***À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette œuvre, qu'il s'agisse d'un soutien moral, matériel, spirituel ou financier, grand merci.***

Profonde gratitude !

HOMMAGES

- **À notre Maître et Directrice de Thèse, Dr Angéline TONATO BAGNAN, Professeur Titulaire de Gynécologie et d'obstétrique à la FSS de Cotonou.**

Cher Maître, merci d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations. La simplicité et le pragmatisme avec lesquels vous nous avez accompagnée le long de ce travail nous inspirent énormément. C'est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre participation enrichissante à notre formation. Puisse Dieu vous aider à concrétiser vos vœux les plus chers et, mieux, vous élever au-delà de vos espérances. Amen.

Hommages respectueux.

- **À notre Maître et co-Directeur de Thèse, Dr Djima Patrice DANGBEMEY,**

Cher Maître, votre assistance dans ce travail a été déterminante. Vous nous avez apportée votre soutien, accordée votre attention et encouragée pendant ce travail. Vos conseils et remarques ont été d'une utilité incontestable. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Profonde gratitude

- **Aux honorables membres du Jury de soutenance,**

Chers Maîtres, nous vous remercions de vous être rendus disponibles afin de juger cette thèse. Nous sommes très honorée de vous compter parmi les éminentes personnes qui contribueront à l'amélioration de ce travail.

Sincère reconnaissance

- **À tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou**

En reconnaissance de votre dévouement à la transmission du savoir, de votre participation à notre formation, nous vous prions, chers Maîtres, d'accepter en ce jour, nos sentiments de gratitude et nos hommages.

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

CCC	: Communication pour un Changement de Comportement
CHU-MEL	: Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune
CPN	: Consultation Pré Natale
CPoN	: Consultation Post Natale
EDS	: Enquête Démographique de Santé
IEC	: Information Education et : Communication
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OR	: Odds Ratio
SDC	: Suites De Couches
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des accouchées suivant l'âge 36
Tableau II : Répartition des accouchées en fonction de leurs occupations . 37
Tableau III : Répartition des accouchées suivant leur niveau d'instruction 37
Tableau IV : Répartition des accouchées suivant leur appartenance religieuse 38
Tableau V : Répartition des accouchées suivant la distance entre leur résidence et le CHU-MEL en Km 38
Tableau VI : Répartition des accouchées suivant leur situation et régime matrimonial. 39
Tableau VII : Répartition suivant le niveau d'instruction du conjoint. 39
Tableau VIII: Répartition des accouchées suivant la religion de leur conjoint 40
Tableau IX: Répartition des accouchées suivant les antécédents obstétricaux 41
Tableau X : Fréquence de l'utilisation des services postnataux selon les agents de santé 43
Tableau XI: Répartition suivant la qualité du niveau de connaissance des accouchées sur la CPoN 45
Tableau XII : Répartition des accouchées suivant leur niveau de connaissance sur le nombre de CPoN réalisé. 46
Tableau XIII : Répartition des accouchées suivant le pouvoir de prise de décision 47
Tableau XIV: Répartition des patientes en fonction des informations reçues sur la CPoN à la CPN 48
Tableau XV : Répartition des patientes suivant la qualité de l'accueil reçu 49

Tableau XVI: Répartition des patientes en fonction des services postnataux reçus 50
Tableau XVII : Répartition en fonction des consultations faites après la sortie de la maternité 51
Tableau XVIII : Répartition en fonction du mode de déplacement vers le CHU-MEL pour les CPoN 54
Tableau XIX: Répartition en fonction du montant payé (en CFA) pour consultation postnatale au CHU-MEL 54
Tableau XX: Répartition suivant le poste de travail et l'ancienneté des agents de santé 55
Tableau XXI: Répartition suivant l'offre des services postnataux 56
Tableau XXII: Répartition suivant le rendez-vous donné par la sage-femme de l'hospitalisation aux accouchées 57
Tableau XXIII : Répartition suivant la surveillance du suivi postnatal 59
Tableau XXIV : Répartition en fonction de la disponibilité du fonctionnement et usage du matériel en CPoN 60
Tableau XXV : Recherche de facteurs associés entre l'âge, l'occupation, le niveau d'instruction, la distance, la sensibilisation faite sur la CPoN et le nombre de CPN réalisé par les accouchées et leur faible utilisation des services postnataux au CHU-MEL en 2023. 61
Tableau XXVI (suite) : Recherche de facteurs associés entre l'âge, l'occupation, le niveau d'instruction, la distance, la sensibilisation faite sur la CPoN et le nombre de CPN réalisé par les accouchées et leur faible utilisation des services postnataux au CHU-MEL en 2023. 62
Tableau XXVII : Recherche d'une association entre la réalisation de la CPoN , l'information donnée par l'accoucheuse sur la CPoN et le nombre de CPN 63

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant Lagune (CHU-MEL) 27
Figure 2 : Répartition des accouchées recensées ayant effectué la CPoN au CHU-MEL de Mai à Juin 2023 35
Figure 3 : Répartition suivant la participation des femmes au suivi prénatal 42
Figure 4 : Répartition des difficultés ou conditions favorisant la non-réalisation de la CPoN signalées par les patientes 52
Figure 5 : Répartition en fonction des suggestions pour améliorer la fréquentation des femmes aux services postnataux. 53
Figure 6 : Répartition suivant les facteurs expliquant la faible fréquentation des CPoN 58

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. PROBLEMATIQUE 3
2. GENERALITES 8
3. CADRE ET METHODES D'ETUDE 25
4. RÉSULTATS 34
5. DISCUSSION 64
6. CONCLUSION 82
7. SUGGESTIONS 85
8. RÉFÉRENCES 87
9. ANNEXES 96

INTRODUCTION

Malgré les efforts fournis pour infléchir la courbe du ratio de décès maternels et néonatals, celle-ci ne décroit pas suffisamment pour combler les attentes au regard des enjeux de développement. Le Bénin est l'un des pays de la sous-région ouest africaine qui affiche les ratios de décès maternels et néonatals les plus élevés. Selon la cinquième enquête démographique de santé du Bénin (EDS-V) en 2017-2018, le ratio de décès maternels et néonatals était respectivement de 391 décès maternels pour cent mille naissances vivantes et 32 décès néonatals pour mille naissances vivantes**.[1]** Ces décès se répartissent de façon inégale entre les différentes périodes de la gravido-puerpéralité avec une forte contribution de la période postnatale. En effet, près de la moitié des décès ont lieu dans les 24 premières heures et 66 % au cours de la première semaine**.[2]** Les deux tiers des décès maternels et néonatals se produisent dans le postpartum. **[3]** Les causes de ces décès sont hospitalières, extrahospitalières, individuelles, familiales et communautaires. Plusieurs stratégies sont mises en œuvre pour réduire les décès maternels en général mais surtout dans le postpartum. La consultation postnatale est une stratégie très efficace pour lutter contre les décès maternels et néonatals. Or, ces consultations sont parfois méconnues, souvent négligées par les patientes et parfois de mauvaises qualités. Le manque de suivi pendant cette période augmente le risque de décès maternel et néonatal**.[4]** Une lutte efficace contre les décès maternels passe par la maîtrise des facteurs qui entravent sa disponibilité, son accessibilité et son utilisation de façon optimale. C'est pour cette raison que nous avons choisi d'étudier les facteurs associés à la faible utilisation des services postnataux au Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou dans le cadre de la soutenance de thèse de doctorat en Médecine, diplôme d'Etat.

1. PROBLEMATIQUE

1.1. PROBLEMATIQUE

La santé maternelle et infantile, ainsi que l'accès aux services de santé de la reproduction demeurent au cœur des Objectifs de Développement Durable **[5].** Selon les Nations Unies, 300.000 femmes environ meurent chaque année dans le monde pendant la grossesse, l'accouchement ou durant la période du post-partum **[6].** En 2015, environ 99% (302.000) de décès maternels enregistrés dans le monde sont survenus dans les pays en développement, dont 66% (201.000) en Afrique subsaharienne **[6 ;50].** Les six premières semaines après l'accouchement constitueraient une période à risque pour le couple mère- nouveau-né par manque de suivi **[7].** Quant au ratio de la mortalité maternelle, il est estimé à 240 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays en développement contre 16 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays développés **[6].**

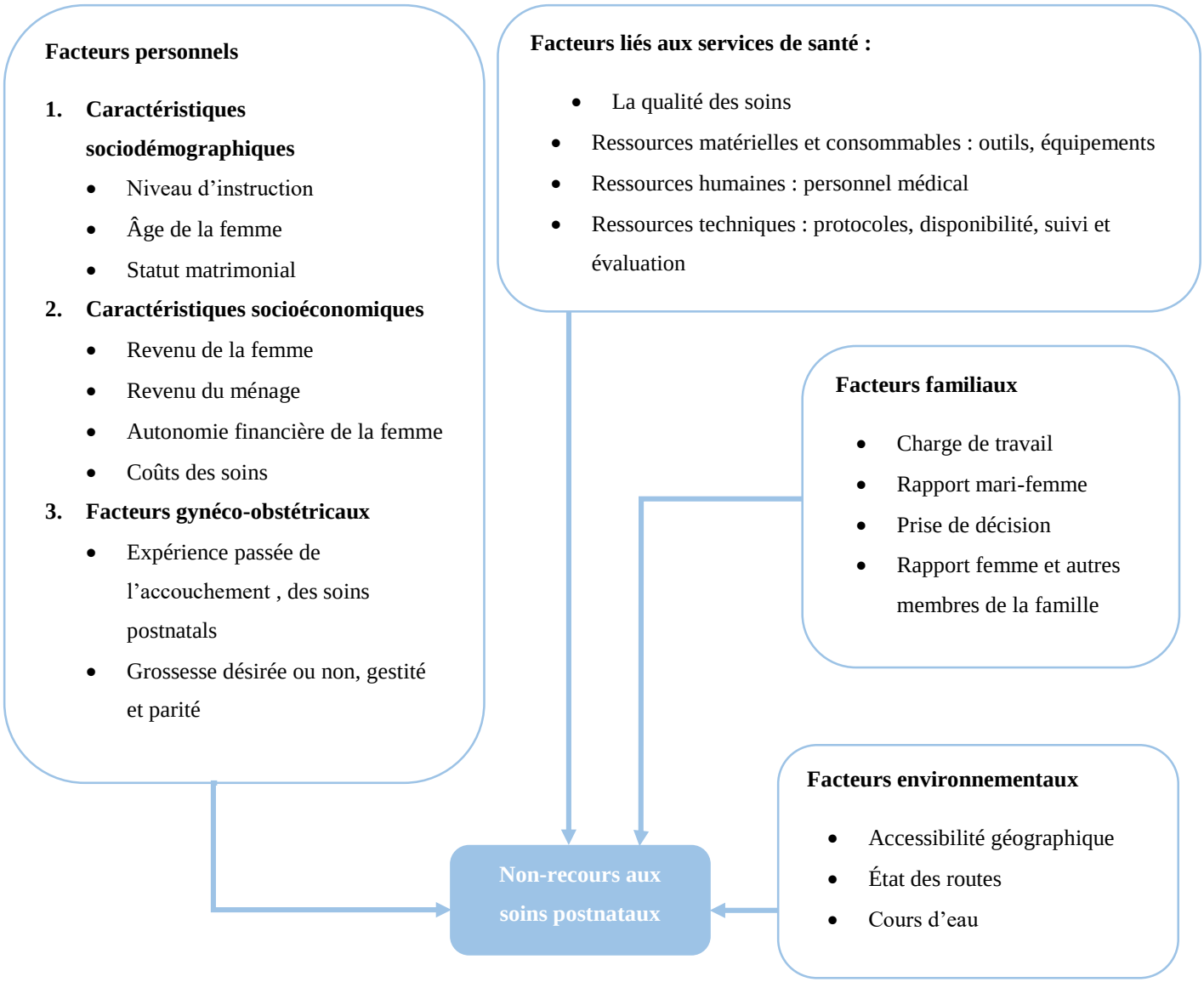
Au Burkina Faso **[8],** le nombre moyen d'enfants par femmes est élevé avec six enfants par femme en 2010. Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 341 pour 100.000 naissances en **[8].** La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est l'un des objectifs essentiels des politiques en matière de santé de la reproduction du pays. L'une des solutions pour y parvenir est d'améliorer la qualité et l'accès des femmes aux services obstétricaux essentiels.
Les services obstétricaux essentiels prennent en compte les soins prénataux, l'assistance qualifiée à l'accouchement y compris les soins obstétricaux d'urgence et les soins postnatals **[6].** Les soins postnatals représentent un paquet de services visant à promouvoir et assurer l'état de santé de la mère et de l'enfant après l'accouchement **[6].** Selon l'OMS (2015), la période postnatale débute immédiatement après la délivrance et couvre les six semaines, soit 42 jours, après l'accouchement. Au Burkina Faso, le Ministère de la Santé préconise pour cette raison, le respect des trois examens systématiques postnatals (6e heure ; 6e jour et 6e semaine) pour le couple mère et nouveau-né **[8 ;49].** Ces soins

postnatals intègrent la prise en charge et la prévention des complications maternelles et néonatales en plus des interventions de promotion et d'éducation à la santé. S'ils sont correctement suivis, ils peuvent contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité materno-infantile. Toutefois, malgré de nombreuses stratégies mises en œuvre pour améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant (l'instauration de la gratuité des soins préventifs et la réduction du rayon d'actions des formations sanitaires), des iniquités persistent quant à l'accès aux soins obstétricaux et néonatals entre les milieux urbains et ruraux, entre les régions et entre les niveaux socioéconomiques. Au Bénin, à notre connaissance, très peu d'études ont été effectuées sur l'offre des soins et services postnatals et cela mérite une attention particulière du fait que les soins postnatals font partie des services essentiels de santé maternelle et néonatale. Notre étude pourrait contribuer à produire des données au niveau local et à améliorer ainsi le recours aux soins postnatals et à réduire la morbidité et la mortalité maternelle.

1.2. QUESTION DE RECHERCHE

- Quels sont les facteurs liés à la faible utilisation des services postnatals ?

1.3. SCADRE CONCEPTUEL



Légende :

→ Relation entre les variables

1.4. HYPOTHESE

- L'assistance médicale postnatale serait déterminée par la distance entre la résidence de la patiente et le centre de santé**.**

1.5. OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.5.1. Objectif général

Analyser les facteurs associés à la faible utilisation des services postnataux au CHU-MEL Cotonou.

1.5.2. Objectifs spécifiques

- Calculer la fréquence de l'utilisation des services postnataux au CHU-MEL
- Déterminer les caractéristiques des utilisatrices des services postnataux au CHU-MEL
- Étudier les facteurs extrahospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux
- Identifier les facteurs hospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux
- Proposer des stratégies pour améliorer l'utilisation des services postnataux du CHU-MEL de Cotonou

Afin de répondre à la problématique susmentionnée, nous aborderons d'abord les généralités ; ensuite nous présenterons le cadre et les méthodes d'étude ; puis nous exposerons nos résultats que nous discuterons ; enfin, nous ferons des suggestions aux autorités politico-administratives, au personnel soignant et aux patientes.

2. GENERALITES

2.1. DEFINITION DES CONCEPTS

- **Facteurs associés [9]**

En épidémiologie, un facteur associé ou facteur favorisant est toute variable liée statistiquement à la survenue d'un évènement. Il s'agit d'une caractéristique individuelle ou collective, associée de manière causale à l'augmentation de l'incidence de la maladie ou à un problème de santé dans une population et par conséquent à l'augmentation de la probabilité d'un développement individuel de la maladie ou d'un problème de santé. Il peut être lié au développement d'une maladie ou de toute autre situation de santé chez un individu ou un groupe.

- **Le post-partum [10]**

Le terme « post-partum » a une origine latine. En effet, « Post » signifie « après » et « partus » signifiant « accouchement ». Le post-partum coïncide à la période allant de la fin de l'accouchement jusqu'au retour des menstruations, communément appelée « retour de couches ».

- **Soins postnataux ou postnatals [11-12]**

Les soins postnataux ou postnatals sont les soins fournis aux mères et aux nouveau-nés au cours des six premières semaines suivant la naissance du bébé. Ils sont importants pour le bien-être de la mère et du nouveau-né, aident à identifier et prendre en charge les complications du postpartum notamment les infections après l'accouchement, à diminuer les décès dus à la prématurité ou à un poids insuffisant à la naissance. Les composantes des soins postnatals sont : la consultation postnatale, la rééducation périnéale, les conseils nutritionnels à la nouvelle maman et son nouveau-né, les conseils en matière de planification familiale, la vaccination du nouveau-né.

- **Les facteurs socioculturels [13]**

Selon le dictionnaire Universel Francophone, le facteur socioculturel concerne à la fois une société ou un groupe social et la culture qui lui est propre. L'action socioculturelle est l'utilisation des moyens culturels pour transformer une situation sociale. Pour cette étude, le concept de « facteurs socioculturels », renvoie aux éléments culturels en relation avec l'environnement social, liés à nos enquêtés qui pourraient influencer leur fréquentation des services postnataux.

- **Les facteurs sociodémographiques [13]**

Selon le dictionnaire Larousse, ce sont des traits dominants, ce qui constitue la particularité, le caractère distinctif de quelqu'un ou de quelque chose. Dans le cadre de notre étude, il s'agit de la répartition de la population selon les structures démographiques et sociales notamment l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la religion, le lieu de résidence, la profession.

