



Article

Facteurs associés aux retards à la première consultation prénatale dans le district sanitaire de Kouibly (Côte d'Ivoire).

Factors associated with delays at the first prenatal consultation in the health district of Kouibly (Côte d'Ivoire).

N'Dri Kouamé Mathias¹, Olou N'Guessan Luc², Koffi Koffi Abdoul², Moussoum Ludovic Martial³, Zoua Kakou Arnaud Gomez²

¹*Département d'épidémiologie et de recherche clinique, Institut Pasteur de Côte d'Ivoire,

²Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon, Côte d'Ivoire,

³Centre de santé urbain de Totodrou, district sanitaire de Kouibly, Côte d'Ivoire

* correspondance : ndri_kmat@yahoo.fr; tel : +225 0505039457

Résumé

Les retards à la première consultation prénatale sont responsables d'une augmentation de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Cependant, en Côte d'Ivoire, sa prévalence est très élevée allant à l'encontre des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Cette étude vise à identifier les facteurs associés aux retards à la première consultation prénatale au centre de santé urbain de de Totodrou. Nous avons conduit une enquête transversale descriptive analytique sur une période de six (06) mois allant du 16 août 2017 au 25 février 2018. Les facteurs associés aux retards à la première consultation prénatale ont été identifiés à travers une régression logistique multivariée au seuil de significativité de 5%. Au total, 210 en couple. Seulement, un peu moins de 7% de ces femmes avaient un niveau secondaire. Le niveau d'instruction (OR=0,02 [0,07-0,62], p=0,005), la connaissance de la période de la première consultation prénatale (OR=2,87 [1,22-6,75], p=0,015) et la connaissance du rôle de la consultation prénatale dans la prévention du paludisme (OR=3 [1,26-7,10]) étaient associés aux retards à la première consultation prénatale. Il est donc indispensable de renforcer les connaissances des femmes sur les bienfaits de la consultation prénatale précoce.

Mots clés. Soins prénataux, Premier trimestre de grossesse, Absentéisme des patients, Côte d'Ivoire

Abstract

Delays in the first prenatal consultation are responsible for an increase in maternal and neonatal morbidity and mortality. However, in Ivory Coast, its prevalence is very high, going against the recommendations of the World Health Organization. This study aims to identify the factors associated with delays in the first prenatal consultation at the urban health center of Totodrou. We conducted an analytical descriptive cross-sectional survey over a period of six (06) months

from August 16, 2017, to February 25, 2018. The factors associated with delays in the first prenatal consultation were identified through a multivariate logistic regression at the significance level by 5%. A total of 210 mothers were included in the study and their average age was 24.88 years. More than 95% of the mothers surveyed lived with a partner. Only, a little less than 7% of these women had a secondary level. Level of education (OR=0.02 [0.07-0.62], $p=0.005$), of knowledge of the period of the first prenatal consultation (OR=2.87 [1.22-6.75], $p=0.015$) and knowledge of the role of prenatal consultation in the prevention of malaria (OR=3[1.26-7.10]) were associated with delays in the first prenatal consultation. It is therefore essential to strengthen women's knowledge of the benefits of early prenatal consultation.

Keywords. Prenatal Care, First Pregnancy Trimester, No-Show Patient, Ivory Coast.

1. Introduction

La consultation prénatale (CPN) représente l'une des trois grandes interventions en santé maternelle nécessaire à la réduction de la mortalité maternelle dans le monde (Cleland et al., 2006). Elle constitue donc une composante essentielle des services de santé pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Selon les recommandations 2016 sur les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive de l'organisation mondiale de la santé (OMS)(Organisation mondiale de la Santé, 2017), la première CPN (CPN1) doit se tenir avant la seizième semaine d'aménorrhée (16 SA) afin de dépister précocement les complications liées à la grossesse au début et instaurer une intervention adaptée.

Cependant, dans les pays à ressource limitée, les programmes de soins prénatals souffrent d'un dysfonctionnement lié à une mauvaise exécution, un retard à la CPN1 et une irrégularité des visites effectuées (Kisuule et al., 2013; Damme, 2015; Fisseha et al., 2015) occasionnant un taux élevé de morbi-mortalité maternelle et néonatale.

