



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

Prévalence et facteurs associés au recours tardif de la première consultation prénatale (CPN1) dans le district sanitaire de Koumassi, Côte d'Ivoire en 2022

Oussou KR ^{1,2}, Kilanko GE ¹, Konan YE ³, Tetchi EO ³, Ekou FK ³, Ouattara G⁴, Aké-Tano OSP³

¹Institut National d'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire

²Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire

³Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

⁴District sanitaire de Koumassi, Côte d'Ivoire

Résumé

Objectif

Déterminer les facteurs du recours tardif aux consultations prénatales dans le district sanitaire de Koumassi.

Méthodes

Une étude transversale portant sur les femmes enceintes reçues pour la première consultation prénatale (CPN1) a été conduite de février à mars 2022 dans les six (06) structures sanitaires publics du district sanitaire de Koumassi. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire qui a été administré lors d'une interview en face en face. Les données ont été analysées grâce au logiciel SPSS 27.0.1.0. Les variables quantitatives étaient exprimées avec les paramètres de position et de dispersion et les variables catégorielles en fréquences absolues et relatives. Le test de χ^2 d'indépendance a été utilisé pour déterminer les associations entre les variables d'étude.

Résultats

Nous avons interrogé 346 femmes enceintes reçues pour la CPN1. L'âge moyen était de 27,2 $\pm$ 6,8 ans. Dans notre étude, un tiers des femmes étaient non scolarisées. Près de la moitié (49,9%) des femmes enceintes enquêtées étaient des commerçantes. Plus des trois quarts des enquêtées (78,9%) vivaient en couple. 85,3% des femmes enceintes étaient entre leur 2^e et 4^e grossesse. La CPN1 était tardive chez 61,3% des femmes enquêtées. Les facteurs associés au recours tardif de la CPN1 étaient le niveau scolaire ($p = 0,006$), la distance habitation-centre de santé ($p = 0,028$) et la connaissance de l'intérêt de la CPN ($p = 0,00023$).

Conclusion

Le district sanitaire devra mettre un accent particulier sur la sensibilisation de l'importance de la consultation prénatale précoce au niveau de la communauté tout en augmentant leur accessibilité.

Mots-clés : retard, consultation prénatale, femmes enceintes, Côte d'Ivoire

Correspondance

Konan Roland OUSSOU, Institut National d'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire, BP V 14 Abidjan (Côte d'Ivoire)

Téléphone : +2225 0758485595

Email : ous_roland@yahoo.fr

Article reçu : 01-05-2024

Accepté : 31-10-2024 Publié : 27-01-2025



Copyright © 2025. OUSSOU K.R. et al This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : OUSSOU K.R. et al. Prévalence et facteurs associés au recours tardif de la première consultation prénatale (CPN1) dans le district sanitaire de Koumassi, Côte d'Ivoire en 2022. 2025 ; 8(1) : 122 - 132

Introduction

Les soins prénatals sont importants pour la santé et le bien-être des femmes et de leurs enfants. Il existe un consensus international sur le fait que les soins prénatals devraient commencer au cours du premier trimestre. Les complications de la grossesse et de ses suites menacent constamment la santé des femmes en âge de procréer. Elles sont la première cause mondiale de morbidité, d'infirmité et de décès chez les femmes en âge de procréer, surtout dans les pays en développement (1). La mortalité maternelle va de moins de 10 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays industrialisés à plus de 350 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne (2). En Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle est estimée à 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSCI-III, 2012) (3). Un nombre important de décès maternels pourrait être évité par un suivi correct de la grossesse. La consultation prénatale (CPN) doit permettre de mener la grossesse à bien pour la mère et l'enfant, d'autant plus efficace qu'elle est précoce et régulièrement répétée (4,5). En effet, la CPN1 est passée de 85,7% en 2016 à 80,4% en 2020 (6). Au regard de la faible participation des femmes aux CPN, les autorités ivoiriennes ont mis en place des actions en vue de rapprocher les femmes des services de santé maternels et améliorer l'accès aux soins prénatals. Ainsi, l'état de Côte d'Ivoire a institué depuis 2012, la gratuité des consultations prénatales (CPN) et des examens complémentaires (examens d'échographie et de laboratoire). Cependant 46,74% des premières CPN se font au-delà de la 14^e semaine de la grossesse. C'est ainsi que cette étude se propose d'identifier les facteurs associés au retard de la CPN1 afin de formuler des recommandations qui favoriseront un meilleur suivi des grossesses.