- **Facteurs économiques [13]**

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

2.2. RAPPELS SUR LA CONSULTATION PRENATALE [14]

La consultation prénatale (CPN) est un ensemble d'activités qui consistent à consulter une femme enceinte en vue de faire le diagnostic de la grossesse, surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, du fœtus ; surveiller le développement du fœtus ; dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ; préparer l'accouchement et faire le diagnostic du travail ; faire le pronostic de l'accouchement ; et enfin éduquer et informer les mères. Pour cela, des objectifs spécifiques sont fixés selon le terme de la grossesse. Aussi, elle permet d'établir le plan pour l'accouchement, passer en revue les droits des malades ; d'assurer la couverture vaccinale ; le bilan prénatal. Il faut une consultation obligatoire au 1er trimestre ; deux obligatoires au 2ème trimestre ; 5 au dernier trimestre à intervalle de deux semaines à partir de 32SA.

2.3. SUITES DE COUCHES PHYSIOLOGIQUES [15 ;47]

Les suites de couches sont marquées par l'évolution des organes génitaux vers leur configuration et leur situation de non-gravidité et par l'établissement de la lactation. Elles sont caractérisées par l'involution utérine, l'écoulement des lochies, la sécrétion lactée, les modifications générales.

2.3.1. L'involution utérine

- **Modifications cliniques et macroscopiques**

Après la délivrance, l'utérus se rétracte. Il devient dur, prenant l'aspect classique d'un « globe de sécurité ». Antéfléchi, de forme globuleuse, il subit des alternatives de contraction et de relâchement pendant les premiers jours, puis les contractions diminuent et disparaissent.

Pendant les douze premiers jours, il reste abdominal ; le premier jour, son fond remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et la symphyse pubienne. Le sixième jour, il est à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Après le douzième jour, l'utérus redevient pelvien.

2.3.2. La sécrétion lactée

Pendant la grossesse, les glandes mammaires sont le siège d'une prolifération active qui se traduit par une augmentation du volume des seins et par la sécrétion du colostrum. Pendant les deux ou trois premiers jours de suites de couches, la sécrétion de colostrum augmente pour faire place, vers le 3ème jour, à la montée laiteuse. Les seins deviennent turgescents, fermes, parfois durs et douloureux. Les veines sous-cutanées forment un lacis bleuté. Au palper, le doigt perçoit le contour des lobules mammaires et souvent le prolongement axillaire de la glande qui, sous la forme d'un lobe allongé et sensible, monte vers le creux axillaire.

La pression du sein fait soudre quelques gouttes d'un liquide blanc verdâtre, le lait.

Les céphalées, malaises, bouffées de chaleur, la soif, l'accélération du pouls, la petite élévation thermique sont des signes généraux banals.

La montée laiteuse dure de 24 à 48 heures. Elle n'est qu'un phénomène préparatoire à la sécrétion lactée qui fait cesser les phénomènes congestifs.

2.3.3. Lochies

On entend sous ce nom l'écoulement vulvaire des suites de couches. Sanglantes pendant les 2 ou 3 premiers jours, formées de sang non coagulé, les lochies s'éclaircissent et deviennent séro-sanguinolentes jusqu'au 8ème jour, séreuses

jusqu'au 15ème jour, puis se tarissent. Elles peuvent sans anomalie, se prolonger plus longtemps.

L'odeur des lochies est plus ou moins forte suivant les femmes. Leur abondance est évaluée à 1400, 1500 g.

Les lochies sont formées par les débris de la caduque, par de petits caillots venant de la plaie placentaire, par l'exsudation des plaies cervicales et vaginales qui ont pu se produire durant l'accouchement.

2.3.4. Phénomènes généraux

- L'état général reste bon pendant les suites de couches physiologiques.
- La température est normale, sauf la petite élévation passagère lors de la montée laiteuse.
- Le pouls est lent dans les premiers jours, la tension artérielle normale.
- La respiration est lente et ample.
- L'appétit est normal. Mais la fréquente constipation par atonie intestinale doit être traitée.
- Les articulations du bassin perdent leur laxité gravidique.

2.4. SOINS POSTNATAUX [16]

2.4.1. Principes des soins postnataux

Après un accouchement par voie basse sans complication dans une structure sanitaire, les mères et les nouveau-nés en bonne santé, doivent être pris en charge au sein dudit établissement pendant au moins 24 heures et leur sortie ne doit pas être envisagée avant les 24 premières heures. Pour le nouveau-né, la prise en charge inclut une évaluation immédiate à la naissance, un examen clinique

complet environ une heure après la naissance et un autre examen avant la sortie. Si l'accouchement a lieu à domicile, le premier contact postnatal devrait avoir lieu le plus tôt possible dans les 24 heures qui suivent la naissance.

2.4.2. Calendrier des consultations postnatales [16]

Au cours des 24 premières heures, après tout accouchement que ce soit dans une structure sanitaire ou à domicile, la mère et l'enfant en bonne santé devraient recevoir des soins postnataux au sein de la structure sanitaire pendant au moins 24 heures. Trois (3) examens du nouveau-né sont nécessaires au cours des 24 premières heures : une évaluation immédiate à la naissance, un examen clinique complet environ 1 heure après la naissance et un autre examen avant la sortie. Après les 24 premières heures et jusqu'à la sixième semaine, la mère et le nouveau-né doivent être suivis.

2.4.3. Visites à domicile pour soins postnataux [15]

Les visites à domicile, la première semaine, après la naissance, sont recommandées pour les soins de la mère et du nouveau-né.

2.4.4. Objectifs de la consultation postnatale [16]

La consultation postnatale vise à faire le point sur les problèmes physiques et psychiques maternels lors de l'accouchement et du post-partum.

Elle permet d'échanger avec la mère sur son vécu, ses craintes et ses interrogations éventuelles.

Offrir des services de conseils nutritionnels, counseling pour la planification familiale, des vaccinations à la mère, l'enfant et d'autres activités notamment la distribution de moustiquaires.

2.4.5. Surveillance de l'accouchée

Elle comporte la prise biquotidienne du pouls et de la température, la prise quotidienne de la tension artérielle, la mesure de la diurèse et des lochies, l'examen des seins et des membres inférieurs.

2.4.6. Les soins locaux [15]

Ils consistent en une toilette périnéale à l'eau stérile, faite au moins deux fois par jour, en évitant de souiller la région vulvaire. Elle doit être complétée par un séchage soigneux avec un linge ou un sèche-cheveux avant la mise en place d'une garniture stérile sur la vulve, changée dès qu'elle est souillée.

Les seins doivent être soutenus sans être comprimés. Les soins du mamelon visent à éviter les complications mammaires (crevasses, lymphangites, abcès).

2.4.7. Hygiène de l'accouchée [15]

2.4.7.1. Alimentation

Elle doit être variée habituelle, sans excès de quantité. L'alimentation doit être suffisante pour les besoins en protides, glucides, lipides, en sels minéraux et en vitamines. Seront évités, les aliments qui donnent une saveur désagréable au lait comme les asperges, ou qui pourraient amener des troubles digestifs au nouveau-né, comme les choux. La femme qui allaite a de grands besoins d'eau, exprime une soif vive. Elle augmentera donc la quantité habituelle des liquides, sous forme d'eau, de lait.

2.4.7.2. Rééducation de la musculature. [15]

Le port d'un bandage abdominal favorise la stase veineuse et est à proscrire.

Il convient de restaurer une musculature abdominale de bonne qualité par la gymnastique (flexion, extension des cuisses, mouvements de pédalage, de ciseaux) et par la mobilisation active des membres inférieurs. Cependant, celle-ci ne sera entreprise qu'après une phase de rééducation du périnée par des mouvements électifs enseignés dès le début des suites de couches.

2.4.7.3. Lever [15]

Il doit être précoce, entre la 12ème et la 24ème heure. Les mouvements au lit sont recommandés. Ainsi, le retour veineux est mieux effectué, ce qui évite la stase veineuse qui favorise les phlébites. Le lever aide les fonctions intestinale et vésicale. Il sollicite la tonicité pariétale et l'involution utérine.

2.4.7.4. Les soins d'hygiène corporelle [15]

Ils sont donnés les premiers jours au lit. La douche est rapidement autorisée. Cependant, la reprise des bains gagne à attendre la fin de l'écoulement des lochies.

2.4.7.5. Les rapports sexuels [15]

Ils peuvent être repris après la disparition des lochies, la fermeture du col, la cicatrisation du périnée. Des mesures anticonceptionnelles sont proposées : jusqu'au retour de couches, la préférence devrait aller aux préservatifs masculins. Cependant, la contraception orale est possible dès le 10ème jour des suites de couches, avec des oestroprogestatifs minidosés, sauf en cas d'allaitement. Dans cette circonstance, seuls les microprogestatifs sont autorisés.

2.4.7.6. L'état psychologique de l'accouchée [15]

L'état psychologique de l'accouchée peut subir des modifications mineures et transitoires décrites sous le nom de « syndrome du 3ème jour » (baby-blue). Celui-ci se caractérise par une asthénie, une labilité émotionnelle, une agressivité envers l'entourage, en particulier le conjoint. Ces troubles ne durent que quelques jours ; ils s'accompagnent souvent de perturbations du sommeil. Le pronostic en général est favorable, mais doit retenir l'attention de l'entourage.

2.4.8. La consultation postnatale [17]

D'après le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) 2019, on distingue trois consultations postnatales :

- **CPoN 1** (selon les tranches d'âge) : Femmes accouchées récentes examinées à la 6ème heure après l'accouchement revenues en visite médicale entre le 7ème et le 10ème jour suivant l'accouchement.
- **CPoN 2** (selon les tranches d'âge) Femmes accouchées revenues en visite médicale entre le 10ème et le 15ème jour suivant l'accouchement.
- **CPoN 3** (selon les tranches d'âge) : Femmes accouchées récentes revenues en visite médicale pour la 3ème fois entre le 42ème et le 45ème jour suivant l'accouchement et ayant fait CPoN 1 (à la 6ème heure) et CPoN 2 (entre le 6ème et 10ème jour suivant l'accouchement).

2.4.8.1. Contenu des soins postnataux pour le nouveau-né [16]

- **Évaluation du nouveau-né**

Les signes suivants devraient être évalués lors de chaque consultation postnatale. Si l'un des signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie :

- Difficulté à s'alimenter ou ne s'alimente pas ;
- Présence ou histoire de convulsions ou de mouvements anormaux ;
- Respiration trop rapide (plus de 60 mouvements respiratoires par minute) ;
- Tirage intercostal sévère ;
- Absence de mouvements spontanés ;
- Hyperthermie : température ≥ 37,5 °C ;
- Hypothermie : température < 35,5 °C ;
- Ictère : yeux, paumes et plantes des pieds jaunes ;
- Yeux qui sécrètent du pus ;
- Ombilic irrité qui secrète du sang ou du pus ;
- Retard d'émission de méconium >24 H ;
- Retard d'émission d'urine > 24 H ;
- Pâleur : yeux, paumes et plantes des pieds ;
- Cyanose des extrémités.

Il convient d'encourager la famille à consulter les services de santé si l'un des signes de danger ci-dessus est identifié entre les visites postnatales.

- **Allaitement maternel exclusif**

Tous les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein dès la naissance et jusqu'à l'âge de six mois. A chaque visite postnatale, les mères devraient être conseillées et encouragées à poursuivre l'allaitement maternel exclusif. Les nouveau-nés devraient être mis au sein dans l'heure juste après la naissance.

- **Soins du cordon ombilical**

Chez le nouveau-né, né dans un établissement de santé, le cordon ombilical ne nécessite pas de soins particuliers. Il devra être laissé à l'air libre (sans désinfection ni bandage). Chez celui né à domicile, l'utilisation de Chlorhexidine* (antiseptique) sur le cordon doit être envisagée (sans bandage).

- **Autres soins postnataux pour le nouveau-né**

Il est recommandé de ne pas donner de bain au nouveau-né pendant les premières 24 heures qui suivent la naissance, sauf en cas de nouveau-né exposé au VIH. Le nouveau-né devrait être revêtu d'habits adaptés à la température ambiante et avoir la tête recouverte d'un bonnet. La mère et le bébé ne devraient pas être séparés et devraient rester ensemble dans la même chambre 24 heures sur 24. Il faut inciter la mère à communiquer et à jouer avec son nouveau-né. La vaccination devrait être exigée conformément aux recommandations nationales existantes.

Les nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance devraient être identifiés le plus tôt possible après la naissance et recevoir des soins particuliers conformément aux recommandations nationales existantes (alimentation et méthode mère-kangourou).

2.4.8.2. Directives additionnelles relatives aux soins postnataux [16]

Immédiatement après la naissance, sécher soigneusement le nouveau-né et contrôler sa respiration. Le cordon devrait être clampé et coupé au plus tôt 1 à 3 minutes après la naissance, excepté si le nouveau-né doit être réanimé. Il ne faut pas effectuer systématiquement d'aspiration de la bouche et du nez. Pendant la première heure qui suit la naissance, mettre le bébé en contact peau-à-peau avec la mère pour le tenir au chaud et débuter l'allaitement. Un examen clinique complet (comprenant notamment la prise du poids, de la taille et du périmètre crânien, la recherche de malformation, l'examen des yeux et du cordon) devrait être réalisé environ une heure après la naissance, une fois que le bébé a reçu sa première tétée. Des soins préventifs incluant l'administration de vitamine K, l'instillation de collyre antibiotique et les vaccinations (hépatite B pour tous les nouveau-nés) sont recommandés dans les 24 heures suivant la naissance.

2.4.9. Contenu des soins postnataux pour la mère [16 ; 34]

2.4.9.1. Evaluation de la mère pendant les premières 24 heures qui suivent la naissance

- Toutes les 15 minutes pendant 2 heures puis toutes les 2 heures ;
- Contrôle systématique du saignement vaginal ;
- Contrôle de la consistance et de la hauteur (grosseur) du fond utérin (globe de sécurité).

2.4.9.2. Après la naissance et avant la sortie de la salle d'accouchement

- Mesure de la tension artérielle et du pouls. Si normale, une deuxième mesure doit être effectuée dans les six heures suivantes.

2.4.9.3. Toutes les 8 heures pendant les 24 premières heures qui suivent la naissance (à partir de la première heure qui suit la naissance)

- Contrôle de la température ; - recherche d'une éventuelle douleur (céphalées, douleurs abdominales. . .) ;
- Encourager la vidange vésicale.

2.4.9.4. Au-delà des 24 premières heures qui suivent la naissance

Au-delà des 24 premières heures et au cours de chacune des consultations postnatales suivantes, l'évaluation des femmes doit être poursuivie.

Les points suivants seront contrôlés :

- Signes fonctionnels et signes cliniques (asthénie, conjonctives, muqueuses, température, tension artérielle, pouls, œdèmes facials et des membres, conscience…) ;
- Involution utérine, sensibilité utérine, hygiène périnéale, aspect et odeur des lochies ;
- Appareil urinaire (brûlures mictionnelles, pollakiurie, incontinence urinaire) ;
- Appareil digestif/fonction intestinale (constipation) ;
- Cicatrisation des plaies périnéales ou abdominales (douleur, œdème, suppuration) ;

- Douleurs diverses (céphalées, dorsalgies, douleurs périnéales, abdominales, mammaires).

Il est primordial que l'allaitement soit évalué au cours de toute consultation postnatale :

- Difficultés et complications liées à l'allaitement ;
- Fréquence et durée des tétées ;
- Positions d'allaitement ;
- Avantages, etc.

A chaque consultation postnatale, les mères doivent être interrogées sur leur état émotionnel, le soutien familial et social dont elles bénéficient et les stratégies utilisées pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne.

2.4.10. Conseils

Toutes les mères, leurs partenaires et leurs familles, devraient être informées sur le processus physiologique de récupération suite à un accouchement ainsi que sur les signes de danger du post-partum, en particulier :

- Saignement vaginal abondant ;
- Céphalées ;
- Troubles visuels ;
- Vomissements ;
- Convulsions ;
- Perte de connaissance ;
- Fatigue exagérée ;
- Pâleur importante / vertiges ;
- Hyperthermie ;

- Douleurs pelviennes ou abdominales ;
- Écoulement vaginal purulent d'odeur fétide ;
- Déchirures infectées ;
- Seins douloureux ;
- Déplacements difficiles.

Dès l'apparition de l'un de ces signes, la femme doit être conduite urgemment dans une formation sanitaire. Les femmes devraient également être conseillées sur :

- La nutrition ;
- L'hygiène, le lavage des mains en particulier ;
- L'espacement des naissances et la planification familiale (les options contraceptives devraient être discutées, et des méthodes contraceptives devraient être fournies si demandées. Les femmes devraient être conseillées sur des rapports sexuels plus sûrs, y compris l'utilisation de préservatifs) ;
- La nécessité qu'elles et leurs bébés dorment sous Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide

➢ **Supplémentation en fer et en acide folique**

Une supplémentation en fer et en acide folique devrait être fournie pour une période d'au moins trois mois après l'accouchement.

- **Antibioprophylaxie**

Chez les femmes ayant présenté, après un accouchement par voie basse, une déchirure périnéale de troisième ou quatrième degré, il est recommandé en prévention des complications de la plaie, de prescrire des antibiotiques en prophylaxie. Il n'est pas recommandé d'utiliser de manière systématique des antibiotiques (en routine) après l'accouchement (pour prévenir les endométrites).

- **Soutien psychosocial**

Il est recommandé qu'un soutien psychosocial par une personne formée soit apporté à toute femme ayant perdu son bébé pour la prévention d'une dépression. En outre, les professionnels de santé devraient donner aux femmes l'occasion de parler de leur expérience de l'accouchement pendant leur séjour dans l'établissement.