En Côte d'Ivoire, selon les données de la 5^{ème} enquête par grappe à indicateurs multiples réalisée en 2016 (Institut national de la statistique (INS), 2016), seules environ 34% des femmes ont effectué leur CPN1 et les autres (environ 66%) après 16 SA malgré la gratuité ciblée des soins instaurée par l'état de Côté d'Ivoire au profit des femmes enceintes. Bien que le retard à la première consultation prénatale des femmes enceintes en Côte d'Ivoire soit un défi bien reconnu à relever, les études visant à identifier les facteurs associés à cette pratique sont rares. Quels sont donc les raisons de l'échec d'une fréquentation précoce des centres de santé de celles-ci au début de la grossesse ?

Pour répondre à cette question, nous avons décidé de mener cette étude dont l'objectif était d'identifier les facteurs associés au retard à la première CPN en Côte d'Ivoire.

2. Matériels et méthodes

2.1.Cadre de l'étude

L'étude a été effectuée dans l'aire sanitaire du Centre de Santé Urbain (CSU) de Totrodrou. C'est une localité située à l'ouest de la Côte d'Ivoire, dans le département de Kouibly dont il est distant de 20 km. C'est une sous-préfecture à caractère rural qui abrite trois Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dont un Centre de Santé Urbain (CSU) et deux

Dispensaires Ruraux (DR). L'aire sanitaire du CSU de Totrodrou couvre quatre villages dont un village centre (Totrodrou) et trois villages satellites (Nenandy-Tébao 1, Datouzon et Baou 1), tous situés à moins de 5 km du centre de santé. L'agriculture est l'activité principale de la population de cette localité.

2.2.Type d'étude

L'étude était de type transversal à visée descriptive et analytique par enquête communautaire, réalisée sur une période de (06) mois allant du 16 août 2017 au 25 février 2018 auprès des mères ayant un enfant âgé d'au plus 2 ans au moment de l'enquête et ayant accepté de participer à l'enquête après consentement éclairé verbal.

2.3.Population d'étude

L'étude s'est déroulée auprès des mères par une enquête communautaire. Ont été incluses dans cette étude toutes les mères de l'aire sanitaire du CSU de Totrodrou ayant un enfant âgé d'au plus 2 ans au moment de l'enquête et ayant accepté de participer à l'enquête après consentement éclairé verbal. N'étaient pas incluses dans l'enquête les mères ne disposant pas de carnet mère-enfant.

2.4.Échantillonnage de l'enquête

La taille de notre échantillon a été estimée par la formule suivante : $N = Z^2 P (1-P)/m^2$ où P représente la proportion des CPN au premier trimestre de grossesse dans l'aire sanitaire (14% selon le rapport bilan), Z le niveau de confiance à 95% soit 1.96 et m la marge d'erreur que nous avons fixée à 5%(Gumuchian & Marois, 2018). Selon le calcul de la taille de l'échantillon, au moins 185 femmes devaient être enquêtées. Ce nombre a été portée à 210. Il a été effectué un échantillonnage aléatoire systématique à partir des données de recensement des ménages de 2016 de l'aire sanitaire réalisé par les Agents de Santé Communautaire (ASC). Au total, 2500 ménages avaient été dénombrés et le pas de sondage était donc de 2500/210 soit 12. Le premier ménage a été tiré au hasard puis nous avons ajouté 12 pour trouver le ménage suivant et ainsi de suite jusqu'à obtenir tous les ménages.

2.5.Recueil des données

L'enquête a été conduite par deux enquêteurs préalablement formés à l'aide d'un questionnaire testé. Pour assurer la confidentialité, il a été procédé à des entretiens individuels d'une durée d'environ 30 minutes. En outre un numéro anonyme été attribué à chaque participant. Lors de notre passage, seules les femmes allaitantes vues dans les ménages ont été interviewées. Lorsqu'elles étaient absentes, un rendez-vous était pris pour une rencontre. En l'absence de femmes allaitantes dans le ménage nous passions au ménage qui le suivait directement. Le questionnaire était relatif aux caractéristiques socio-démographiques (âge, profession, statut matrimonial, niveau d'instruction, niveau d'instruction du conjoint, lieu de résidence), aux antécédents et caractéristiques génésiques (gestité, parité, antécédent de perte d'un enfant,

grossesse désirée), à la connaissance en matière de CPN et aux pratiques autour de la grossesse. L'âge de la grossesse à la première consultation prénatale (CPN1) a été obtenu à partir de l'examen du carnet mère-enfant. Le retard à la CPN au premier trimestre était défini comme toute première CPN intervenue au-delà du troisième mois de grossesse.