Méthodes

L'étude a été menée dans le district sanitaire de Koumassi en Côte d'Ivoire, de février à mars 2022. Le district sanitaire de Koumassi, est l'un des 10 districts sanitaires de la ville d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. Il compte 6 établissements sanitaires publiques que sont : l'Hôpital Général de Koumassi(i), le Centre de Santé Urbain à base Communautaire (CSU COM) de Zoe Bruno (ii), le CSU COM de Pangolin (iii), le CSU COM de Divo (iv), CSU COM de Campement(v) et le CSU COM de Aklomianbla (vi).

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique portant sur l'ensemble des femmes enceintes reçues pour CPN1 dans les six centres de santé. Ont été incluses dans notre étude, les femmes enceintes résidant au niveau du district sanitaire depuis au moins trois mois et âgées d'au moins 18 ans. La taille d'échantillon a été calculée à partir de la formule de SCHWARTZ : $n = \frac{\Sigma^2 p q}{i^2}$ où p représente la proportion de CPN1 effectués après le troisième mois de grossesse en Côte d'Ivoire (3), Σ : le niveau de confiance à 95% soit 1.96 et i la marge d'erreur que nous avons fixée à 5%. Selon le calcul de la taille de l'échantillon, au moins 323 femmes devaient être enquêtées en raison de 54 femmes par centre de santé. Toute femme enceinte se présentant pour sa CPN1 a été interviewée. La collecte des données s'est faite par interview directe en face à face avec chacune des femmes

enquêtées à partir d'un questionnaire à leur sortie de la CPN1. Les informations recueillies étaient relatives aux caractéristiques sociodémographiques (âge, profession mère, le statut matrimonial, lieu d'habitation, le niveau scolaire ; aux antécédents génésiques (gestité, parité, grossesse désirée, grossesse acceptée par le conjoint), les connaissances sur la CPN, l'environnement culturel et l'accessibilité des CPN. Concernant le statut matrimonial, la notion de "en couple" désignait toute femme qui a déclaré vivre sous le même toit avec un conjoint. La CPN1 était jugée précoce si elle était effectuée durant le premier trimestre de la grossesse, et tardive si elle était effectuée après le troisième mois de la grossesse. Les données ont été codées, puis enregistrées pour être analysées grâce au logiciel SPSS 27.0.1.0. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne $\pm$ écart type, et les variables catégorielles en proportion. Le test de χ^2 d'indépendance a été utilisé pour déterminer les associations entre les variables d'étude. Les déterminants sociodémographiques de la CPN1 ont été analysés en utilisant le test du Chi2 ou le test exact de Fisher, le cas échéant. Le seuil de significativité était fixé à 5%. Le consentement éclairé des patients a été obtenu avant leur enrôlement dans l'étude. Les données ayant trait à la vie personnelle, aux faits et comportements d'ordre privé, sont restées confidentielles et ont été traitées de manière anonyme.

Résultats

Nous avons enquêté 346 femmes enceintes reçues pour la première CPN sur la période du 1er février au 31 Mars 2022 dans les 6 structures sanitaires.

Profil des participantes

Les femmes enceintes étaient âgées de 12 à 49 ans avec un âge moyen de 27,2 ans et un écart-type de 6,8. Elles étaient âgées de moins de 20-29 ans dans 54,6% des cas et de plus de 40 ans dans 4 % des cas. Les mères enquêtées étaient pour la plupart des commerçantes (49,9%) et vivaient en couple (78,9%). Seulement, un peu moins de 32 % de ces femmes avaient un niveau d'étude secondaire. 85,3% des femmes enquêtées étaient multigestes, tandis qu'un peu moins de la moitié d'entre elles étaient primipares (46,5%). Les grossesses étaient non souhaitées dans 26,3 % des cas, et acceptées par le conjoint pour 96,8%. L'intérêt de la précocité de la CPN1 était méconnu dans 21,4% des cas. Plus de 2/3 des femmes enceintes étaient à moins 5 km de l'existence d'une structure de santé offrant des services de CPN. Dans 61,8 % des cas, les CPN1 étaient offertes gratuitement (Tableau 1).

Prévalence du recours tardif de la première consultation prénatale

Dans notre étude, les femmes enceintes dans 61,3% des cas avaient effectué tardivement leur CPN1. Plusieurs raisons ont été avancées, notamment le manque de temps (37,7 %), une grossesse non désirée (28,3 %) et une méconnaissance des risques liés à la grossesse (16,0 %) (Tableau 2).

Facteurs associés aux CPN1 tardives

Une relation statistiquement significative a été retrouvée entre le niveau scolaire ($p = 0,006$), l'intérêt de la CPN ($p = 0,00$), la distance habitation-centre de santé ($p = 0,028$) et le retard de la première CPN (Tableau 3 et 4). La proportion des femmes enceintes non scolarisées, des femmes qui méconnaissaient l'intérêt des CPN, et de celles dont la distance habitation-centre de santé était supérieure à 5 Km qui avaient des CPN1 tardives était significativement supérieur.