- **Directives additionnelles relatives aux soins postnataux**

Les prestataires de santé doivent promouvoir des soins de maternité respectueux. En effet, les femmes doivent être traitées avec gentillesse, dignité et respect. La mère et sa famille devraient être informées de tous les aspects des soins et le conseil doit être considéré comme une occasion de répondre aux préoccupations.

3. CADRE ET METHODES D'ETUDE

3.1. CADRE D'ETUDE

L'étude s'est déroulée au Bénin dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) localisé dans la ville de Cotonou.

3.1.2. Le Bénin

Le Bénin est un pays francophone situé au sud-est de l'Afrique occidentale. Il est limité au nord-ouest par le Burkina-Faso, au nord-est par le Niger, au sud par l'océan Atlantique, à l'est par le Nigéria et à l'ouest par le Togo. Il occupe une superficie de 114 771 km², présente un relief peu accidenté mais marqué par le massif de l'Atakora au nord-ouest. L'administration territoriale repose sur une structure pyramidale. Aujourd'hui organisée comme suit : les départements au nombre de douze (12), les communes au nombre de soixante-dix-sept (77), les arrondissements au nombre de cinq-cent-soixante-huit (568) et les villages et quartiers de ville au nombre de cinq-mille (5000). Sa capitale économique est Cotonou et sa capitale politique est Porto-Novo.

3.1.3. La ville de Cotonou [18]

C'est la ville dans laquelle s'est déroulée l'étude. Elle est située dans le département du littoral et renferme 13 arrondissements. Elle constitue la capitale économique et la ville la plus peuplée du Bénin avec une population de 679 012 habitants lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 4) en 2013. On y rencontre plusieurs groupes linguistiques avec une prédominance des Fons, des Yorubas et apparentés ainsi que des Baribas, des Dendis et apparentés.

3.1.4. Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU- MEL)



Figure 1 : Centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant Lagune (CHU-MEL)

Au bord de la lagune de Cotonou, le CHU-MEL est situé à Tokpa Hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou. Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un hôpital de référence dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. En tant qu'établissement hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs), la formation et la recherche.

On distingue :

- Le service médical de la mère : il s'agit du service de gynécologie et d'obstétrique, lieu de notre étude
- Le service médical de l'enfant
- Le service de chirurgie pédiatrique
- Un secteur médicotechnique avec
    - Le laboratoire d'analyses biomédicales
    - La banque de sang
    - La salle de radiologie
    - Le service de cardiologie
    - La pharmacie
- Les services administratifs à savoir :
    - La direction
    - La cellule de management de la qualité
    - Le service de comptabilité
    - Le bureau des entrées
    - Le service statistique
- Le secteur de soutien

  Il est constitué de :
    - La buanderie
    - La lingerie
    - La cuisine
    - Les magasins

Notre étude s'est déroulée dans le service de la mère : service de gynécologie et d'obstétrique.

3.1.5. Structure organisationnelle du service de gynécologie et d'obstétrique

Il abrite différents sous-secteurs :

- **Secteur des consultations** : Consultation prénatale (CPN), consultation gynécologique, consultation postnatale planification familiale ;
- **Le bloc obstétrical d'urgence** regroupant le service des urgences, la salle d'accouchement, la salle de dilatation et le bloc opératoire ;
- **Secteur d'hospitalisation maternelle :** bâtiments D1, D2 et G1 **;**
- **Le service de réanimation ;**
- **Les soins intensifs** ;
- **La vaccination** (au service de la mère et de l'enfant).
- Les autres services et secteurs dont deux salles d'échographie.

3.2. METHODE D'ETUDE

3.2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, à collecte prospective des données relatives à la fréquentation des services postnataux au CHU-MEL de Cotonou en 2023.

3.2.2. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1er mai au 30 juin 2023, soit une période de 2 mois.

3.2.3. Population d'étude

Notre étude avait pris en compte les accouchées de la période allant du 1er mai au 30 juin 2023 ainsi que le personnel soignant qui les a prises en charge en pré et postnatale.

3.2.3.1. Critères d'inclusion

- Cible primaire : être une accouchée de la maternité du CHU-MEL durant la période de l'étude et avoir donné son accord de participation ;
- Cible secondaire : être un personnel soignant officiant dans l'un des secteurs pré et postnatal et avoir donné son accord de participation

3.2.3.2. Critères d'exclusion

La rupture de consentement de certaines accouchées ou de certains de agents de santé, les accouchées injoignables et celles qui ne comprenaient pas l'étude étaient exclues de notre étude.

3.2.3.3. Critères de non-inclusion

Les accouchées référées après accouchement n'étaient pas incluses.

3.2.4. Échantillonnage

3.2.4.1. Taille de l'échantillon

L'échantillon a été constitué par un recensement de toutes les accouchées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU-MEL et qui répondaient aux critères d'inclusion.

3.2.4.2. Méthode et technique

La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée avec une technique de recensement exhaustif des accouchées éligibles dans le service au cours de la période indiquée. La formule de Schwartz nous a permis de calculer la taille minimale de l'échantillon qui était de 376.

3.2.5. Variables d'étude

3.2.5.1. Variable dépendante

Consultation postnatale

3.2.5.2. Variables indépendantes

Elles sont regroupées en :

- Variables sociodémographiques, économiques et culturelles des accouchées enquêtées (CPoN voir dans opérationnalisation ci-dessous)
- Variables extrahospitalières : notamment l'accessibilité géographique et familiales (charge de travail, le rapport entre le mari et la femme ; le pouvoir de prise de décision ; le rapport des accouchées avec les autres membres de la famille)
- Variables hospitalières (sensibilisation sur la CPoN par les agents de santé, le nombre de consultation prénatale)

3.2.6. Collecte des données

3.2.6.1. Equipe de collecte

La collecte de données a été faite par nous-même puis aidée par nos cadets formés.

3.2.6.2. Source de collecte

Les données ont été collectées à partir des :

- Registres de la salle d'accouchement
- Registres d'hospitalisation
- Dossiers médicaux des accouchées
- Personnel médical interrogé

3.2.6.3. Technique de collecte

Les données ont été saisies avec le logiciel koboCollect.

3.2.6.4. Outils de collecte

Les variables ont permis d'élaborer une fiche d'enquête et un guide d'entretien qui ont été validés grâce à un prétest. Le pré-test a été effectué sur 16 accouchées dont (04) vues en salle d'accouchement/suites de couches ; 04 en consultation postnatale et 8 en hospitalisation ainsi qu'auprès du personnel soignant des secteurs sus cités (10).

3.2.6.5. Déroulement de la collecte

Dans un premier temps, nous avons consulté tous les registres énumérés plus haut afin de répertorier l'identité des accouchées puis nous nous sommes rapprochée de ces dernières, nous leur avons expliqué l'étude et avons recueilli les informations à l'aide de la fiche d'enquête numérisée. Nous avons également collecté des informations en contactant les accouchées par appels téléphoniques et ceci à l'aide des renseignements du registre des accouchées.

3.2.7. Traitement et analyse des données

3.2.7.1. Traitement des données

Les données ont été collectées par l'application KoboCollect. Elles ont été traitées et analysées avec le logiciel SPSS V26. Les graphes et les tableaux ont été conçus avec EXCEL 2019, les variables quantitatives sont présentées en moyennes, médiane, écart type puis les variables qualitatives en fréquence ou pourcentage.

3.2.7.2. Analyse des données

- **Analyse bivariée**

Le test Chi2 de Pearson a été utilisé pour déterminer les éventuelles associations entre les différentes variables, avec un seuil de signification de 5%.

- **Analyse multivariée**

Un modèle de régression logistique a été utilisé pour l'analyse multivariée. L'effet a été mesuré par le test de Wald avec un seuil de signification de 5%. Le modèle initial a pris en compte toutes les variables explicatives. Puis les variables qui ne sont pas significatives (détectées grâce au test de Wald) ont été enlevées du modèle. Enfin, le modèle choisi est celui qui minimise le critère d'information d'Akaike. Les différentes associations ont été testées par le rapport de côte d'exposition (OR) et son intervalle de confiance à 95%.

3.2.8. Aspects éthiques

Notre étude a démarré avec l'autorisation préalable du directeur du CHU-MEL du chef de service mère et du comité d'éthique. Conformément aux principes de la déontologie médicale, le secret médical a été respecté au cours de cette enquête et en particulier l'anonymat et la confidentialité des informations.

3.2.9. Difficultés rencontrées

Certaines accouchées étaient indisponibles.

4. RÉSULTATS

Nous avons recensé respectivement en mai 486 accouchements et en juin 482 soit un total de 968 accouchements. Au total, 400 accouchées ont réalisé la consultation postnatale contre 451 qui ne l'ont pas fait ; La fréquence au CHU-MEL des CPoN était de 41,32%. Les accouchées injoignables et celless n'arrivant pas à répondre aux questions étaient au nombre de 117

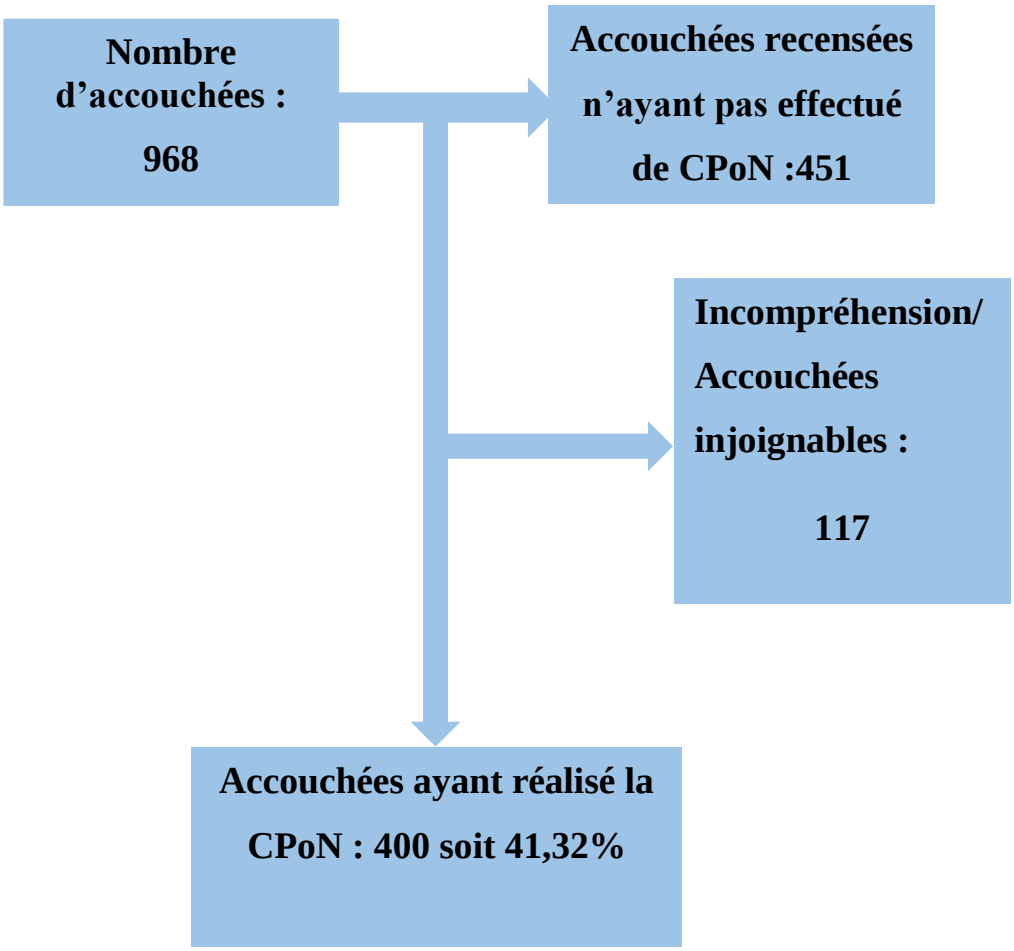


Figure 2 : Répartition des accouchées recensées ayant effectué la CPoN au CHU-MEL de Mai à Juin 2023

4.1. ETUDE DESCRIPTIVE

4.1.1. Caractéristiques population

Nous présenterons les caractéristiques de la population d'étude à savoir les accouchées, leur conjoint et les professionnels de santé impliqués dans l'offre des services postnataux.

4.1.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Nous présenterons les caractéristiques sociodémographiques des accouchées (l'âge, l'occupation, le niveau d'instruction, appartenance religieuse, la distance entre leur résidence et le CHU-MEL en Km, le régime et la situation matrimoniale) et leur conjoint : le niveau d'instruction et la religion.

a) Accouchée

Tableau I : Répartition des accouchées suivant l'âge

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
≤ 18	5	1,3
19 – 24	91	22,8
25 – 29	125	31,3
30 – 34	100	25,0
35 – 39	58	14,5
40 – 44	20	5,0
≥ 45	1	0,3

L'âge moyen des accouchées de notre étude était 29 ans ± 6,1ans avec les extrêmes de 15 et 47 ans. Les accouchées de moins de 25 ans représentaient 24,1% des cas.

Tableau II : Répartition des accouchées en fonction de leurs occupations

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
Salarié privé	46	11,5
Salarié public	74	18,5
Commerçante/vendeuse	132	33,0
Artisans	70	17,5
Ouvrière	22	5,5
Ménagère	31	7,8
Elève/Etudiante	25	6,3

Dans notre série, 70,1% (n=280) des accouchées avaient des revenus mensuels précaires versus 30% (n=120) qui avaient des revenus mensuels fixes.

Tableau III : Répartition des accouchées suivant leur niveau d'instruction

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
Alphabétisée	22	5,5
Non instruite	46	11,5
Instruite		
Primaire	73	18,3
Secondaire	150	37,5
Supérieur	109	27,3

Dans notre série, les accouchées alphabétisées et celles ayant un niveau d'instruction primaire représentaient près de 23,8% (n=95) des cas.

Tableau IV : Répartition des accouchées suivant leur appartenance religieuse

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
Animiste	1	0,3
Athée	5	1,3
Eckiste	1	0,3
Musulmane	45	11,3
Christianisme		
Céleste	21	5,3
Catholique	229	57,3
Evangéliste	91	22,8
Protestante	7	1,8

La grande majorité, soit 87,2% des cas de notre série avaient pour croyance religieuse le christianisme.

Tableau V : Répartition des accouchées suivant la distance entre leur résidence et le CHU-MEL en Km

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
< 5	8	2,0
5-9	93	23,3
>10	299	74,8

La majorité des accouchées, soit 98,1% (n=392) habitaient à plus de 5 km de la maternité du CHU-MEL.

Tableau VI : Répartition des accouchées suivant leur situation et régime matrimonial.

	Effectif (N = 400)	Fréquence (%)
Situation matrimoniale de la Femme		
Célibataire	5	2,0
Divorcée	1	0,3
En couple	394	97,8
Régime matrimonial		
Monogame	379	96,2
Polygame	15	3,8

La majorité, 97,8% (n=394) des femmes enquêtées dans notre étude étaient en couple avec un régime monogamique dans 96,2% (n=379).

a. Conjoint

Tableau VII : Répartition suivant le niveau d'instruction du conjoint.

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
Alphabétisé	34	8,5
Non instruit	25	6,3
Instruit		
Primaire	36	9,0
Secondaire	127	31,8
Supérieur	178	44,5

Dix-sept virgule cinq pour cent soit (n=70) des conjoints des accouchées de notre étude étaient alphabétisés avec un niveau d'instruction primaire.

Tableau VIII: Répartition des accouchées suivant la religion de leur conjoint

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
Animiste	4	1,0
Athée	11	2,8
Musulmane	47	11,8
Christianisme		
Catholique	231	57,8
Céleste	16	4,0
Evangélique	81	20,3
Protestante	10	2,5

Les conjoints des patientes enquêtées avaient en majorité le christianisme (84,6% (n=338) pour croyance religieuse.

4.1.1.2. Caractéristiques cliniques des accouchées

Nous présenterons les caractéristiques cliniques des accouchées c'est-à-dire leurs antécédents.

Tableau IX: Répartition des accouchées suivant les antécédents obstétricaux

	Effectif (n = 400)	Fréquence (%)
Parité		
Nullipares	6	1,5
Primipares	134	33,5
Paucipares	176	44,0
Multipares	63	15,8
Grande Multipares	21	5,3
Nombre d'enfants vivants		
0	24	6,0
1	131	32,8
2	84	21,0
3	79	19,8
4	45	11,3
≥ 5	37	9,3
Nombre d'avortements		
0	299	74,8
1	74	18,5
2	16	4,0
3	6	1,5
4	2	0,5
5	2	0,5
8	1	0,3
Nombre d'enfants décédés		
0	310	77,5
1	76	19,0
2	7	1,8
3	4	1,0
5	1	0,3
7	1	0,3
8	1	0,3

Primipare (1) Paucipare (2-4) multipare (4-5) grande multipare (>5)

La parité moyenne était de 2,5±1,6. les paucipares étaient les plus nombreuses avec une proportion de 44 % (n=176). Le nombre moyen d'enfants vivants était de 2,45 ± 2,92. Le nombre moyen d'avortements enregistré était de 0,38± 0,84 avec plus de 3 avortements dans une proportion de 1,8 % (n=5) des cas.Le nombre moyen d'enfants décédés, était de 0,31± 0,77.

Nous présenterons le suivi prénatal effectué par les accouchées de notre étude.