2.6. Analyse des données

La saisie de nos données a été réalisée à partir du logiciel EPI Data version 3.1 et l'analyse par le logiciel Stata 15. La comparaison des proportions a été faite par le test Chi-2 (χ^2), et le test de Fischer lorsque les conditions d'application du χ^2 n'étaient pas réunies. Le seuil de significativité était fixé à 5%. Les variables quantitatives étaient présentées en moyenne \pm déviation standard (DS) et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Ensuite, les variables explicatives ont été croisées avec la variable d'intérêt (Retard à la CPN1) et les associations ont été testées à l'aide de tests de Chi carré ou de test exact de Fischer. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Pour l'analyse multivariable, une régression logistique multivariée a été utilisée. Les variables explicatives liées à la variable à expliquer avec une p-valeur inférieure à 0,25 ont été introduites dans le modèle constituant ainsi le modèle multivarié (variables éligibles). Aussi, l'âge qui a un fort risque de confusion a été maintenu dans le modèle quel que soit le degré de significativité statistique.

2.7. Considérations éthiques

L'étude a été réalisée avec l'approbation du district sanitaire de Kouibly. En outre, pour préserver la confidentialité des sujets, les questionnaires ont été rendus anonymes et codés. Tous les informations recueillies ont été gardés dans un lieu sûr et accessible qu'aux personnes autorisées par les responsables de l'étude.

3. Résultats

3.1. Les caractéristiques socio-démographiques des enquêtées

L'étude a concerné 210 mères d'enfants âgés d'au plus deux ans. Le tableau I présente les caractéristiques générales des participants. L'âge moyen des participants était de $24,88 \pm 0,44$ ans avec des extrêmes allant de 14 à 46 ans.

La tranche d'âge de 18 à 35 ans était la plus représentative, soit plus de 3/5ème de la population d'étude. Les mères enquêtées étaient pour la plupart ménagère (86,19%) et vivaient en couple (95,24%). Seulement, un peu moins de 7% de ces femmes avaient un niveau secondaire. Cependant, plus de 1/3 de leur partenaire avaient un niveau secondaire ou supérieur. Plus de 3/5ème de ces enquêtées vivaient hors de la localité qui abrite le CSU.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

Caractéristiques (N=210)	sociodémographiques	Effectifs	%	Retard CPN1*** (n = 167)	p- value*
Age (ans)					<i>0,319</i>
< 18 ans		29	13,8	22(75,86%)	
18 – 35 ans		165	78,6	139(78, 79%)	
> 35 ans		16	7,6	15(93, 75%)	
En couple					<i>0,100</i>
Oui		200	95,24	157(78,50%)	
Non		10	4,76	10 (100,00%)	
Profession					<i>0,307</i>
Ménagère		181	86,19	146(80, 66%)	
Autre		29	13,81	21 (72, 41%)	
Profession du partenaire					<i>0,455</i>
Agriculteur		167	80,29	135 ((80,84%)	
Autre		41	19,71	31 (75,61 %)	
Niveau étude					<i>0,003</i>
Aucun		82	39,05	87 (87, 50 %)	
Primaire		114	54,29	82 (71,93 %)	
Secondaire		14	6,67	10 (71,43%)	
Niveau étude du partenaire					<i>0,326</i>
Aucun		40	19,05	87 (87, 50%)	

Caractéristiques sociodémographiques (N=210)	Effectifs	%	Retard CPN1*** (n = 167)	p-value*
Primaire	96	45,71	76 (79, 17 %)	
Secondaire/supérieur	74	35,24	56 (75, 68 %)	
Résidence à Totrodou				0,725
Oui	83	39,52	65 (78,31 %)	
Non	127	60,48	102 (80,31%)	
Religion				0,057
Christianisme	139	66,19	107(76, 98 %)	
Islam	20	9,52	20 (100,00 %)	
Traditionnelle/sans religion	51	24,29	40 (78,43 %)	
Religion du partenaire				0,326
Christianisme	40	19,05	37 (87, 50 %)	
Islam	96	45,71	76 (79,17 %)	
Traditionnelle/sans religion	74	35,24	56(75,68 %)	

*Pearson's Chi-squared test

** Fisher's exact

***CPN1 : Première consultation prénatale

3.2. Les caractéristiques génésique et connaissance en matière de CPN

À propos des consultation, 79,52% des femmes ont réalisé leur première consultation prénatale en retard. Le tableau II présente l'ensemble des caractéristiques génésique. Un peu moins de la

moitié de ces femmes enquêtées étaient multigestes et multipares. Un peu moins de 1/3 d'entre eux avaient connu un avortement et 19 % avait perdu au moins un enfant.