Discussion

Les limites de cette étude pourraient être liées à des biais d'information due à la qualité des informations recueillies auprès des femmes. Cependant, le choix d'enquêteurs formés dans la collecte des données ont permis de minimiser ces erreurs systématiques. Aussi, notre étude n'a pas pris en compte les CPN effectuées dans les structures privées.

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes venues pour leur première CPN dans les centres de santé du district sanitaire de Koumassi révèle que les femmes enceintes enquêtées avaient un âge moyen de $27,2 \pm 6,8$ ans. Cette moyenne d'âge pourrait s'expliquer par la structure par âge en Côte d'Ivoire. La population ivoirienne demeure encore très jeune. Selon l'Institut National de la Statistique (INS) 75,6 % de la population totale en 2021 a moins de 35 ans, soit un peu plus de 3 personnes sur 4 (7). Ces résultats ont corroboré ceux d'une enquête réalisée au Sénégal où les femmes enceintes avaient été âgées de 15 à 40 ans avec une moyenne de $26 \text{ ans} \pm 6 \text{ ans}$ (8).

La majorité des femmes enceintes enquêtées vivait en couple. Ce chiffre a également été retrouvé dans le district sanitaire d'Abobo Est où 67 % des femmes enceintes vivaient en couple (6). Dans la société africaine, vivre avec un conjoint est un événement incontournable qui marque l'accès à la majorité sociale et constitue une condition à l'épanouissement individuel. Les opportunités d'expériences sexuelles en dehors de cette relation créent un décalage avec les règles sociales qui stigmatisent cette sexualité. En effet, en Afrique, la vie en couple rend la pratique de la sexualité légitime et est ainsi considéré comme le seul cadre social pour la maternité.

La population est majoritairement constituée de patientes multigeste 85,3%, tandis qu'un peu moins de la moitié d'entre elles étaient primipares (46,5%). Nos résultats sont légèrement semblables à ceux de N'dri et al. qui avait trouvé que la plupart des enquêtées avaient eu au moins deux grossesses (88 %), mais la plupart avait au moins deux accouchements (65 %)(9). Cette différence de parité peut s'expliquer par le milieu de vie. Toutes les grandes villes africaines sont maintenant le théâtre d'une baisse de la fécondité. C'est dans les villes que les services de contraception sont les plus accessibles et que les autres facteurs de développement (accès à la santé, éducation, niveau de vie, sensibilisation) sont réunis à des degrés divers.

Dans cette étude, la proportion de femmes enceintes qui ont effectué leur première visite de soins prénatals précocement n'était que de 38,7 %. Ce chiffre est faible par rapport à la recommandation de l'OMS qui stipule que chaque femme enceinte devrait commencer la première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse (10). Il était comparable à ceux relevés par de nombreuses études notamment Yéo et al. en Côte d'Ivoire et Ndiaye et al. au Sénégal qui étaient respectivement de 88,8 % et 68% (8,11). L'amélioration des soins de santé maternelle, en particulier la fourniture de soins prénatals et d'accouchement, sont des mécanismes importants identifiés pour réduire la mortalité maternelle et faciliter ainsi la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) en matière de santé maternelle. Chaque femme enceinte est exposée à des risques de complications pendant la grossesse et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que la première visite ait lieu au début du premier trimestre. La période prénatale offre clairement la possibilité de proposer aux femmes enceintes un certain nombre d'interventions qui peuvent être vitales pour leur santé et leur bien-être, ainsi que pour ceux de leur enfant (5).

Cette étude a montré que les mères enceintes qui avaient un niveau scolaire bas, qui ne connaissaient pas l'intérêt des consultations prénatales précoces et les mères vivant à plus de 5 km d'une structure sanitaire étaient associées de manière significative à la CPN1 tardive. Plus le niveau scolaire de la femme enceinte est bas, plus le recours aux soins de santé moderne est moindre voire inexistant. Ainsi, l'accès aux services de santé maternelle augmente avec le niveau scolaire de la femme (8,12). Un niveau d'instruction élevé facilite une meilleure compréhension des problématiques de santé en général, surtout lorsqu'elles font l'objet de campagnes de sensibilisation. Les mères qui avaient de bonnes connaissances notamment sur l'intérêt des CPN précoces étaient plus susceptibles de les effectuer. Ce résultat était semblable à ceux retrouvés par des études réalisées en Ethiopie (13) au Niger et au Nigeria (14). Le retard dans l'accès à une structure sanitaire (état défectueux des routes, éloignement des établissements sanitaires, manque/insuffisance de moyens de transport, faible revenu des ménages), est le deuxième facteur endogène et exogène qui entrave l'accès aux soins prénatals. Le lieu de résidence a un impact significatif sur l'accès aux soins de santé. Le fait de résider dans la zone périurbaine agit négativement sur le recours aux soins puisque les structures sanitaires situées en périphérie sont sous équipées en matériel mais aussi en personnels de santé (15).