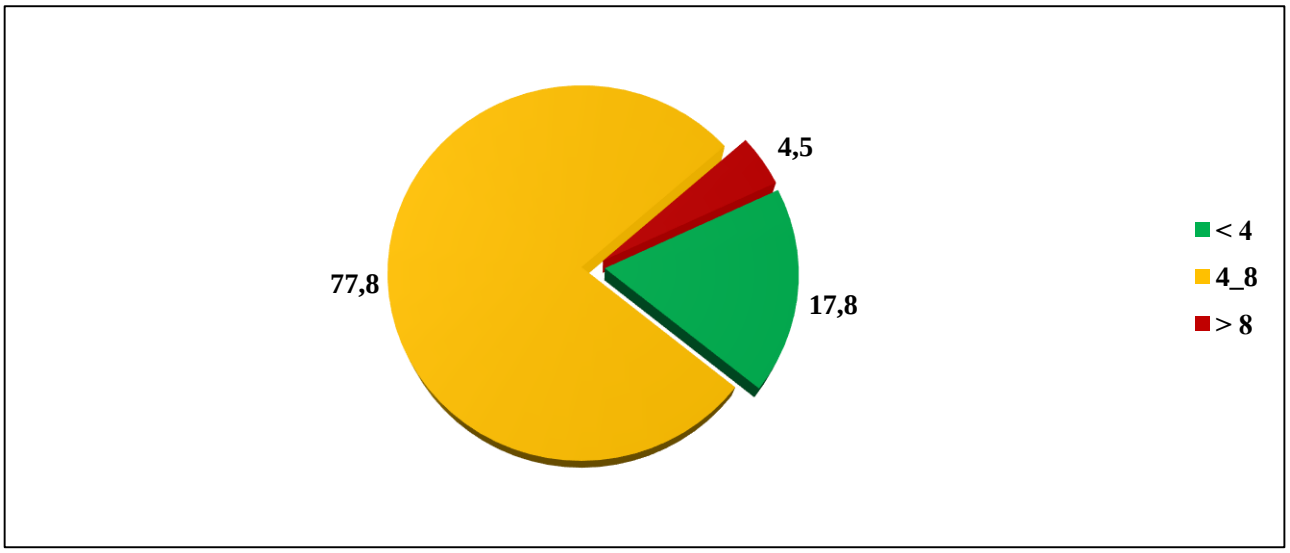


Figure 3 : Répartition suivant la participation des femmes au suivi prénatal

4.1.1.3. Suivi prénatal

Dans notre série, 4,5% (n=18) avaient réalisé les 8 consultations prénatales au CHU-MEL de Cotonou.

Nous présenterons le désir de grossesse par les accouchées

4.1.1.4. Désir de grossesse

La notion du désir de la grossesse actuelle était notée chez 96% des accouchées contre 4% qui ne la désiraient pas.

Nous présenterons l'utilisation des CPoN par les accouchées à travers la fréquence des CPoN au CHU-MEL, la qualité du niveau de connaissance des accouchées, l'information reçue sur la CPoN, leur environnement, l'accueil et l'offre des services postnataux.

4.1.1.5. Utilisation des CPoN

a) Fréquence

Tableau X : Fréquence de l'utilisation des services postnataux selon les agents de santé

	Effectif (n =400)	Pourcentage (%)
CPoN1		
< 50%	2	8,3
≥ 50 %	22	91,7
CPoN2		
< 50%	11	57,9
≥ 50 %	8	42,1
CPoN3		
< 50%	10	62,5
≥ 50 %	6	37,5

D’après les questionnements effectués auprès des agents de santé, plus de moitié des accouchées avaient réalisé la CPoN1. Un peu plus de la moitié des accouchées ne revenaient plus en CPoN2 et en CPoN3

b) Qualité du niveau de connaissance des accouchées sur les services de la CPoN

Tableau XI: Répartition suivant la qualité du niveau de connaissance des accouchées sur la CPoN

	Qualité du niveau de connaissance sur CPoN											
	CPoN1				CPNo2				CPNO3			
	Bonne		Mauvaise		Bonne		Mauvaise		Bonne		Mauvaise	
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Consultation/conseils	226	56,5	174	43,5	79	19,8			27	6,8		
Examen/contrôle	76	19,0	?	?	30	7,5			24	6,0		
Vaccination	16	4,0	?	?	3	0,8			?	?		

Dans notre série, 56,6% des accouchées avaient une bonne connaissance des objectifs de la CPoN1 versus 19,8% des accouchées qui avaient connaissance des objectifs de la CPoN2. 9,8% des accouchées avaient une bonne connaissance des objectifs de la CPoN3.

Tableau XII : Répartition des accouchées suivant leur niveau de connaissance sur le nombre de CPoN réalisé.

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
0	59	14,8
1	191	47,8
2	68	17,0
3	75	18,8
4	7	1,8

La bonne connaissance sur le nombre de CPoN était notée chez 18,8% (n=75) contre 81,2% (n=325) de mauvaise connaissance.

4.1.1.6. Environnement des accouchées

Tableau XIII : Répartition des accouchées suivant le pouvoir de prise de décision

	Effectif (N = 400)	Fréquence (%)
Décideur de CPoN		
Amie	1	0,3
Belle-mère	4	1,0
Conjoints	142	35,5
Patientes	253	63,3
Rituels avant CPoN		
Non	371	92,8
Oui	29	7,3
Empêchement pour CPoN		
Non	25	86,2
Oui	4	13,8
Rituels		
Baptême	3	75,0
Rituels de sortie d'enfant	1	25,0

Dans notre série, la décision de prendre part aux CPoN était influencée dans 36,8 % des cas soit n= 147 par les conjoints, les belles-mères et les amies.

4.1.1.7. Informations sur la CPoN

Tableau XIV: Répartition des patientes en fonction des informations reçues sur la CPoN à la CPN

	Effectif (N=400)	Fréquence (%)
Information en CPoN		
Contrôle après accouchement	81	20,3
Promotion santé mère/enfant	50	12,6
Etat normal des organes	35	8,8
Conseils	24	6
Aucune information	210	52,3
Information en suites de couches		
Non	282	70,5
Oui	118	29,5
Rendez-vous donnés en SDC		
Non	22	18,6
Oui	96	81,4

Dans 49,7% des cas, les accouchées avaient reçu des informations sur la CPoN lors du suivi prénatal, soit (n=190) et plus de la moitié des accouchées n'avaient pas reçu des informations.

4.1.1.8. Appréciation des patientes de la qualité de l'accueil pour la CPoN

Tableau XV : Répartition des patientes suivant la qualité de l'accueil reçu

	Effectif (N = 400)	Fréquence (%)
Qualité de l'accueilli		
A améliorer	81	20,3
Satisfaisant	319	79,8
Qualité de l'écoute		
Mauvaise écoute	86	21,5
Bonne écoute	314	78,5
Cause du défaut d'écoute		
N'est pas venue en CPoN	86	21,5

Au cours de leur séjour, 20,3% des accouchées souhaitaient une amélioration de la qualité de l'accueil de la part des agents de santé.

4.1.1.9. Offre des services postnataux

Tableau XVI: Répartition des patientes en fonction des services postnataux reçus

	Effectif (N = 400)	Fréquence (%)
Nombre de jour d'hospitalisation		
0 – 3	284	71,0
4 – 7	100	25,0
> 7	16	4,0
Visite du personnel de santé en suite de couche		
Non	17	4,3
Oui	383	95,8
Nombre de fois		
0 – 10	307	80,2
> 10	76	19,8

La durée moyenne de séjour des accouchées au cours de leur hospitalisation est de 3,22 jours ± 3,8 jours avec les extrêmes de 0 et 45 jours. La majorité, 71% (n=284) a été effectuée entre 0 et 3 jours d'hospitalisation. Dans les suites de couches, seulement 29,5% (n=118) des accouchées avaient été sensibilisées par l'accoucheuse et les 81,4% des cas ont reçu de calendrier de la CPoN. Les accouchées ont reçu une visite d'un personnel de santé dans 95,8 % (n=383) et ceci plusieurs fois pour la vérification de leur état de santé.

Nous présenterons la répartition en fonction des consultations faites après la sortie de la maternité

Tableau XVII : Répartition en fonction des consultations faites après la sortie de la maternité

	Effectif (N = 400)	Fréquence (%)
CPoN 2-3		
Non	171	42,8
Oui	229	57,3
Si oui, nombre de fois		
0	1	0,4
1 _ 4	214	93,4
5 _ 8	11	4,8
> 8	3	1,3
Temps d'attente lors d'une CPoN		
Moins de 30mn	82	35,8
Plus de 30mn	147	64,2
Appréciation du temps d'attente		
Long	114	49,8
Pas long	115	50,2
Informations sur postpartum durant la CPoN		
Hyperthermie	94	41,0
Ecoulements mammaire	89	38,9
Non précisé	46	20,1
Satisfaction de la patiente		
Pas Satisfaisant	2	0,9
Satisfaisant	227	99,1

A la sortie de la maternité, près de la moitié soit 57,3% (n=229) des accouchées de notre étude avaient effectué la consultation postnatale. Elles estimaient que le délai d'attente était de plus de 30mn pour faire une CPoN dans 64,2% des cas. Ces accouchées (n=229) avaient reçu des informations sur les anomalies du postpartum.

Nous présenterons la répartition faite en fonction des causes probables du non suivi postnatal.

4.1.1.10. Répartition des difficultés favorisant la non-réalisation de la CPoN

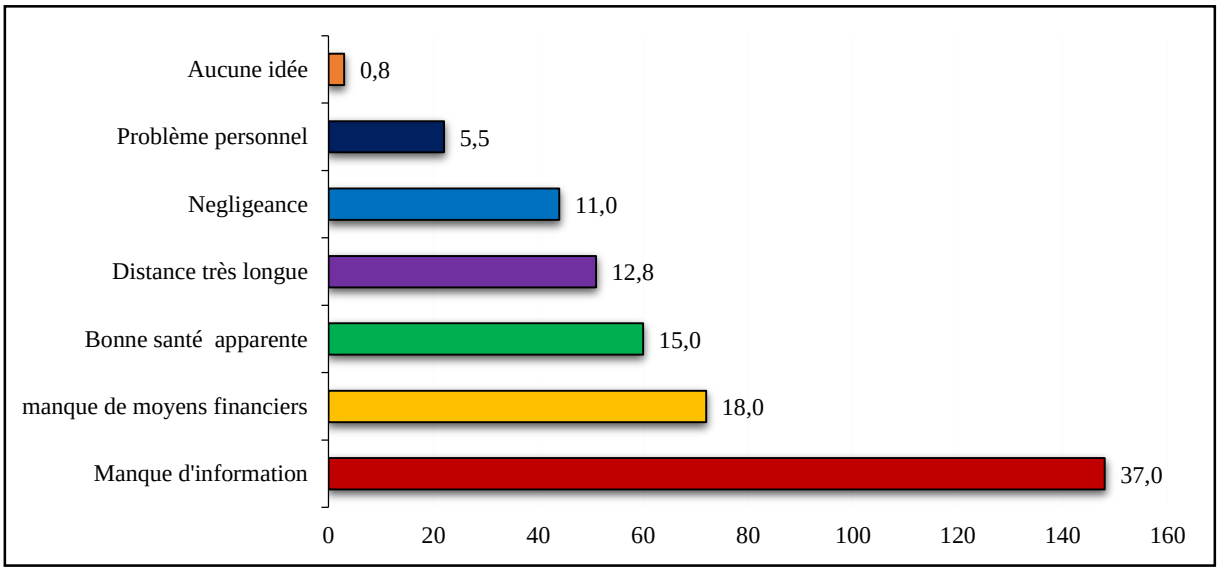


Figure 4 : Répartition des difficultés ou conditions favorisant la non-réalisation de la CPoN signalées par les patientes

Les difficultés à la non-réalisation des CPoN était d'ordre personnel dans 63% des cas versus 37% liées à l'information.

Nous présenterons les suggestions pour améliorer la fréquentation des femmes aux services postnataux.

4.1.1.11. Suggestions pour améliorer la fréquentation des femmes aux services postnataux

Les suggestions des accouchées sont présentées sur la figure 5. Elles avaient suggéré de renforcer la sensibilisation/ l'information, d'implanter des centres de santé à proximité de leur domicile et d'améliorer l'accessibilité financière des CPoN pour une meilleure fréquentation des services postnataux.

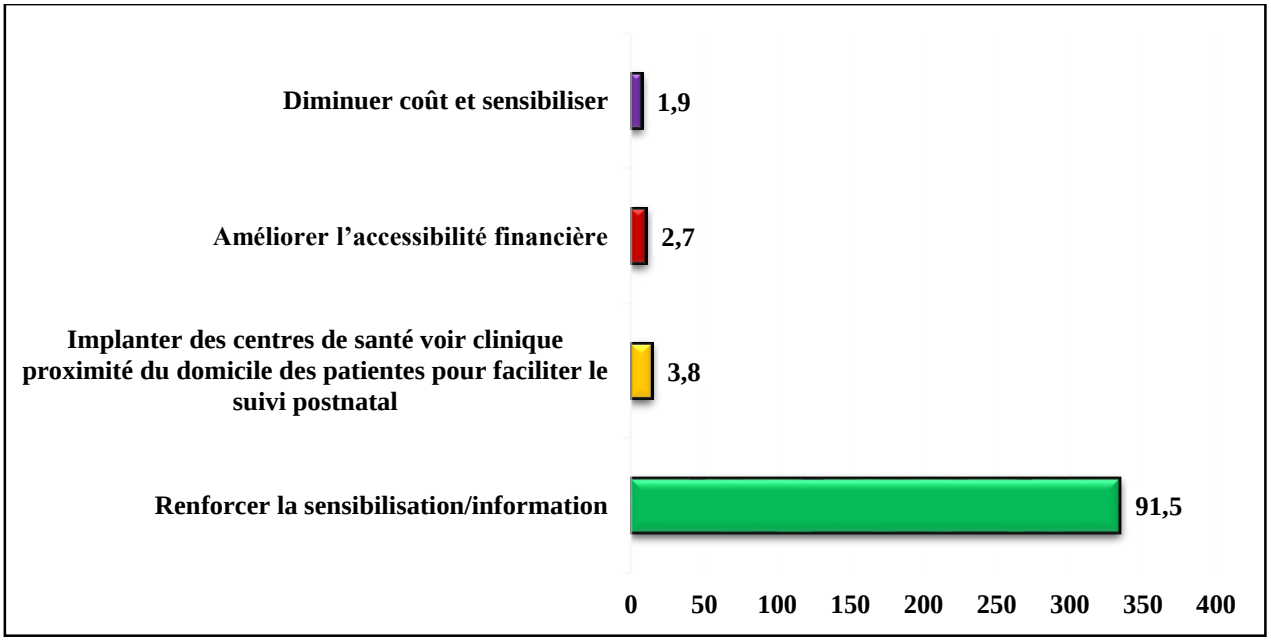


Figure 5 : Répartition en fonction des suggestions pour améliorer la fréquentation des femmes aux services postnataux.

Nous présenterons la répartition en fonction du mode de déplacement vers le CHU-MEL pour les CPoN.

Tableau XVIII : Répartition en fonction du mode de déplacement vers le CHU-MEL pour les CPoN

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
A pieds	6	1,5
Transport personnel	122	30,5
Transport public	272	68,0
Total	**400**	**100,0**

La plupart des patientes empruntaient les transports publics.

Nous présenterons la répartition en fonction du tarif d'une consultation postnatale au CHU-MEL.

Tableau XIX: **Répartition en fonction du montant payé (en CFA) pour consultation postnatale au CHU-MEL**

	Effectif (n=400)	Fréquence (%)
0	254	63,5
< 1000	17	4,3
1000 – 2500	56	14,0
2500 – 4000	56	14,0
> 4000	17	4,3

L'accessibilité financière n'était pas bonne dans 36,5% des cas où la femme doit payer au minimum 1000 FCFA.

4.1.2. Analyse du personnel de santé

Nous présenterons la répartition suivant le poste de travail et l'ancienneté des agents de santé.

Tableau XX: Répartition suivant le poste de travail et l'ancienneté des agents de santé

	Effectif (N = 32)	Fréquence (%)
Poste		
CPN	5	15,6
CPoN	4	12,5
Hospitalisation	8	25,0
Salle d'accouchement	8	25,0
Soins intensifs	7	21,9
Ancienneté au poste		
Moins de 3ans	28	87,5
Plus de 3ans	4	12,5

Dans notre étude, 4 agents de santé (12,5 %) étaient au poste de la CPoN dans le processus de prise en charge des femmes ayant accouché.

Tableau XXI: Répartition suivant l'offre des services postnataux

	Effectif (N = 32)	Fréquence (%)
Réalisation d'IEC en CPoN		
Non	7	21,9
Oui	25	78,1
Disponibilité supports d'IEC		
Non	24	75,0
Oui	8	25,0
Usage effectif desdits supports d'IEC pour animations éducatives		
Non	3	37,5
Oui	5	62,5

Parmi les agents de santé de notre étude, 21,9% (n=7) ne font pas des séances d'IEC en CPoN. Les trois quarts (¾) des agents de santé de notre étude estimaient ne pas avoir des supports d'IEC pour les animations éducatives en CPoN.

Tableau XXII: Répartition suivant le rendez-vous donné par la sage-femme de l'hospitalisation aux accouchées

	Effectif (n=32)	Fréquence (%)
Rendez-vous donné		
Non	25	78,1
Oui	7	21,9
Date du rendez-vous et explication donnée	N = 7	
1 semaine	7	100,0

Selon les agents de santé en hospitalisation, les rendez-vous ne sont donnés aux femmes que dans 21,9% (n=32) des cas.