En ce qui concerne leur connaissance de la consultation prénatale, environ 9 femmes sur 10 ont affirmé n'avoir jamais été sensibilisées sur la consultation prénatale. Cependant, plus de la moitié connaissait la période de la première consultation prénatale et 83% d'entre elles savaient que la consultation prénatale était gratuite.

Concernant la réalisation de la consultation prénatale, seulement 22% ont affirmé pouvoir prendre elles-mêmes la décision de cette consultation. Les pratiques traditionnelles concernaient plus de 3/5ème des enquêtées. Plus de la moitié des femmes cachaient leur grossesse avant sa visibilité et un peu moins de 1/3 consultaient une matrone au cours de la grossesse.

Tableau II : Caractéristique génésique, connaissance, pratique et attitude autour de la grossesse

Caractéristiques des participants (N=210)	Effectifs	%	Retard CPN1*** (n = 167)	p-value*
Antécédents et caractéristiques génésiques				
Gestité				0,084**
Primigeste	25	11,90	18 (72,00 %)	
Multigeste	101	48,10	76(75,25 %)	
Grande multigeste	84	23,33	73(86,90%)	
Parité				0,067
Nullipare	33	15,71	22 (66,67 %)	
Primipare	39	18,57	28 (71,79 %)	
Multipare	89	42,38	75 (84,27 %)	
Grande multipare	49	23,33	42 (85,71%)	
Antécédent Avortement				0,403
Oui	67	31,90	51 (76,12 %)	
Non	143	68,10	116 (81,12%)	
Antécédent de perte d'un enfant				0,301
Oui	41	19,52	35 (85,37 %)	
Non	169	80,48	132 (78,11%)	
Grossesse désirée				0,271
Oui	152	72,38	118 (77,63 %)	
Non	58	27,62	49 (84,48 %)	
Connaissances en matière de CPN				
Sensibilisé sur la CPN				0,778
Oui	22	10,48	118(81,82%)	
Non	188	89,52	149(79,26%)	
Connaissance de la période de la CPN1				0,026
Oui	125	59,52	93 (74,40 %)	

Caractéristiques des participants (N=210)	Effectifs	%	Retard CPN1*** (n = 167)	p- value*
Non	85	40,48	74 (87,06 %)	
Connaissance du nombre minimal de CPN				0,798
Oui	47	22,38	38 (80,85 %)	
Non	163	77,62	129 (79,14 %)	
Connaissance de la gratuité des CPN				0,146
Oui	175	83,33	136 (77,71%)	
Non	35	16,67	31 (88,57 %)	
Connaissance de la prévention du paludisme en CPN				0,008
Oui	104	49,52	75 (72,12 %)	
Non	106	50,48	92 (86,79 %)	
Connaissance de la prévention de l'Anémie en CPN				0,267
Oui	50	23,81	37 (74,00 %)	
Non	160	76,19	130 (81,25 %)	
Pratique et attitude autour de la grossesse				
Prise de décision pour la CPN par la femme				0,633
Oui	48	22,86	37 (77,08)	
Non	162	77,14	130 (80,25%)	
Existence de pratiques traditionnelles				0,441
Oui	136	64,76	106 (77,94 %)	
Non	74	35,24	61 (82,43 %)	
Cache de la grossesse avant sa visibilité				0,156
Oui	113	53,81	94 (83,19 %)	
Non	97	46,19	73 (75,26 %)	
Consultation de matrone pendant la grossesse				
Oui	67	31,90	54 (80,60%)	0,792
Non	143	68,10	113(79,02%)	

*Pearson's Chi-squared test

** Fisher's exact

***CPN1 : Première consultation prénatale

3.3. Les facteurs associés aux retards à la CPN1

Le tableau III montre les résultats de l'analyse multivariée.

A l'issue de l'analyse multivariée, trois facteurs étaient associés aux retards à la CPN1. Comparée à une femme qui n'est pas instruite, celle ayant le niveau primaire étaient moins susceptible d'avoir une CPN1 tardive (aOR=0,02 [0,07-0,62]). En outre, la connaissance de la période de la CPN1 était significativement associée à la CPN1 tardive (aOR=2,87 [1,22-6,75]),

p=0,015). De même la connaissance du rôle de la CPN dans la prévention du paludisme était significativement associée à la CPN1 tardive (aOR=3 [1,26-7,10]).

Tableau III: Facteurs associés au retard de la première CPN

Variable	aOR	p-value	IC à 95%)
Caractéristiques sociodémographiques			
Age (ans)			
< 18 ans	1		
18 – 35 ans	0,77	0,685	[0,22-2,68]
> 35 ans	3,26	0,345	[0,28-38,05]
Niveau étude			
Aucun	1		[
Primaire	0,22	0,005	[0,07-0,62]
Secondaire	0,43	0,300	[0,08-2,11]
Antécédents et caractéristiques génésiques			
Gestité			
Primigeste	1		[
Multigeste	0,46	0,383	[0,08-2,60]
Grande multigeste	0,81	0,849	[0,10-6,61]
Parité			
Nullipare	1		
Primipare	2,11	0,367	[0,41-10,69]
Multipare	4,06	0,084	[0,82-19,93]
Grande multipare	2,63	0,330	[0,37-18,47]
Connaissances en matière de CPN			
Connaissance de la période de la CPN1			
Oui	1		
Non	2,87	0,015	[1,22-6,75]
Connaissance de la gratuité des CPN			
Oui	1		
Non	1,81	0,328	[0,54-6,03]
Connaissance de la prévention du paludisme en CPN			
Oui	1		
Nom	3,00	0,012	[1,26-7,10]
Cache de la grossesse avant sa visibilité			
Oui	1		
Non	0,50	0,073	[0,23-1,06]

4. Discussion

Dans notre échantillon de 210 femmes, la CPN a été tardive chez 79,5% des femmes. Cette valeur est nettement inférieure à celle estimée par la dernière enquête nationale (Enquête Démographique et de Santé) réalisée en 2012 qui était de 70 % (Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, 2012). Cette proportion reste également très supérieure aux résultats d'études antérieures à la nôtre réalisées en Côte d'Ivoire. En effet, Konan (KONAN et al., 2008) et Abauleth (ABAULETH et al., 2007) trouvaient respectivement 47,1 % en 2007 et 39,75 % en 2008 à Abidjan. Cette différence est importante malgré le nombre d'années qui séparent ces études. Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'en Côte d'Ivoire les pratiques traditionnelles autour des grossesses sont moins courantes dans les grandes villes par rapport aux petites localités situées loin de la capitale économique. La prévalence du retard à la CPN1 estimée dans la présente étude reste toujours supérieure aux résultats d'études réalisées en Afrique subsaharienne (DIALLO et al., 2000; Kayembe & Mafuta, 2011; N'Diaye et al., 2005). Celles-ci pourraient être expliquées par les modalités de sélection et les méthodologies d'analyse. La plupart de ces auteurs ont étudié ces phénomènes dans des centres de santé incluant des centres de référence et sur des populations plus élevées que la nôtre.

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes était 24,88 ans dont plus de la moitié (78,6%) avaient un âge compris entre 18 et 35 ans. Le retard à la CPN1 a été constaté chez 93,75% des femmes âgées de plus de 35 ans. Aucune association entre les tranches d'âge et le retard à la CPN n'a été montrée. Cependant, les femmes de plus de 35 ans constituent la tranche d'âge réputée pour les CPN tardives (Kayembe & Mafuta, 2011; N'Diaye et al., 2005). Cela s'expliquerait par la honte qu'éprouve la femme pour continuer sa vie reproductive au-delà de 34 ans tel que l'explique Dieye (N'Diaye et al., 2005).

Dans notre étude, les femmes qui ne sont pas instruites sont moins susceptibles au retard à la CPN1 par rapport à celles ayant un niveau primaire (aOR=0,02 [0,07-0,62]). L'étude d'Ewunetie (Ewunetie et al., 2018) réalisée en Éthiopie a montré que les femmes sans instruction avaient une probabilité de retard à la CPN1 plus élevée comparativement aux femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (aOR=2,2 [1,10-4,68]). Les deux études, la nôtre et celle d'Ewunetie n'ont pas pu montrer d'association entre tous les différents niveaux d'instruction et le retard à la CPN1. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'instruction n'est pas toujours synonyme de connaissance des questions portant sur les inconvénients d'une CPN1 tardive. Le niveau d'instruction permet de mieux comprendre les questions de santé de façon générale lorsqu'elles font objet de sensibilisation. En d'autre thème, quel que soit le niveau d'instruction, la sensibilisation est nécessaire pour l'adoption de comportement de santé adéquat.