4.1.2.1. Répartition suivant les facteurs expliquant la faible fréquentation des CPoN

Les agents de santé de notre étude pensaient que la faible fréquentation des femmes aux CPoN était due au manque de moyens financiers (40,6%), à la distance entre le centre et la résidence des femmes (25%), au manque d'information (21,9%) et à la négligence des femmes (21,9%). Les actions à mener pour remédier à ce problème de faible fréquentation des CPoN sont la sensibilisation/counseling et les causeries (96,8%).

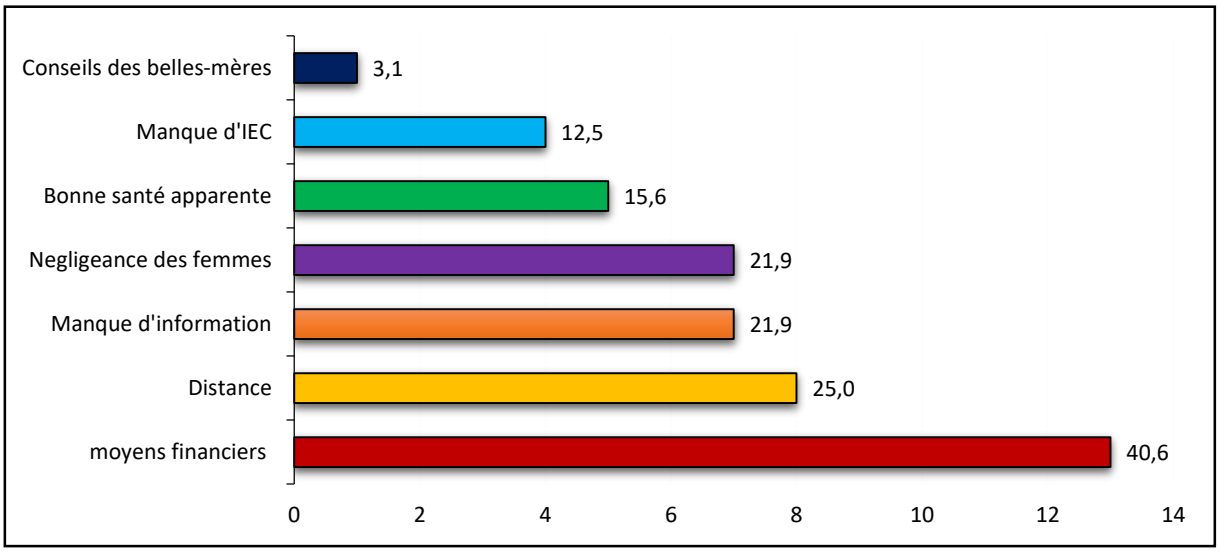


Figure 6 : Répartition suivant les facteurs expliquant la faible fréquentation des CPoN

Nous présenterons la répartition suivant la surveillance du suivi postnatal.

Tableau XXIII : Répartition suivant la surveillance du suivi postnatal

	Effectif (N = 32)	Fréquence (%)
Système contre-référence pour femmes référées		
Non	29	90,6
Oui	3	9,4
Surveillance respect suivi postnatal des femmes		
Non	11	34,4
Oui	21	65,6
Suggestions pour améliorer la fréquentation des CPoN		
Améliorer le counseling	32	100,0
Offrir un meilleur accueil	32	100,0
Supervision du niveau supérieur les 6 derniers mois		
0	28	87,5
1	4	12,5

Les agents de santé de notre étude affirmaient qu'il n'existe pas un système de contre-référence pour les femmes qui sont référées pour la CPoN dans 90,6% des cas. Parmi les agents de santé, 65,6% estimaient qu'elles parviennent à surveiller le respect du suivi postnatal des femmes. Pour améliorer le taux de fréquentation des CPoN, les agents de santé affirmaient améliorer le counseling et offrir un meilleur accueil aux femmes. Seulement 12,5% des agents affirmaient avoir bénéficié d'une supervision du niveau supérieur les 6 derniers mois.

Tableau XXIV : Répartition en fonction de la disponibilité du fonctionnement et usage du matériel en CPoN

	Effectif (N=32)	Fréquence (%)
Matériel pour la CPoN1(gants, lampe torche.)		
Disponibilité	32	100
Fonctionnement	32	100
Utilisation effectif	32	100
Matériel pour la CPoN2 (gants, lampe torche, lubrifiant, méthodes Contraceptives…)		
Disponibilité	32	100
Fonctionnement	32	100
Utilisation effectif	30	93,7
Matériel pour la CPoN3 (spéculum, lampe torche, méthodes contraceptives…)		
Disponibilité	32	100
Fonctionnement	31	96,8
Utilisation effectif	28	87,5

Les matériels étaient disponibles à 100% en CPoN et fonctionnaient à 100% en CPoN1 et en CPoN2 mais à 96,8 en CPoN3. Ils étaient utilisés effectivement à 100% en CPoN1 mais à 93,7% en CPoN2 et en CPoN3 87,5%.

4.2. ETUDE ANALYTIQUE

4.2.1. Analyse bivariée

Tableau XXV : Recherche de facteurs associés entre l'âge, l'occupation, le niveau d'instruction, la distance, la sensibilisation faite sur la CPoN et le nombre de CPN réalisé par les accouchées et leur faible utilisation des services postnataux au CHU-MEL en 2023.

	CPoN effectué		p-value
	Non	Oui	
Distance entre la résidence de la femme et la maternité du CHUMEL			
Moins de 5 Km	5	3	0,19
5 et 9 Km	27	56	0,096
Plus de 10Km	93	127	0,24
Age			
< 25 ans	34	36	0,104
25 – 35	72	121	0,184
≥ 35 ans	19	29	0,925
Occupation			
Commerçante/vendeuse	48	54	0,084
Salarié (public, privé)	30	73	**0,005**
Artisans/Ouvrière	25	37	0,98
Ménagère	14	11	0,93
Elève/Etudiante	8	11	0,86

Tableau XXVI (suite) : Recherche de facteurs associés entre l'âge, l'occupation, le niveau d'instruction, la distance, la sensibilisation faite sur la CPoN et le nombre de CPN réalisé par les accouchées et leur faible utilisation des services postnataux au CHU-MEL en 2023.

	CPoN effectué		p-value
	Non	Oui	
Niveau d'instruction			
Non instruite	20	24	0,44
Instruite	105	162	0,44
Durée d'hospitalisation	s		
≤ 3 jours	91	116	**0,05**
> 3 jours	34	70	**0,05**
Lieu de réalisation des CPN			
CHUMEL	64	100	0,65
Hors CHUMEL	59	86	0,86
Sensibilisation faite par l'accoucheuse sur la CPoN			
Non	101	104	**0,001**
Oui	24	82	
Parité			
Nullipares	2	2	
Primipares	43	59	
Paucipares	56	85	0,10
Multipares	13	10	
Grande Multipares	2	7	
Nombre de CPN			
< 4	35	8	
4 - 8	69	153	**0,001**
> 8	4	14	

Le défaut de CPN et l'absence d'information sur la CPoN étaient associés à la non-utilisation des services postnataux (p<0,001).

4.2.2. Analyse multivariée

Tableau XXVII : Recherche d'une association entre la réalisation de la CPoN , l'information donnée par l'accoucheuse sur la CPoN et le nombre de CPN

Réalisation de la CPoN	B	S.E.	Wald	Df	p-value	OR	Intervalle de confiance à 95%	
							Inf.	Sup.
Information par l'accoucheuse de la CPoN	-1,103	0,296	13,855	1	0,00	0,332	0,186	0,593
Nombre de CPN	1,712	0,346	24,441	1	0,00	5,542	2,811	10,926
Constant	-2,007	0,702	8,183	1	0,004	0,134		

De l'analyse multivariée, le degré de risque de la faible utilisation des services postnataux est 5,54 fois plus élevé si le nombre de CPN réalisé est plus faible que si l'information était donnée par l'accoucheuse ou par contre le risque est de 0,33.

5. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude suivra le plan ci-après :

- Atteinte des objectifs de l'étude
- Qualité et validité des résultats
- Interprétation et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

5.1. ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Nous avons atteint les objectifs que nous nous sommes fixées. Il s'agissait de :

5.1.1. Calculer la fréquence de l'utilisation des services postnataux au CHU-MEL

Nous avons recensé respectivement en mai 486 accouchements et en juin 482, soit un total de 968 accouchements. Au total, 400 accouchées ont réalisé la consultation postnatale contre 451 qui ne l'ont pas fait. Les accouchées injoignable/ne comprenant pas l'étude étaient au nombre de 117. La fréquence au CHU-MEL des CPoN était de 41,32%.

5.1.2. Déterminer les caractéristiques des utilisatrices des services postnataux au CHU-MEL

L'âge moyen des accouchées de notre étude était de 29 ans ± 6,1ans avec les extrêmes de 15 et 47 ans. Les accouchées de moins de 25 ans représentaient 24,1% des cas. Dans notre série, 70,1% (n=280) des accouchées avaient des revenus mensuels précaires versus 30% (n=120) qui avaient des revenus mensuels fixes. Les accouchées alphabétisées et celles ayant un niveau d'instruction primaire représentaient près de 23,8% (n=95) des cas. La grande majorité, soit 87,2% des cas de notre série avaient pour croyance religieuse le christianisme. La majorité des accouchées, soit 98,1% (n=392) habitaient à plus de 5 km de la maternité du CHU-MEL. La majorité, 97,8% (n=394) des femmes enquêtées dans notre étude

étaient en couple avec un régime monogamique dans 96,2% (n=379). La parité moyenne était de 2,5±1,6. Les paucipares étaient les plus nombreuses avec une proportion de 44 % (n=176). Le nombre moyen d'enfants vivants était de 2,45 ± 2,92. Le nombre moyen d'avortements enregistré était de 0,38± 0,84 avec plus de 3 avortements dans une proportion de 1,8 % (n=5) des cas. Le nombre moyen d'enfants décédés, était de 0,31± 0,77.

5.1.3. Étudier les facteurs extrahospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux

Dix-sept virgule cinq pour cent soit (n=70) des conjoints des accouchées de notre étude étaient alphabétisés avec un niveau d'instruction primaire. Les conjoints des patientes enquêtées avaient en majorité le christianisme 84,6% (n=338) pour croyance religieuse. La majorité des accouchées, soit 98,1% (n=392) habitaient à plus de 5 km de la maternité du CHU-MEL. L'accessibilité géographique n'était pas bonne pour 68% des patientes.

5.1.4. Identifier les facteurs hospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux

Des accouchées enquêtées, 56,6% avaient une bonne connaissance des objectifs de la CPoN1 versus 19,8% qui avaient connaissance des objectifs de la CPoN2. 9,8% seulement des accouchées avaient une bonne connaissance des objectifs de la CPoN3. Parmi les agents de santé de notre étude, 21,9% (n=7) ne font pas des séances d'IEC en CPoN. Des agents de santé de notre série, les trois quarts (¾) estimaient ne pas avoir des supports d'IEC pour les animations éducatives en CPoN. La bonne connaissance sur le nombre de CPoN était notée chez 18,8% (n=75) contre 81,2% (n=325) de mauvaise connaissance. Le défaut de CPN et

l'absence d'information sur la CPoN étaient associés à la non-utilisation des services postnatals (p<0,001).

Nous avons donc pu atteindre nos objectifs spécifiques fixés au début de cette étude.

5.2. QUALITE ET VALIDITE DES RESULTATS

Le choix du sujet peut être justifié par le taux élevé de décès maternel survenant dans le postpartum et la place qu'occuperait une meilleure fréquentation des services postnataux dans la réduction de la mortalité maternelle telle que visée par les Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies. En effet, le troisième objectif des ODD vise dans son deuxième sous-objectif à éliminer les décès maternels évitables. Le CHU-MEL a servi de cadre pour cette étude à cause de sa position dans la pyramide sanitaire du Bénin. Il est un pôle de spécialité mère-enfant des soins. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique. Ce type d'étude a été choisi pour faire l'état des lieux de l'utilisation des services postnataux. Le biais éventuel de cette étude est l'indisponibilité de certaines accouchées. Nous affirmons cependant que l'étude est fiable et les résultats obtenus sont valides.

5.3. INTERPRETATION ET COMPARAISON DES RESULTATS AVEC CEUX D'AUTRES AUTEURS

5.3.1. Fréquence

Dans la présente étude, la fréquence des CPoN dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU-MEL était de 41,32%. Ces résultats corroborent ceux de **Almamy K**. et al. en Tanzanie en 2015 qui ont estimé à 43,5 % le taux de fréquentation de la consultation postnatale par la mère et le nouveau-né **[19 ;37 ;38].** Le faible niveau de consultation postnatale peut résulter d'une combinaison de déterminants liés aux accouchées tels que leur occupation et niveau socioéconomique ; des déterminants liés à leur entourage notamment le niveau d'instruction de leur conjoint et leur niveau socioéconomique, l'influence de leurs belles-mères ou amies ; des déterminants liés à l'accessibilité géographique ; le manque d'information de la part des agents de santé sur la consultation postnatale et donc le manque d'importance perçu par certaines accouchées. Par ailleurs, une pénurie de prestataires communautaires effectuant des visites de routine à domicile, le coût de ces consultations en sont aussi des facteurs. Ce résultat diffère par contre de l'étude effectuée par **Kassambara D**. et al. dans le district de Bamako au Mali en 2017 qui avaient trouvé que 61,5% des mères avaient utilisé au moins une fois le service de consultation postnatale **[20].** Ces différences pourraient s'expliquer par le fait qu'au Mali, les soins postnataux ont été couplés à la vaccination, au suivi des enfants sains et à la dispensation d'une méthode contraceptive afin d'augmenter son taux d'utilisation. Toute mère se présentant pour bénéficier de l'un des services suscités en particulier la vaccination, est invitée à utiliser les autres services ; ce qui n'est pas le cas au Bénin.

5.3.2. Caractéristiques des utilisatrices des services postnataux au CHU-MEL

5.3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

- **Age**

L'âge moyen des accouchées était de 29 ans ± 6,1ans avec les extrêmes de 15 et 47 ans. Les accouchées de moins de 25 ans représentaient 24,1% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de **Almamy K.** et al. en Tanzanie où l'âge moyen des mères était de 27,8 ± 7,6 ans avec des extrêmes de 15 à 49 ans **[19 ;36]. Kassambara D.** et al. au Mali ont constaté que les accouchées enquêtées avaient en majorité une tranche d'âge de 20-34 ans avec une moyenne d'âge de 25 ± 9,56 ans **[20 ;51].** Dans la plupart de ces études, il ressort que ce sont les jeunes femmes qui sont les plus touchées. Cette situation serait due au fait que cette tranche d'âge correspond à la période de potentielle fertilité et d'activité sexuelle des couples.

- **Niveau d'instruction**

Concernant le niveau d'instruction, les accouchées scolarisées en cours primaire et secondaire représentaient près de 55,8% (n=223) des cas de notre étude. Au Maroc, **Elkhoudri N.** et al. en 2014 ont trouvé que 66 % des accouchées étaient scolarisées en classe primaire et secondaire **[21].** Ces résultats sont similaires au nôtre. Ce constat peut être expliqué par les efforts fournis par nos dirigeants à divers niveaux pour promouvoir la scolarisation des filles dans notre pays à travers la gratuité de l'enseignement des jeunes filles jusqu'au second cycle des lycées et collèges publics du Bénin où les notions de base de santé de la reproduction sont enseignées.

- **Situation matrimoniale + régime matrimonial et occupation**

La majorité, 97,8% (n=394) des accouchées de notre étude étaient en couple dont 96,2% (n=379) étaient dans un régime monogamique versus 3,8% (n=15) qui ont été dans un régime polygamique. Aussi, pour la plupart, les commerçantes/vendeuses, les étudiantes et élèves, les ouvrières, les ménagères et les artisans étaient majoritairement représentées dans une proportion de 70,1 %. Ceci est similaire aux résultats obtenus par **Ogoudjobi M.** et al. **[22]** au nord du Bénin en 2016 dans une proportion de 91,6 %. **Oluwaseyi D. et Latifat I. [23 ;40 ;41]** au Nigéria ont trouvé que les accouchées étaient mariées dans 93,0% et 50% étaient des ménagères. Le constat fait dans notre étude s'explique par la répartition socio-professionnelle de la ville de Cotonou dans laquelle a été réalisée l'étude. Au Bénin, il s'agit d'une population aux conditions socio-économiques basses pouvant impacter négativement les soins postnataux avec les conséquences qui en découlent.

- **Niveau Socioéconomique**

Elkhoudri N. et al. **[21]** au Maroc en 2014 ont trouvé que les accouchées aux revenus mensuels précaires étaient de 72% contre 28% aux revenus mensuels fixes. Ainsi, nous avons trouvé dans notre étude que 70,1% (n=280) de nos accouchées avaient des revenus précaires versus 30% (n=120) qui avaient des revenus mensuels fixes.

- **Accessibilité géographique**

La majorité des accouchées, environ 74,8% (n=299), parcouraient plus de 10 km de leur résidence à la maternité du CHU-MEL. Les proportions similaires ont été retrouvées par **Ogoudjobi** et al**.[22]** où le trajet long a été enregistré par 86,3% des accouchées en 2016. Ces résultats sont contraires à ceux réalisés par **Coulibaly M. [24 ;46 ;48]** au Mali en 2021 où près de 91,8% des accouchées avaient affirmé que les centres étaient proches de leur domicile dans un rayon de 5km. Cette différence serait due au fait que la maternité du CHU-MEL est une maternité de référence avec le personnel qualifié présent et un plateau technique adapté pour une meilleure prise en charge. C'est pour cela que les accouchées préfèrent laisser les centres de santé de leur localité, parcourir une longue distance pour bénéficier d'un bon suivi.

5.3.2.2. Caractéristiques cliniques des accouchées

i. Antécédents

- **Parité**

En ce qui concerne la parité, les paucipares étaient les plus fréquentes dans 44% (n=176) des cas. Ces résultats sont conformes à ceux de **Aminata K. [25 ;52]** au Mali en 2021 où la majorité des accouchées (54,2%) étaient paucipares.

- **Désir de grossesse**

Zemenu T et al**.[29]** en 2020 dans 36 pays de l'Afrique subsaharienne ont trouvé que la grossesse était le plus souvent désirée dans 93,30% par les femmes. Ces résultats sont similaires aux nôtres avec 96% de femmes ayant désiré leur grossesse actuelle contre 4% qui étaient contre.

5.3.2.3. Niveau de connaissances des accouchées

Dans notre série, seulement 20,5% soit (n=82) des accouchées avaient une mauvaise connaissance des objectifs de la CPoN1 versus 79,5% qui les connaissaient. Par rapport au niveau de connaissance sur les objectifs des CPoN 2 et 3, plus de la moitié des accouchées avaient une mauvaise connaissance des objectifs de ces dits CPoN dans des proportions respectives de 71,9% (n=288) pour CPoN2 et 87,2%, soit (n= 349) pour CPoN3. Par ailleurs, environ 81,4% soit (n=332) des accouchées ne connaissaient pas le nombre de CPoN à réaliser après accouchement. Ces résultats diffèrent de ceux de **Bassong O.** et al. **[26]** au Cameroun où s'agissant des connaissances sur l'existence du suivi postnatal, 166 femmes enquêtées (58,04%) connaissaient l'existence du suivi postnatal tandis que 120 femmes enquêtées (41,96%) n'en savaient rien. Après l'accouchement, s'agissant des connaissances des femmes sur les périodes appropriées pour le suivi postnatal, 37 femmes (12,94%) pensaient qu'il se faisait immédiatement après l'accouchement contre 249 femmes (84,06%) qui pensaient le contraire. La majorité des femmes, soit 266 (93,01%), ne savaient pas qu'elles devaient se faire suivre par la sage-femme ou le gynécologue six jours après l'accouchement. Un nombre important de femmes, soit 35,31%, pensaient que la période appropriée pour le suivi postnatal était de 6 semaines après l'accouchement. Parmi les 165 femmes qui connaissaient l'existence du suivi postnatal, 90,30% tenaient l'information du personnel de santé, 4,24% de la télévision, 2,42% de la radio, 1,82% du voisin et, enfin, 1, 21 % d'un membre de la famille.

5.3.2.4. Environnement de la patiente

La décision de prendre part aux CPoN était influencée dans 36,8% des cas par les conjoints, les belles-mères et les amies. Ces résultats sont contraires à ceux de **Sorgho E. [27]** au Burkina-Faso où, à l'opposé, l'entourage de l'accouchée a une grande influence sur sa réalisation de la CPoN. En effet, les hommes sont les principaux acteurs de prise de décision pour le recours aux soins postnataux. La décision revenait à la mère dans de rares cas, mais le dernier mot était du ressort du mari. Cela pourrait constituer une entrave au recours aux soins postnataux, si c'est le mari seul qui doit en supporter les dépenses. Ceci s'explique par le faible niveau d'instruction des mères et des chefs de ménage, le peu de place fait aux femmes dans la prise de décision de la CPoN au Burkina-Faso.

5.3.2.5. Informations sur la CPoN

Au Mali, en 2019, **Seydou Z.** et al. **[28]** avaient trouvé que le défaut de sensibilisation sur le nombre de CPoN à réaliser ainsi que la méconnaissance de l'importance des CPoN étaient constaté chez une proportion de 56,6% de femmes. D'après notre étude, près de 50,3% des accouchées n'avaient pas reçu des informations sur la CPoN et n'avaient aucune idée concernant le suivi postnatal.

5.3.2.6. Accueil pour CPoN

La qualité de l'accueil était satisfaisante pour la majorité des accouchées dans 79,8 % des cas, ce qui est conforme aux résultats de **Bassong O.** et al**. [26 ; 35 ;36]** qui ont trouvé que l'accueil du personnel était satisfaisant dans 93% des cas. Cependant, l'étude de **Elkhoudrli N. et al. [21]** a révélé des insuffisances en matière d'accueil dans une proportion de 42%. En effet, les comportements du personnel en matière de santé sont un déterminant important dans l'utilisation des services de santé. Il comprend l'écoute, l'empathie, le temps accordé au patient, la prise en charge de la femme dans son ensemble physique, psychologique et socioculturel.

5.3.2.7. Offre des services postnataux

La durée moyenne de séjour des accouchées au cours de leur hospitalisation est de 3,22 jours ± 3,8 jours avec les extrêmes de 0 et 45 jours. La majorité, 71% (n=284) environ ont effectué entre 0 et 3 jours d'hospitalisation. Les accouchées ont reçu une visite d'un personnel de santé dans 95,8% (n=383) et ceci, plusieurs fois pour la vérification de leur état de santé. Ceci s'explique par l'importance du suivi postnatal qui est perçu par le personnel de santé ainsi que les dangers que peuvent courir la mère et l'enfant dans le post-partum, raison de la rigueur du suivi des accouchées en suites de couches.

5.3.2.8. Consultation à la sortie de la maternité

Après la sortie de la maternité, près de la moitié, soit 57,3% (n=229) des accouchées de notre étude, avaient effectué la consultation postnatale. Elles estimaient que le délai d'attente était de plus de 30 mn pour faire une CPoN dans 64,2% des cas. Ces accouchées (n=229) avaient été informées des complications du postpartum.

5.3.2.9. Causes probables du non suivi postnatal

Selon les accouchées de notre étude, les causes du non suivi postnatal étaient pour la plupart dues à un manque d'information (37%), puis au manque de moyens financiers (18%) ainsi qu'à l'état apparent de bonne santé (15%) et une longue distance (12,7%). **Oluwaseyi D. et Latifat I. [23 ;39]** au Nigéria ont trouvé que la distance et la situation financière sont significativement associées à la non-utilisation des services de soins postnatals.

5.3.2.10. Mode de déplacement vers le CHU-MEL pour les CPoN

Pour se rendre en consultation au CHU-MEL, les accouchées se déplaçaient dans une proportion de 32% à pieds ou à l'aide d'un transport personnel. **Bassong O. [23]** au Cameroun, perçoit la situation pareille dans une proportion de 53,85 %.

5.3.2.11. Tarif d'une consultation postnatale au CHU-MEL

Les accouchées de notre étude estimaient dans 32,3% (n=129) des cas que les CPoN leur revenaient en moyenne à 1000 FCFA. Cependant, la CPoN 1 n'est pas payante au CHUMEL mais est incluse dans les frais d'accouchement. Ce défaut d'information des femmes constitue ainsi un frein à la réalisation des consultations postnatales. Ces résultats sont contraires à ceux de **Aminata K. [25]** au Mali qui a trouvé que le coût moyen de la CPoN était de 500 FCFA et était à la portée des accouchées.

5.3.3. Facteurs extrahospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux

5.3.3.1. Niveau d'instruction et profession du conjoint [21 ; 32 ; 33]

Dans notre série, près de 76,3% (n=305) des maris des accouchées avaient un niveau d'instruction secondaire et supérieur et étaient en majorité des commerçants et des salariés. **Elkhoudril N**. et al. **[21]**, au Maroc, avaient trouvé que tous les conjoints étaient salariés, 74,1% étaient des ouvriers, artisans, employés, chauffeurs, commerçants, et 25,9% étaient, soit des fonctionnaires de l'État, soit exerçaient une profession libérale.

5.3.4. Les facteurs hospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux

5.3.4.1. Nombre de CPN réalisées

Dans notre série, 77,8% d'accouchées avaient effectué plus de 4 CPN. Ces résultats sont proches de **Kassambara D.** et al**.[20]** au Mali, qui ont trouvé que 53,5% des mères avaient réalisé 4 CPN et plus.

5.3.4.2. Poste et ancienneté des agents de santé

Dans notre étude, 4 agents de santé (12,5%) étaient au poste de la CPoN dans le processus de prise en charge des femmes ayant accouché. La plupart des agents de santé, soit 87,5%, étaient à leur poste depuis moins de 3 ans.

5.3.5. Utilisation des services postnataux

La plupart des agents de santé de notre étude, soit les trois quarts (¾), estimaient ne pas avoir des supports d'IEC pour les animations éducatives en CPoN. Selon ces agents de santé, la CPoN 1 était fréquentée par plus de la moitié des accouchées. Un peu plus de la moitié des accouchées ne revenaient plus en CPoN2 et en CPoN3

5.3.6. Disponibilité, fonctionnement et usage du matériel en CPoN

Le matériel était disponible à 100% en CPoN. Il fonctionnait à 100% en CPoN1 et en CPoN2 mais à 96,8% en CPoN3 et était utilisé effectivement à 100% en CPoN1, à 93,7% en CPoN2 et en CPoN3 à 87,5%. Ces résultats rejoignent ceux de **Aminata K. [25]** avec le matériel nécessaire pour la CPoN qui était disponible dans 89% des cas.

5.3.7. Causes de la faible fréquentation CPoN et solutions suggérées par les agents de santé

Les agents de santé de notre étude pensaient que la faible fréquentation des femmes aux CPoN était due au manque de moyens financiers (40,6%), la distance entre le centre et la résidence des femmes (25%), au manque d'information (21,9%) et à la négligence des femmes (21,9%). Les actions à mener pour remédier au problème de faible fréquentation des CPoN sont la sensibilisation/counseling et les causeries (96,8%). **Aminata K. [25]** avait trouvé que la faible scolarisation des mères et des chefs de ménage, le peu de place fait aux femmes dans la prise de décision de la CPoN expliquaient la faible fréquentation des accouchées aux CPoN. La majorité des sage-femmes (90,3%) avait proposé comme solutions pour l'amélioration de la fréquentation des établissements de santé, l'IEC.

5.3.8. Etude observationnelle

- **Observation de l'organisation des services et d'IEC sur la CPoN dans la maternité du CHU-MEL**

De l'observation faite au niveau du service de la CPoN, on remarque une salle un peu étroite, propre, éclairée et en son sein 5 agents de santé dont deux sage-femmes, deux étudiantes sage-femmes et une aide-soignante. On note la présence d'un tableau d'affichage sur l'organisation de la CPoN composé de l'organisation du travail, des horaires de CPoN. On peut y voir également un tableau récapitulatif des méthodes contraceptives. Par contre, on ne note pas d'affiche sur la nécessité de faire la CPoN, ni de télévision/radio pour la sensibilisation en CPoN. Un point d'eau fonctionnel se situe à l'intérieur de ladite salle, ainsi que des matériaux disponibles pour effectuer la consultation notamment des gants, une lampe d'examen gynécologique, etc. Ces résultats semblent être similaires à ceux de **Coulibaly M.** et al. [24] qui ont noté l'existence d'une salle de CPoN propre, éclairée et bien aérée. Les supports primaires, les matériels, les consommables et le personnel soignant étaient disponibles à 100% pendant les périodes d'étude.

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

Les prestataires de soins observées ont accueilli avec politesse la patiente et lui ont apporté une aide afin de s'installer. Durant la consultation, tous les prestataires ont porté une écoute attentive aux accouchées lors de leurs échanges, tout en leur expliquant le déroulement de la consultation.

En ce qui concerne la communication interpersonnelle, elle est satisfaisante. En effet, pendant l'examen, les constantes vitales des patientes ont été prises par les prestataires de soins ; l'examen physique des accouchées venues en CPoN a été expliqué par les agents de santé. Les mères ont été félicitées et encouragées. Elles

ont été informées de leur état de santé par les agents de santé. Tous les agents de santé avaient donné aux accouchées des conseils alimentaires, nutritionnels par rapport à la mère et au nouveau-né et les ont incitées à respecter le calendrier vaccinal des nouveau-nés. Ce constat a été aussi fait par **Coulibaly M. et al. [24]** où à la première évaluation, 71,4% du personnel avaient expliqué le déroulement de la CPoN contre 85,7% des cas à l'évaluation finale. Les paramètres étaient pris chez toutes les femmes et les étapes de l'examen ont été respectées dans 85,7% des cas à la première évaluation contre 100% des cas à la seconde évaluation. Par contre, le résultat de l'examen physique n'était pas annoncé aux femmes dans 71,4% des cas à l'évaluation initiale alors que pendant la seconde évaluation, 85,7% du personnel a donné le résultat de l'examen à la femme.

5.4. ETUDE ANALYTIQUE

5.4.1. Caractéristiques sociodémographiques des accouchées et faible utilisation des services postnataux

L'âge des accouchées enquêtées n'avait pas de lien significatif avec la faible utilisation de la CPoN ($p>0,05$). Ce résultat peut s'expliquer par la faible proportion des accouchées de moins de 25 ans (24.1%) et de plus de 35 ans (14,5%) dans notre étude.

En revanche, l'occupation des accouchées est un facteur protecteur. En d'autres termes, la consultation postnatale assure une certaine protection aux accouchées salariées. Ceci s'explique par le fait que les femmes instruites et salariées connaissent l'importance de la consultation postnatale et fréquentent ces services afin d'assurer leur bien-être.

Concernant le niveau d'instruction, des accouchées alphabétisées et celles ayant un niveau d'instruction primaire représentaient près de 23,8% des cas et avaient

très peu pris part aux CPoN comparativement aux femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et supérieur représentant 64,8%. Ces résultats sont semblables à ceux de **Zemenu T.** et al**. [29 ;42 ;45]** qui avaient trouvé que l'éducation de la mère était statistiquement associée à l'utilisation des soins postnataux en Afrique subsaharienne.

Les pratiques traditionnelles avant la CPoN et la décision d'aller à la CPoN n'avaient pas un lien significatif avec la faible utilisation de la CPoN dans notre étude ($p>0,05$) ; ce qui diffère des résultats obtenus par **Bassong O. [23].** Concernant les représentations sociales du suivi postnatal, nous avons remarqué que les pratiques traditionnelles après l'accouchement sont très importantes dans notre société. Ce qui va dans le même sens que l'étude menée par **Olivier et al. [30].** Bien que ces pratiques soient différentes les unes des autres, elles ont un grand impact sur la présence des femmes en consultation postnatale.

5.4.2. Durée d'hospitalisation et faible utilisation des services postnataux

La durée d'hospitalisation de moins ou de plus de 3 jours constitue un facteur protecteur pour les accouchées. Ceci s'explique par le fait que le 1er suivi postnatal est effectué dès la 6ème heure après l'accouchement ; la seconde, 6 jours après l'accouchement et la dernière, 6 semaines après l'accouchement.

5.4.3. Sensibilisation faite par l'accoucheuse sur la CPoN et faible utilisation des services postnataux

Par ailleurs, les accouchées qui n'ont pas été sensibilisées sur la CPoN n'ont pas bénéficié de ces services postnataux (p<0,001 ;52,3%) contrairement aux accouchées sensibilisées. C'est dans ce même sens que **Dutamo Z**. et al. [**31 ;43 ;44**] en Ethiopie en 2015 ont trouvé que la sensibilisation sur les avantages de la consultation postnatale favorisait sa fréquentation par les accouchées.

5.4.4. Nombre de CPN et faible utilisation des services postnataux

Les accouchées ayant effectué entre 4 et 8 CPN ont faiblement eu recours aux soins postnatals (p<0,001 et OR=5,542). En effet, les accouchées qui ont bien suivi leur grossesse connaissent l'importance de la CPoN et donc reviennent afin de s'assurer leur bien-être.