Plusieurs études (Kayembe & Mafuta, 2011; Kochou & Rwenge, 2014; Laing et al., 2017) ont diversement interprété la relation existant entre la religion et le recours aux soins prénatals. Dans son étude qui incluait des femmes enceintes et allaitantes, Mafuta (Kayembe & Mafuta, 2011) avait montré que le fait pour la femme d'appartenir à la religion musulmane réduisait la probabilité d'avoir une CPN1 en retard (OR=0,240 ; p=0,05) par rapport aux femmes appartenant à la religion catholique. Ce qui n'est pas le cas dans notre étude où l'association

n'a pu être prouvée. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible effectif de musulmane dans notre étude, soit 9,52% des répondantes.

En outre, toutes les femmes de religion musulmane de notre étude ont eu un retard à la CPN1. L'étude de Barrère (Ouagadjio et al., 1998) réalisée au Tchad, avait montré que plus de la moitié (75%) des naissances issues des mères de religion musulmane n'avait pas eu une CPN1 au premier trimestre. Les grossesses extraconjugales mal acceptées et la perception de la consultation prénatale chez les femmes musulmanes pourraient donc participer au retard aux soins prénatals au sein des femmes musulmanes (Laing et al., 2017). Cela suggère d'étudier les perceptions et les attitudes des femmes musulmanes vis-à-vis de la consultation prénatale pour mieux comprendre ce type de comportement de santé.

Dans ce présent travail, les femmes qui ne connaissaient pas la période de la CPN1 avaient presque 3 fois plus de risques d'avoir un retard à la CPN1 par rapport à celles qui connaissaient cette période (aOR=2,87; [1,22-6,75]). De même celles qui ne connaissaient pas le rôle de la CPN1 dans la prévention du paludisme avaient 3 fois plus de risques d'avoir un retard à la CPN1 par rapport à celles qui connaissaient (aOR= 3 [1,26-7,10]). De ce fait, l'ignorance des femmes sur la période et les avantages de la CPN1 peut être un frein à l'initiation précoce des CPN. Les résultats de ce travail corroborent ceux de plusieurs études qui montrent que l'ignorance des risques est associée au retard de CPN1 (Khan et al., 2005; Mugo et al., 2015; N'Diaye et al., 2005). Une sensibilisation axée sur le rôle de la CPN1 dans la prévention des maladies susceptibles de menacer la vie du fœtus et celle de la mère contribuera incontestablement à un changement de comportement des femmes en matière de CPN1.

La plupart des enquêtées avaient eu au moins deux grossesses (88 %) et au moins deux accouchements (65 %) parmi lesquelles seules 14 % et 15 % respectivement se sont présentées au premier trimestre de leur grossesse. Nos résultats sont presque similaires à ceux de Ndidi (Ndidi & Oseremen, 2010) au Nigéria qui avait trouvé qu'environ 80 % des multipares étaient en retard à leur première CPN. Cependant, dans la nôtre aucune association entre le nombre de grossesses et le retard à la CPN1 n'a été mise en évidence. Ce qui est contraire à l'étude de Amtatachew (Zegeye et al., 2013) qui a montré que les mères qui n'ont aucune expérience en matière d'accouchement étaient susceptibles de consulter au moins trois fois plus tôt que les multipares. Ceci correspond en outre, aux résultats de Mafuta (Kayembe & Mafuta, 2011) qui avait montré une association entre la fréquentation tardive des CPN et la multiparité, la multigestité. Dans tous les cas, l'éducation sanitaire des femmes sur les questions de la grossesse doit cibler tous les classes d'âge à partir de l'adolescence quelques soit le nombre de grossesses et d'accouchements.

Le retard dans la prise de décision pour consulter un service de santé est l'un des facteurs les plus importants qui déterminent la mortalité maternelle en Afrique (Cham et al., 2005). Dans notre étude, la décision d'aller en CPN est prise en grande partie par le conjoint ou les parents (77,14%). Cependant, il n'a pas été trouvé d'association entre le retard à la CPN1 et celui qui prenait la décision de la CPN. Anouan, (Judicaël et al., 2018) dans son étude réalisée en milieu périurbain trouvait des proportions presque similaires aux nôtres (72%). Les décisions des

femmes enceintes étant considérablement influencées par leur mari (Hilaire, 2017), il conviendrait de trouver des stratégies pour la sensibilisation des conjoints des femmes enceintes afin d'accroître leur adhésion à la CPN.

En ce qui concerne les croyances autour des grossesses, on note dans ce travail la persistance de croyance néfaste. En effet, plus de la moitié des femmes (54 %) ont déclaré que la grossesse devrait être cachée à son début. Parmi elles, la majorité (83,19 %) a eu un retard à la CPN1. Cependant, l'association entre cette croyance et le retard à la CPN1 n'a pu être montrée, contrairement à Ndiaye (N'Diaye et al., 2005) qui a montré cette association. Le fait de cacher la grossesse pourrait donc être un frein pour les femmes enceintes pour débiter précocement les CPN. En milieu rural, selon certaines croyances, la grossesse doit être gardée secrète pour éviter de mauvais sorts (Kayembe & Mafuta, 2011; Kochou & Rwenge, 2014). Il va s'en dire que des efforts considérables devront être entrepris pour réduire cette influence culturelle sur la fréquentation des services de soins prénatals. Un vue d'ensemble des croyances ou des façons coutumières de voir la grossesse comme devant être cachée mérite une étude plus approfondie de ces raisons et de la façon d'en tenir compte.

La principale limite de cette étude est l'existence de biais de désirabilité sociale découlant de l'auto déclaration. Pour minimiser ce biais, nous nous sommes référés aux renseignements du carnet mère-enfant pour plusieurs questions.

Cette limite susmentionnée n'entache en rien les résultats de ce travail car les données sont issues d'une enquête représentative au niveau de l'aire de santé de Totrodrou. En outre, il a le mérite d'avoir mis en évidence les facteurs à prendre en compte dans la conception et la mise en œuvre des interventions adaptées aux femmes pour améliorer leur comportement de santé autour de la grossesse.

4. Conclusion

Le retard à la CPN1 était très marqué chez les femmes de l'aire de santé de Totrodrou à l'instar des autres zones des pays d'Afrique subsaharienne.

Les facteurs associés au retard de la CPN1 identifiés dans ce travail étaient essentiellement le niveau d'instruction, la connaissance de la période de la CPN1 et de son rôle dans la prévention contre le paludisme.

Des actions de sensibilisation axée beaucoup plus sur le volet communautaire auprès des conjoints des femmes et des futures mères sont nécessaires pour améliorer les comportements santé autour de la grossesse au niveau des aires sanitaires en général et de celui du district sanitaire de Kouibly en particulier.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent sur l'honneur que la soumission et la publication de ce manuscrit ne présente aucun conflit d'intérêts. Ils attestent que ce travail a été réalisé sans recevoir aucune aide financière directement ou indirectement d'une tierce partie, et a été soutenu entièrement par des fonds propres des auteurs.

Références

- Abauleth, R., Kouakou, P., Koffi, A., Yesufu, A., Effoh, D., Boni, S., Kone, N., & Bohoussou, M. (2007). La consultation prénatale : Analyse de 332 carnets à la maternité du CHU de Cocody. *La consultation prénatale : Analyse de 332 carnets à la maternité du CHU de Cocody*, 54(4), 226-230. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&lang=fr&idt=18831099>
- Cham, M., Sundby, J., & Vangen, S. (2005). Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reproductive health*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-2-3>
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning : The unfinished agenda. *The lancet*, 368(9549), 1810-1827. https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Cleland+J%2C+Bernstein+S%2C+Ezeh+A%2C+Faundes+A%2C+Glasier+A%2C+Innis+J.+Family+planning%3A+the+unfinished+agenda.+Lancet+2006+%3B+368+%3A+1810-27%2C+DOI%3A10.1016%2FS0140-+6736%2806%2969480-4.&btnG=
- Damme, T. G. (2015). Factors associated with late antenatal care attendance among pregnant women attending health facilities of ambo town, west Shoa zone, Oromia region, Central Ethiopia. *Int J Med Pharm Sci*, 1(2), 56-60.
- Diallo, S., Camara, Y. B., & Daffe, M. (2000). Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l'INSE. *Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l'INSE*, 47(5), 233-235. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&lang=fr&idt=1420841>
- Ewunetie, A. A., Munea, A. M., Meselu, B. T., Simeneh, M. M., & Meteku, B. T. (2018). DELAY on first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women in public health facilities of Debre Markos town, North West Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1748-7>
- Fisseha, G., Miruts, G., Tekie, M., W/Michael, A., Yemane, D., & Gereziher, T. (2015). Predictors of Timing of First Antenatal Care Booking at Public Health Centers in Mekelle City, Northern Ethiopia. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 3(3), Art. 3. <https://doi.org/10.11648/j.jgo.20150303.13>
- Gumuchian, H., & Marois, C. (2018). Chapitre 6. Les méthodes d'échantillonnage et la détermination de la taille de l'échantillon. In *Initiation à la recherche en géographie : Aménagement, développement territorial, environnement* (p. 265-294). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/14800>
- Hilaire, M. G. (2017). Maternité Et Risques Perçus Face Aux Examens Sanguins Et Au Test Du VIH-SIDA : Etude De Cas Dans Une Formation Sanitaire Urbaine De Bouaké (Côte D'ivoire). *European Scientific Journal, ESJ*, 13(30), Art. 30. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n30p139>
- Institut national de la statistique (INS). (2016). *Enquête par grappes à indicateurs multiples— Côte d'Ivoire 2016*. <https://mics-surveys->