5.4.5. Régression logistique

De l'analyse multivariée, nous déduisons que la sensibilisation faite par l'accoucheuse est significativement associée à la faible utilisation des services postnataux (p<0,001 et OR=0,332). De même, le nombre de CPN réalisé est significativement associés à la faible utilisation des services postnataux (p<0,001 et OR=5,542)

6. CONCLUSION

Les services postnataux sont peu utilisés par les femmes après accouchement au CHU-MEL. Il ressort de l'étude suivante que :

- La fréquence au CHU-MEL des CPoN était de 41,32%
- Les caractéristiques des utilisatrices des services postnataux au CHU-MEL étaient l'âge pour une moyenne de 29 ans ± 6,1ans avec les extrêmes de 15 et 47 ans, les accouchées de moins de 25 ans représentant 24,1% des cas. Les accouchées aux revenus mensuels précaires étaient de 70,1% (n=280) versus 30% (n=120) avec des revenus mensuels fixes. Les accouchées alphabétisées et celles ayant un niveau d'instruction primaire représentaient près de 23,8% (n=95) des cas. La grande majorité, soit 87,2% des cas avaient pour croyance religieuse le christianisme. La parité moyenne était de 2,5±1,6, les paucipares étaient les plus nombreuses avec une proportion de 44 % (n=176).
- Les facteurs extrahospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux étaient l'accessibilité géographique qui n'était pas bonne pour 68% des patientes, l'alphabétisation et le niveau d'instruction primaire des conjoints des accouchées dans une proportion de dix-sept virgule cinq pour cent soit (n=70), la croyance religieuse du christianisme pour la majorité des conjoints 84,6% (n=338).
- Les facteurs hospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux étaient la faible connaissance des objectifs des CPoN2 et 3 respectivement dans des proportions de 19,8% et 9,8% contre 56,6% qui avaient une bonne connaissance des objectifs de la CPoN1 ; le manque de séances d'IEC en CPoN par les agents de santé de notre étude, dans 21,9% (n=7), le manque de supports d'IEC pour les animations éducatives en CPoN par les trois quarts (¾) des agents. La bonne connaissance sur le nombre de CPoN était notée chez 18,8% (n=75)

contre 81,2% (n=325) de mauvaise connaissance. Le défaut de CPN et l'absence d'information sur la CPoN étaient associés à la non utilisation des services postnatals (p<0,001)

- Eu égard à tout ce qui précède, nous formulons les suggestions suivantes à l'endroit

7. SUGGESTIONS

- **Aux autorités administratives du CHU-MEL**
  - Mettre en place des protocoles d'intégration des services postnataux (vaccination, consultation postnatale, la rééducation périnéale, les conseils nutritionnels, la planification familiale) avec des services éducatifs ;
  - Fournir des outils adaptés de sensibilisation tels que les affiches, boites à images, radios, haut-parleurs auprès des services postnataux ;
  - Faire le suivi régulier du fonctionnement de ces services ;

- **Du personnel soignant de la maternité du CHU-MEL**
  - Encourager à faire la promotion des séances de causeries éducatives qui intègrent les thématiques de la consultation postnatale, ses bienfaits et son impact sur la réduction des décès maternels ;
  - Organiser des systèmes de références et contre-références pour les patientes qui n'arrivent pas à revenir faire leur consultation postnatale ;
  - Faire des causeries en salle d'accouchement sur les bénéfices de la consultation postnatale ;

- **Des accouchées**
  - Insister sur leur autonomie et indépendance financière afin d'aller en consultation au besoin sans attendre nécessairement leur conjoint ;

8. RÉFÉRENCES

1.Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. Bénin : Enquête Démographique et de Santé 2017-2018 Rapport de synthèse. [En ligne]. 2019. Disponible sur www.insae-bj.org/

2.Organisation Mondiale de la Santé, USAID, MCHIP, Maternal and child survival program 2014 : Soins postnatals de la mère et du nouveau-né : Grandes lignes des Recommandations 2013 de l'organisation mondiale de la santé. En ligne : WHO-PNC-2014-Briefer A4-Fr.pdf. Consulté le 20 janvier 2021 à 20h30

3.Ronsmans C, **Graham WJ.** 2006 : Mortalité maternelle : qui, quand, où et pourquoi. Lancet, 298,1189-1200.

4. Seydou Z, **Charles S, Kassoum S, Bakary A, Sakoba K, Etienne T, et al.** Evaluation de la qualité de la consultation postnatale au centre de santé de référence de la commune de Bamako, Mali. 2021 ; 02(25)p

5.Wikipédia. Objectif de développement durable n°3 des Nations Unies permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Objectif_de_développement_durable_no_ 3_des_Nations_unies&oldid=207797048

6. Evaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (Sonu) au bénin en 2016 [En ligne]. 2016[Décembre 2016]. Disponible sur : https://benin.unfpa.org/fr/

7. El Hanafi A. Etude rétrospective de la mortalité périnatale au niveau de la maternité de l'hôpital « Essalama » d'El Kélâa des Sraghna : Causes et circonstances. Mémoire Administration Sanitaire et Santé Publique (INAS) 2002-2004 Maroc., juillet 2006

8. Sorgho E. Déterminants du non-recours aux services de soins postnatals : cas du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de Zitenga du District Sanitaire de Ziniaré.20 octobre 2017

9. Facteur de risque [février 2023**]** https://www.sante.fr/facteur-de-risque

10.Wikipédia. Post-partum — Wikipédia (wikipedia.org)

11. Marie Stopes. charity changes name in break with campaigner's view on eugenics », *The Guardian*, 17 novembre 2020 (ISSN 0261-3077, lire en ligne [archive], consulté le 23 juillet 2023

12. Organisation mondiale de la santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins maternels et néonataux pour une expérience positive de la période postnatale,2022

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

14. **Laleye C.** Facteurs déterminants le retard a la première consultation prénatale à la maternité publique de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi ;2022 [Thèse de Doctorat en médecine n° 2480]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; 2022

15.Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique : suites de couches physiologiques. 6ème édition. Paris : Masson ;159 -162p.

16. Organisation Mondiale de la Santé. Soins postnatals de la mère et de l'enfant. Grandes lignes des recommandations 2013 de l'Organisation mondiale de la Santé. Avril 2015

17. Draft guide du snigs. [En ligne]. Décembre 2019 [2020]. Disponible sur:www.sante.gov.bj

18. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique. Enquête Démographique et de Santé. [En ligne]. 2018 [cité le 18 janv. 2021]. Disponible sur : https://www.insae-bj.org/

19. Almamy K, **Christine E, Anna M, Amon E, Kassimu T, et James F.** Facteurs associés au respect de la fréquence recommandée des services de soins postnatals dans trois districts ruraux de Tanzanie ; 2015

20. Kassambara D, Dembele H, Bouchra A, Sidibe K, Belem B, Kone M et al. Facteurs associés à l'utilisation des soins postnatals en commune v du district de Bamako Mali.Cah. Santé Publique, Vol. 18, n°1- 2019

21. Elkhoudri N, Baali A, Amour H. Soins postnatals : niveaux et déterminants au Maroc. Iran J Santé publique, Vol. 46, n°2, février 2017, pp.242-248

22. Ogoudjobi M, Lokossou M, Vodouhe M,Tognifode V, Dossou E, Legonou S et al. Déterminants de l'utilisation du service de la consultation postnatale dans un hôpital de district du nord Bénin. Anales de l'université de Parakou, Série « sciences de la santé ». vol 6, N°2,(2016)

23.Oluwaseyi D, Latifat I. Déterminants de la non-utilisation des soins postnatals chez les femmes au Nigeria. (2016)9:21doi 10.1186/s13104-015-1823-3

24. Coulibaly M, Traoré S, Coulibaly K , Konaté A, Bengaly I , Maïga M et al. Contribution à l'amélioration de la qualité de la consultation post natale : une étude d'intervention au Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Konobougou, Mali. Mali Sante Publique, Juin 2021 Tome xi n° 01.doi : 10.53318/msp.v11i1.1888

25. Haidara A. Utilisation inadéquate de la consultation Post-natale en commune VI du District Bamako en 2020. [Master en Santé Publique Option Epidémiologie] 2021

26. Bassong O, Djeumo D, Tchinda F, Fossi A. Connaissances et Représentations Sociales du Suivi Postnatal dans le District de Santé de Bafang (Cameroun). Health Sci. Dis: Vol 21 (5) Mai 2020 p 41-46 Disponible sur www.hsd-fmsb.org

27. Sorgho E. Déterminants du non-recours aux services de soins postnatals : cas du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de Zitenga du District Sanitaire de Ziniaré. [Mémoire Master II Option : Science Maïeutiques et Santé de la Reproduction],20 octobre 2017

28. Seydou Z, Charles S, Kassoum S, Bakary A, Sakoba K, Etienne T. Evaluation de la qualité de la consultation postnatale au centre de santé de référence de la commune ii de Bamako, Mali. Vol. 02 No 25 (Juin 2021) - Revue Malienne de Science et de Technologie – ISSN 1987-1031

29. Zemenu T, Lac Y, Getayeneh A et Achamyeleh B. Déterminants de l'utilisation des soins postnatals en Afrique subsaharienne : une méta-analyse à plusieurs niveaux des données de 36 pays sous-sahariens. Journal italien de pédiatrie (2020) 46:175 https://doi.org/10.1186/s13052-020-00944-y

30. Olivier J, Sardan A, Moumouni A, Soule A. Recherche socio anthropologique sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Orstom.1997

31. Dutamo Z, Assefa N, Egata G. Utilisation des soins de santé maternelle chez les femmes mariées à Hossaina, Éthiopie. BMC Health Serv Rés. 2015;15:365 doi : 10.4314/ejhs.v29i1.16

32. Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. Pourquoi certaines femmes ne participent-elles pas aux soins prénatals et postnatals services de soins ? Une étude qualitative de la communauté points de vue des membres à Garut,

Sukabumi et Ciamis, districts de l'ouest de Java Province, Indonésie. (2010) Accouchement de grossesse BMC, 10h61.

33. Assarag, B, Nassiri K, Kharbach A (2014). Déterminants du recours à la consultation postnatale dans le et visites de soins postnatals chez les personnes autochtones prefecture of Skhirat-Témara, Morocco. Rev Epidemiol Sante Publique, 62:S175-S176.

34. OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. Tendances de la Mortalité maternelle: 1990 à 2010. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de L'UNFPA et de la Banque mondiale. 2012

35. Beninguisse G, Bakass F. Santé de la reproduction et statut des femmes dans le ménage : l'exemple du Cameroun et du Maroc, in Genre et société en Afrique, implication pour le développement. Paris, les cahiers de l'INED. 2007 ;395- 415

36. Jacquemart I, Mélanie G. Moins d'1 femme sur 2 se rend à la consultation postnatale. Santé TV. USA. 2014.

37. Murray CJL, Laakso T, Shibuya K, Hill K et Lopez AD. Pouvons-nous atteindre l'objectif 4 du millénaire pour le développement ? Nouvelle analyse des tendances nationales et des prévisions de mortalité des moins de 5 ans jusqu'en 2015. Lancet (Londres, Angleterre). 2007 ; 370 : 1040-5

38. Nathan R, Mwanyangala MA. Survie des nouveau-nés dans les zones rurales du sud de la Tanzanie le lieu d'accouchement ou le continuum de soins sont-ils importants ? Accouchement de grossesse BMC. 2012; 12:18.

39.Singh PK et coll. Facteurs associés à l'utilisation des services de santé maternelle dans neuf États hautement ciblés en Inde : une analyse à plusieurs niveaux basée sur 14 385 communautés dans 292 districts. Plan de politique de santé. 2014; 29(5):542-59

40. Ugboaja JO, et al. Obstacles aux soins postnatals et à l'allaitement maternel exclusif chez les femmes urbaines du sud-est du Nigeria. Nigérian Med J. 2013; s54(1):45.

41. PNJ. Enquête démographique et de santé au Nigéria. Abuja, Nigéria : Commission nationale de la population et ICF Macro Nigeria : Commission nationale de la population (NPC) et ICF Macro 2013.

42. Abota TL, Tadele Atenafu N. Utilisation des soins postnatals et facteurs associés chez les femmes mariées de la zone Benchi-Maji, sud-ouest de l'Éthiopie : une étude transversale communautaire. Ethiop J Santé Sci. 2018; 28(3):267-76

43. Chungu C, Makasa M, Chola M et Jacobs CN. Lieu d'accouchement associé à l'utilisation des soins postnatals chez les femmes enceintes en Zambie. Front de santé publique. 2018; 6:94

44. Chhetri S, Shah R, Rajbanshi L. Facteurs associés à l'utilisation de Service complet de soins postnatals dans la municipalité de Baglung, au Népal. Int J Repro Med. 2020. p. 2020.

45. Berhe A, Bayray A, Berhe Y, Teklu A, Desta A, Araya T et al. Déterminants de l'utilisation des soins postnatals dans le Tigré, dans le nord de l'Éthiopie : une étude transversale communautaire. PLoS Un. 2019; 14(8):e0221161.

46. Koné C. Évaluation de la qualité de la consultation postnatale au centre de santé de référence de la commune II de Bamako. FMOS, thes med, 2020.

47. Doret M. Modalités de la consultation postnatale et spécificités en cas de pathologie de la grossesse : recommandations pour la pratique clinique. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2015 ; 44 : 1118-1126.

48. La revue du praticien. Complication du post partum. Revue du praticien Médecine Générale 2018 ; 32 (1002) : 419-25.

49. Diallo, B. **Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako.** Consulté le 7 août 2016, à l'adresse http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/SECTEURS/SANTE/pdf/Rapport% 20pays_%20Mali_AFD-Sahel.S

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

51. Warren C, Daly P, Toure L et al. Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Soins postnatals, Chapitre 4, section III. p79-90. Disponible en ligne sur : https://www.who.int/pmnch/media/ publications/opportunitiesfr.pdf [consulté le 9 Mai 2017 à 18h00]

52. Kouanda S, Boina T, Nikièma L, Doulougou B, Meda B, Sondo B. Facteurs liés à la sous-utilisation de la consultation post natale dans un district rural au Burkina Faso. Rev Sci Tech Sér Sci Santé CNRST. 31 déc 2007;Vol. 30:97- 103.

9. ANNEXES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE LA MERE ET DE L'ENFANT-LAGUNE
(CHU – MEL)
****
DIRECTION GENERALE

01 BP 307 - COTONOU
Tél. : +229 21-14-91-38 / 97 04 86 73

N° 361 2023/DG/DAF/SRH/DGFE/SA

Cotonou, le 14 AOU 2023

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), soussigné, autorise la nommée **IBIKOUNLE Adéléyé Anaelle Auriane,** Etudiante en 7ème année de Médecine, à collecter des données dans ledit Centre dans le cadre de sa thèse de Doctorat portant sur le thème « **FACTEURS ASSOCIES A LA FAIBLE UTILISATION DES SERVICES POSTNATALS AU CHU-MEL COTONOU EN MAI 2023**».

En foi de quoi, la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Le Directeur Général

Le Directeur Général

Sourou Raymond KINTOMONHO

AMPLIATIONS
Commission Médicale d'Etablissement 1
Services concernés 1
Intéressée 1
Chrono/Archives 1

Certificat d'analyse

Date d'émission: 28/11/2023
Compte évaluateur: IBIKOUNLE Anaëlle

AUTEUR DU DOCUMENT : IBIKOUNLE Adélèyè Anaelle Auriane
TITRE DU DOCUMENT : Facteurs associés à la faible utilisation des services postnataux au CHU-MEL 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	22284	90	7.8%

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 :

23aca4a0bac92fa65aa1e557280ca7971464

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

FICHE D'EXPLICATION ET DE CONSENTEMENT DE L'ENQUETE

Bonjour,

Je suis IBIKOUNLE Anaëlle, étudiante en 7ème année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. J'effectue une collecte de données dans le cadre de la préparation de ma thèse de Doctorat en Médecine diplôme d'Etat au service de service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou. Elle vise à étudier les facteurs associés à la faible utilisation des services post natals du CHU-MEL Cotonou au Bénin en 2023.

Je souhaiterais m'entretenir avec vous à ce sujet. Vos réponses seront tenues strictement confidentielles. Votre participation est volontaire mais votre consentement est nécessaire avant de commencer l'entrevue. Si vous y consentez, nous vous prions de répondre honnêtement aux questions. Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter. Les résultats de cette étude serviront de support pour l'amélioration des services post natals tels que la 2ème et 3ème CPN et la prévalence contraceptive du postpartum. L'entrevue ne durera que 10 minutes. Merci !

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

Signature de l'enquêtée

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

Consentement éclairé obtenu : 1=Oui 2=Non

Inclusion : 1= Oui 2=Non

FICHES D'ENQUETES

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

Date : N° Fiche : ….