- prod.s3.amazonaws.com/MICS5/West%20and%20Central%20Africa/C%3%B4te%20d%27Ivoire/2016/Final/Cote%20d%27Ivoire%202016%20MICS_French.pdf
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr272/fr272.pdf>
- Judicaël, A. A. S., Noël, A. N., N'Da Monique Drogbon, C. K., & Emile, K. (2018). La question du suivi prénatal irrégulier en milieu périurbain Ebrié de Bimbresso (Côte d'Ivoire). *International Journal of Humanities and Social Science Research*, 4(Issue 6). <http://www.socialsciencejournal.in/>
- Kayembe, P. K., & Mafuta, E. M. (2011). Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Équateur et du Katanga en République Démocratique du Congo. *Ann. afr. m̃i?` \$1/2\$d.(En ligne)*, 845-854. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1259149>
- Khan, M., Mwaku, R. M., McClamroch, K., Kinkela, D. N., & Van Rie, A. (2005). Soins prénatals à Kinshasa (République démocratique du Congo) : Croyances, connaissances et obstacles à la programmation appropriée. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 15(2), 93-97.
- Kisuule, I., Kaye, D. K., Najjuka, F., Ssematimba, S. K., Arinda, A., Nakitende, G., & Otim, L. (2013). Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago hospital, Kampala Uganda. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-121>
- Kochou, S. H., & Rwenge, M. J. (2014). Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire. *African Evaluation Journal*, 2(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v2i1.79>
- Konan, Y., Coulibaly, A., Koueli, T., Koffi, K., M'bea, K. J., & Ake, O. (2008). Description des connaissances, attitudes et pratiques des mères face à la grossesse : À la Formation Sanitaire Urbaine d'Abobo-sud Abidjan-Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire*, 55(5), 265-270. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=20474836>
- Laing, S. P., Sinmyee, S. V., Rafique, K., Smith, H. E., & Cooper, M. J. (2017). Barriers to antenatal care in an urban community in the Gambia : An in-depth qualitative interview study. *African Journal of Reproductive Health*, 21(3), 62-69. <https://doi.org/10.10520/EJC-b4688eede>
- Mugo, N. S., Dibley, M. J., & Agho, K. E. (2015). Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits : Analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0491-6>
- N'Diaye, P., Dia, A. T., Diediou, A., Dieye, E. H. L., & Dione, D. A. (2005). Déterminants socioculturels du retard de la 1^{re} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé publique*, 17(4), 531-538. <https://doi.org/DOI : 10.3917/spub.054.0531>
- Ndidi, E. P., & Oseremen, I. G. (2010). Reasons given by pregnant women for late initiation of antenatal care in the Niger Delta, Nigeria. *Ghana Medical Journal*, 44(2), Art. 2. <https://doi.org/10.4314/gmj.v44i2.68883>

- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Recommandations de l’OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259584>
- Ouagadjo, B., Nodjimadji, K., Nodjimbatem Ngoniri, J., Ngakoutou, N., Ignégongba, K., Tokindang, J. S., Kouo, O., Barrère, B., & Barrère, M. (1998). *Enquête démographique et de santé Tchad 1996-1997*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR90/FR90.pdf>
- Zegeye, A. M., Bitew, B. D., & Koye, D. N. (2013). Prevalence and determinants of early antenatal care visit among pregnant women attending antenatal care in Debre Berhan Health Institutions, Central Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health*, 17(4). <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/98386>

© 2023 KOUAMÉ et al, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Editor's Note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.