N°	QUESTIONS	REPONSES
1	Age (en année)	/___/
2	Occupation	/__/Femme au foyer/__/Salarié public /___/ Salarié privé /__/Commerçante/__/ Artisans /___/ Ouvrière /_/Elève/Etudiante /_/Autres (à préciser) ……
3	Niveau d'instruction	/_/Alphabétisée /__/Primaire/_/Secondaire /__/Supérieur /_/Non instruite
4	Distance entre la résidence et la maternité du CHUMEL	/_/Moins de 5 km /_/ 5 et 9Km /----/ Plus de 10Km
5	Religion	/__/Catholique / ____/Protestante/__/Musulmane /_/Animiste /___/ Evangéliste /__/Eckiste /__/ Athée/_/Autres
6	Situation matrimoniale	/_/Célibataire/__/Mariée/En couple /__/ Veuve /___/ Divorcée

7	Régime matrimoniale	/_/Monogame /__/Polygame
9	Niveau d'instruction du conjoint	/____/Alphabétisé /_____/Primaire/_____/Secondaire/ /Supérieur/__/Aucun
10	Religion du conjoint	/__/Catholique/__/Protestant/__/Musulman /__/Animiste /___/ Athée /__/ Evangéliste /__/ Autres
Antécédents obstétricaux et informations sur la grossesse en cours		
1	Gestité (Nombre de fois que vous êtes tombée enceinte)	/ /
2	Parité (Nombre d'accoucheme nt)	/ /
3	Nombre d'enfants vivants (idem)	/ /
4	Age de la grossesse à l'accoucheme nt	/__/
5	Grossesse désirée	/__/oui /__/non

	(cocher la bonne réponse)	
7	Age de la grossesse à la 1ère CPN	/_/
8	Nombre de CPN	/_/
9	Lieu de réalisation des CPN	/_/ CHUMEL /_/Dans un CS /_/Pas de CPN
10	Informations recues sur la CPoN au cours du suivi prénatal	……..
Données sur les connaissances des accouchées sur la CPoN		
1	Selon vous combien de CPoN doit faire une femme après accouchement ?	1/_/ 2/_/ 3/_/ 4/_/
2	Pouvez-vous nous dire en quoi consiste	CPoN1……. CPoN2…….. CPoN3……

	les CPON 1 2 3 et les services qui y sont offerts ?	
3	Qui décide pour vous d'aller en CPoN dans votre famille ?	Vous-même /_/ Mari/_/ /_/Autres
REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES		
1	Avez-vous des rituels /cérémonies traditionnelles avant que la mère et ou l'enfant ne soit consulté par un agent de santé	/__ / OUI /__/NON
2	Ces pratiques vous empêchent-elles d'aller en CPoN ?	/__/OUI /__ /NON
		Si oui citer les

3	Avez-vous été :	Bien accueilli /__/OUI /__ /NON Ecouté /__/OUI /__ /NON
4	Sinon Pourquoi	
Déroulement de la surveillance postpartum immédiate dans un établissement de santé		
1	Nombre de jour d'hospitalisation	/__/ (JOURS)
2	Visite d'un personnel de santé en suite de couche ? 2.1Si oui, combien de fois/__/	Oui /__/ non /__/
3	A-t-il vérifié :	Vos plaintes du jour Oui /__/ non /__/ la température Oui /__/ non /__/ la TA Oui /__/ non /__/ le pouls Oui /__/ non /__/ les muqueuses Oui /__/ non /__/ seins Oui /__/ non /__/ abdomen Oui /__/ non /__/ globe utérin Oui /__/ non /__/

		quantité de lochies Oui /_/ non /_/ Périnée Oui /_/ non /_/ Mollets Oui /_/ non /_/
4	L'accoucheuse vous a-t-elle parlé de la CPoN 5.1 Si oui vous a-t-elle donné le calendrier de la CPoN OUI/_____/ NON/_/	oui/__/ non /__/ .
6	Avez-vous effectué une consultation à la sortie de la maternité 6.1 Si oui ,combien de fois : /_/ 6.2 quel moment	oui/__/ non /__/

7	Quel est le temps d'attente que vous avez fait pour faire une CPON ?	moins de 30mn /__/plus de 30mn /__/
8	Comment avez-vous trouvé ce temps d'attente?	/__/Long /__/ Pas long
9	Avez-vous reçu des informations sur les anomalies du postpartum au cours de cette CPoN ?	hyperthermie /_/oui /_/non écoulements mammaire Oui /_/ non /_/
10	Comment avez-vous trouvé cette CPoN ?	/__/Satisfaisant /__/Pas satisfaisant
11	Selon-vous, pourquoi les femmes ne viennent pas	…… ……

	aux consultations postnatales ?	
11	Que proposez-vous pour améliorer la fréquentation des femmes aux services postnatals ?	…… ……
Données économiques		
1	Quel est le moyen de transport que vous utilisez pour vous rendre dans le centre de santé ?	A pied /__/ Transport personnel /__/ Transport public /__
2	A quel tarif s'élève une consultation postnatale ?	/__/

ANNEXE 2 : Questionnaire adressé aux professionnels de santé

N°	QUESTIONS	REPONSES
DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES DU PRESTATAIRE		
1	Poste	Salle d'accouchement/_/ Suite de couche/_/Soins intensifs /_/ Hospitalisation/_/ CPoN /_/
2	Ancienneté au poste	/__/Moins de 3ans /__/plus de 3ans
PRATIQUE DES CPON		
1	Faites-vous des séances d'IEC en CPON ?	Oui /__/Non/__/
2	Avez-vous des supports d'IEC pour les animations éducatives en CPON ? Si oui, utilisez-vous ces supports d'IEC pour les animations éducatives en CPON ? /__/Oui /__/Non	/__/Oui /__/Non
3	% de fréquentation des CPON CPON1 CPON2 CPON3	…….. …….. …….

4	Comment pouvez-vous expliquer la faible fréquentation des femmes aux CPON ?	…… ……
5	Quelles actions avez-vous menées face à cela ?	…… ……
6	Avez-vous un système de contre-référence pour les femmes qui n'arrivent pas à faire la CPoN3 à cause de la distance de leur domicile par rapport au centre de santé ?	/__/Oui /__/Non
7	Comment parvenez-vous à surveiller le respect du suivi postnatal des femmes ?	Protocole pré-établi /__/Oui /__/Non
8	Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer la fréquentation des CPON ?	Améliorer le cunseling /__/Oui /__/Non Offrir un meilleur accueil /__/Oui /__/Non
DISPONIBILITE ET ACCESSIBILITE DU MATERIEL		
1	Matériel pour la CPON1(gants, lampe torche,….)	Disponibilité oui /_/ non /_/ Fonctionnement oui /_/ non /_/ Utilisation effectif oui /_/ non /_/

2	Matériel pour la CPON2(gants, lampe torche, lubrifiant, méthodes Contraceptives…)	Disponibilité oui /_/ non /_/ Fonctionnement oui /_/ non /_/ Utilisation effectif oui /_/ non /_/
3	Matériel pour la CPON3(spéculum, lampe torche, méthodes contraceptives…)	Disponibilité oui /_/ non /_/ Fonctionnement oui /_/ non /_/ Utilisation effectif oui /_/ non /_/
4	Combien de supervision du niveau supérieur avez-vous bénéficiez les 6 derniers mois ?	…….

ANNEXE 3 : Grille d'observation de la pratique de la CPoN

N°	ITEMS	Oui	Non	Observations
	Accueil des accouchées lors de la consultation			
01	Le prestataire fait les salutations d'usage			
02	Le prestataire aide la patiente à s'installer			
03	Le prestataire rassure l'accouchée sur la confidentialité des informations qu'elle va donner au cours de l'entretien			
04	La salle de consultation assure la discrétion auditive et visuelle			
05	Le prestataire écoute attentivement l'accouchée			
06	Le prestataire traite avec respect l'accouchée			
Communication interpersonnelle				
07	Le prestataire a pris les constantes lors de l'examen de l'accouchée			

08	Le prestataire donne les avantages des CPoN au cours de la consultation			
09	Le prestataire donne des informations sur les anomalies du postpartum à l'accouchée			
10	Le prestataire explique l'examen général à l'accouchée			
11	Le prestataire donne des informations sur le postpartum à l'accouchée			
12	Le prestataire félicite et encourage les accouchées enquêtées vues			
13	Le prestataire négocie le prochain rendez-vous avec l'accouchée			

ANNEXE 4 : Les éléments de vérification de l'organisation du service de CPoN.

N° Fiche : .....

Date : .....

Cocher devant chaque critère selon votre observation

N°	ITEMS	Appreciations		
		Oui	Non	Nbrs de
1	Les affiches sur la nécessité de faire la CPoN			
2	Le Calendrier de suivi de la CPoN est-il affiché à la maternité ?			
3	Le nombre de CPoN à faire au cours du post partum est-il affiché à la maternité ?			
4	Les signes de danger pendant le postpartum sont-ils affichés à la maternité ?			
5	Les noms des maladies à prévenir pendant le postpartum sont-ils affichésà la maternité ?			
6	Des activités de sensibilisation sur la CPoN y sont-elles Prévues ?			
7	Il y a-t-il une télévision ou une radio pour sensibiliser dans la maternité ?			
8	La description des postes et répartition des tâches sont-elles affichées ?			
9	Le calendrier de travail est-il affiché ?			
10	Le planning des congés est-il affiché ?			
11	Les horaires de CPoN sont-elles affichées dans l'hôpital ?			
12	L'environnement physique : est-ce que l'espace est aéré, propre ? Est-ce qu'il y a des poubelles, bancs et chaises en nombre suffisant ?			

13	Est-ce qu'il y a la présence de points d'eau fonctionnel pour le lavage des mains ?			
14	Est-ce qu'il y a des toilettes fonctionnelles et propres ?			
15	Est-ce que le matériel technique (tensiomètre, stéthoscope médical, mètre ruban, lampe d'éclairage, pèse personne, toise adulte, gants, doigtiers à usage unique, table d'examen gynécologique, calendrier, ordinogramme, bandelette réactives pour albuminurie et sucre, spéculum) est disponible ?			

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

10. TABLE DES MATIERES

ACTION DE GRACE i
DEDICACES 3
REMERCIEMENTS 6
HOMMAGES 10
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS 13
LISTE DES TABLEAUX 15
LISTE DES FIGURES 18
SOMMAIRE 21
INTRODUCTION 1
1. PROBLEMATIQUE 3
1.1. PROBLEMATIQUE 4
1.2. QUESTION DE RECHERCHE 5
1.3. CADRE CONCeptuel 6
1.4. HYPOTHESES 7
1.5. OBJECTIFS DE RECHERCHE 7
1.5.1. Objectif général 7
1.5.2. Objectifs spécifiques 7
2. GENERALITES 8
2.1. DEFINITION DES CONCEPTS 9
2.2. RAPPELS SUR LA CONSULTATION PRENATALE [14] 11
2.3. SUITES DE COUCHES PHYSIOLOGIQUES [15] 11
2.3.1. L'involution utérine 11
2.3.2. La sécrétion lactée 12

2.3.3. Lochies 12
2.3.4. Phénomènes généraux 13
2.4. Soins postnataux [16] 13
2.4.1. Principes des soins postnataux 13
2.4.2. Calendrier des consultations postnatales [16] 14
2.4.3. Visites à domicile pour soins postnataux [15] 14
2.4.4. Objectifs de la consultation postnatale [16] 14
2.4.5. Surveillance de l'accouchée 15
2.4.6. Les soins locaux [15] 15
2.4.7. Hygiène de l'accouchée [15] 15
2.4.8. La consultation postnatale [17] 17
2.4.9. Contenu des soins postnataux pour la mère [16] 20
2.4.10. Conseils 22
3. CADRE ET METHODES D'ETUDE 25
3.1. CADRE D'ETUDE 26
3.1.2. Le Bénin 26
3.1.3. La ville de Cotonou [18] 26
3.1.4. Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU- MEL) 27
3.1.5. Structure organisationnelle du service de gynécologie et d'obstétrique 29
3.2. METHODE D'ETUDE 29
3.2.1. Type d'étude 29

3.2.2. Période d'étude 29
3.2.3. Population d'étude 29
3.2.4. Échantillonnage 30
3.2.5. Variables d'étude 31
3.2.6. Collecte des données 31
3.2.7. Traitement et analyse des données 32
3.2.8. Aspects éthiques 33
3.2.9. Difficultés rencontrées 33
4. RÉSULTATS 34
4.1. ETUDE DESCRIPTIVE 36
4.1.1. Caractéristiques population 36
4.1.2. Analyse du personnel de santé 55
4.2. ETUDE ANALYTIQUE 61
4.2.1. Analyse bivariée 61
4.2.2. Analyse multivariée 63
5. DISCUSSION 64
5.1. ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'ETUDE 65
5.1.1. Calculer la fréquence de l'utilisation des services postnataux au CHU-MEL 65
5.1.2. Déterminer les caractéristiques des utilisatrices des services postnataux au CHU-MEL 65
5.1.3. Étudier les facteurs extrahospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux 66

5.1.4. Identifier les facteurs hospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux 66

5.2. QUALITE ET VALIDITE DES RESULTATS 67

5.3. INTERPRETATION ET COMPARAISON DES RESULTATS AVEC CEUX D'AUTRES AUTEURS 68

5.3.1. Fréquence 68

5.3.2. Caractéristiques des utilisatrices des services postnataux au CHU-MEL 69

5.3.3. Facteurs extrahospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux 75

5.3.4. Les facteurs hospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux 76

5.3.5. Utilisation des services postnataux 76

5.3.6. Disponibilité, fonctionnement et usage du matériel en CPoN 76

5.3.7. Causes de la faible fréquentation CPoN et solutions suggérées par les agents de santé 77

5.3.8. Etude observationnelle 78

5.4. ETUDE ANALYTIQUE 79

5.4.1. Caractéristiques sociodémographiques des accouchées et faible utilisation des services postnataux 79

5.4.2. Durée d'hospitalisation et faible utilisation des services postnataux 80

5.4.3. Sensibilisation faite par l'accoucheuse sur la CPoN et faible utilisation des services postnataux 81

5.4.4. Nombre de CPN et faible utilisation des services postnataux 81

5.4.5. Régression logistique 81

6. CONCLUSION 82

7. SUGGESTIONS 85

8. RÉFÉRENCES 87

9. ANNEXES 96

10. TABLE DES MATIERES 114

SERMENT D'HIPPOCRATE 120

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.

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEYCALAVI

RESUME

Introduction : Les services postnataux regroupent l'assistance apportée par les structures de santé afin d'améliorer la santé de la mère et l'enfant après l'accouchement. Ils comportent la consultation postnatale, la planification familiale, la rééducation périnéale, les conseils nutritionnels pour la mère et l'enfant et la vaccination du nouveau-né. Ces services sont très peu fréquentés par les femmes après l'accouchement**. Objectif** : Cette étude recherchait les facteurs associés à la faible utilisation des services postnataux au CHU-MEL Cotonou en 2023. **Méthode** : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée analytique portant sur 400 accouchées ayant effectué au moins une consultation postnatale et 32 agents de santé du CHU-MEL sur une période de deux mois. L'étude s'est déroulée dans les secteurs de la CPoN, la CPN, la salle d'accouchement et l'hospitalisation dudit centre. Les données recueillies ont été traitées à l'aide d'un logiciel standard à cet effet. **Résultats** : La fréquence au CHU-MEL des CPoN était de 41,32%. En ce qui concerne les caractéristiques personnelles des accouchées, la moyenne de leur âge était de 29 ans ± 6,1ans avec les extrêmes de 15 et 47 ans. Les accouchées de moins de 25 ans représentaient 24,1% des cas. Les accouchées aux revenus mensuels précaires étaient de 70,1% (n=280) versus 30% (n=120) qui avaient des revenus mensuels fixes. Les accouchées alphabétisées et celles ayant un niveau d'instruction primaire représentaient près de 23,8% (n=95) des cas. La parité moyenne était de 2,5±1,6. Les paucipares étaient les plus nombreuses avec une proportion de 44 % (n=176). Les facteurs extrahospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux étaient l'accessibilité géographique qui n'était pas bonne pour 68% des patientes, l'alphabétisation et le niveau d'instruction primaire des conjoints des accouchées dans une proportion de dix-sept virgule cinq pour cent soit (n=70). Les facteurs hospitaliers associés à la faible utilisation des services postnataux : la faible connaissance des objectifs des CPoN2 et 3 respectivement dans des proportions de 19,8% et 9,8% contre 56,6% qui avaient une bonne connaissance des objectifs de la CPoN1 ; le manque de séances d'IEC en CPoN par les agents de santé de notre étude, dans 21,9% (n=7). La bonne connaissance sur le nombre de CPoN était notée chez 18,8% (n=75) contre 81,2%(n=325) de mauvaise connaissance. Le défaut de CPN et l'absence d'information sur la CPoN étaient associés à la non utilisation des services postnatals (p<0,001) **Conclusion** : Les services postnataux sont peu connus et donc peu fréquentés par les femmes après accouchement. La sensibilisation sur les avantages des soins postnataux à travers les causeries débats lors des consultations, les séances d'information éducation et communication, contribueraient à améliorer la fréquentation des femmes aux services postnataux.

Mots clés : Facteurs associés, faible utilisation, services postnataux, Cotonou, CHU-MEL

ABSTRACT

Introduction: Postnatal services include the assistance provided by health structures to improve the health of the mother and child after delivery. They include postnatal consultation, family planning, perineal rehabilitation, nutritional advice for mother and child and vaccination of the newborn. These services are very rarely used by women after childbirth. **Objective:** This study sought the factors associated with the low use of postnatal services at CHU-MEL Cotonou in 2023. **Method:** This was a descriptive cross-sectional study with an analytical aim involving 400 births having completed at least one postnatal consultation and 32 health workers from CHU-MEL over a period of two months. The study took place in the CPoN, CPN, delivery room and hospitalization sectors of the said center. The data collected was processed using standard software for this purpose**. Results:** The frequency of CPoN at CHU-MEL was 41.32%. Regarding the personal characteristics of the women giving birth, their average age was 29 years ± 6.1 years with the extremes of 15 and 47 years. Those who gave birth under the age of 25 represented 24.1% of cases. Those giving birth with precarious monthly income 70.1% (n=280) versus 30% (n=120) with fixed monthly income. Literate birth attendants and those with a primary level of education represented nearly 23.8% (n=95) of cases.The average parity was 2.5±1.6. The pauciparous were the most numerous with a proportion of 44% (n=176). The extra-hospital factors associated with the low use of postnatal services were: geographical accessibility which was not good for 68% of patients, literacy and the level of primary education of the spouses of those who had given birth in a proportion of seventeen point five percent or (n=70) Hospital factors associated with low use of postnatal services: poor knowledge of the objectives of CPoN2 and 3 respectively in proportions of 19.8% and 9.8% compared to 56.6% who had good knowledge of the objectives of the CPoN1; the lack of IEC sessions in CPoN by the health workers in our study, in 21.9% (n=7). Good knowledge of the number of CPoNs was noted among 18.8% (n=75) compared to 81.2% (n=325) of poor knowledge. The lack of ANC and the absence of information on CPoN were associated with non-use of postnatal services (p<0.001) **Conclusion:** Postnatal services are little known and therefore rarely used by women after childbirth. Raising awareness of the benefits of postnatal care through discussions and discussions during consultations, education and communication information sessions, would help to improve women's attendance at postnatal services.

Keywords : Associated factors, low utilization, postnatal services, Cotonou, CHU-MEL