Conclusion

Le retard à la première CPN est une réalité dans le district sanitaire de Koumassi. Cette étude a permis d'observer que près d'une femme sur deux a fait sa première CPN au-delà de la 14ème semaine. Les principaux facteurs explicatifs de ce retard étaient la méconnaissance de l'intérêt de la CPN1 et l'inaccessibilité géographique des centres de

santé. Ces résultats appellent à intensifier les activités de sensibilisation sur l'intérêt de la CPN1 et à mettre à disposition l'offre de la CPN1. La mobilisation de tous y compris la communauté et les agents de santé devrait permettre nul doute un meilleur suivi des grossesses au niveau du district sanitaire de Koumassi.

Références

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014;2(6):e323-33.
2. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2014;384(9947):980-1004.
3. 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. 591 p
4. Cisse CT, Ngoma SI, Martin SL, Tall-Diaw C, Diadiou F. Surveillance épidémiologique de la mortalité néonatale précoce au CHU de Dakar (Sénégal). *Cah Détudes Rech Francoph Santé*. 1997;7(2):109-12.
5. AbouZahr C, Wardlaw T. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities - an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. In: *Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities - an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001* [Internet]. 2003. p. 32-32. Disponible sur: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/med-16647?lang=en>
6. Eckou NSD. Analyse de l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes dans un établissement de santé primaire : cas de la formation sanitaire urbaine communautaire du village d'Abobo-Baoulé (Abidjan). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 2020 ; 3 (6) : 67-80
7. Institut National de la Statistique. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2021. Disponible sur: <https://www.ins.ci/RGPH2021/RESULTATS%20DEFINITIFSRP21.pdf>
8. N'Diaye P, Dia AT, Diediou A, Dieye EHL, Dione DA. Déterminants socioculturels du retard de la 1^{re} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé Publique*. 2005;17(4):531-8.
9. N'dri K, Luc ON, Abdoul KK, Martial ML, Gomez ZKA. Factors associated with delays at the first prenatal consultation in the health district of Kouibly (Côte d'Ivoire). *Rev Afr Sci Soc Santé Publique* 2023;5(1):12-26.

10. World Health Organization. WHO antenatal care randomized trial : manual for the implementation of the new model [Internet]. WHO 2002. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/42513>
11. Yeo S, Kouakou BJP, Coulibaly S. Déterminants socio-culturels du recours tardif à la Consultation Prénatale (CPN) dans l'aire sanitaire de Djébonoua en Côte d'Ivoire. *Int J Multidiscip Res Dev* 2020;7(1):56-65.
12. Nguefack CT. Facteurs déterminants de l'âge gestationnel à la première consultation prénatale à Douala (Cameroun). *J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod.* 2018;19(1). Disponible sur: <http://jsago.org/index.php/jsago/article/view/21>
13. Zegeye AM, Bitew BD, Koye DN. Prevalence and determinants of early antenatal care visit among pregnant women attending antenatal care in Debre Berhan Health Institutions, Central Ethiopia. *Afr J Reprod Health* 2013;17(4):130-6.
14. Ndidi EP, Oseremen IG. Reasons given by pregnant women for late initiation of antenatal care in the Niger Delta, Nigeria. *Ghana Med J.* 2010 ; 44(2). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/gmj/article/view/68883>
15. Messi E, Yaye W. Contraintes À L'accès aux soins de santé maternelle dans la ville de Maroua. *Int J Eng Sci.* janv 2017; 6(1):13-21.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Profil des participantes de l'enquête sur les facteurs associés au retard de la CPN1, district sanitaire de Koumassi (Côte d'Ivoire), mars 2022

Profil des participantes		Effectif	Pourcentage (%)
Age (années)	< 20	43	12.4
	20-29	189	56.4
	30-39	100	28.9
	≥40	14	4.0
Niveau scolaire	Aucun	139	40.2
	Primaire	97	28.0
	Secondaire	83	24.0
	Supérieur	27	7.8
Statut matrimonial	En couple	273	78.9
	Célibataire	72	20.8
	Divorcée/veuve	1	0.3
Profession	Commerçante	173	49.9
	Ménagère	98	28.3
	Artisane	40	11.6
	Salariés	21	6.2
	Elève/étudiante/ Stagiaire	14	4.0
Profession conjoint	Artisan	201	58.2
	Commerçant	63	18.2
	Salariés	63	18.2
	Sans emploi	14	4.0
	Elève/étudiant	5	1.4
Gestité	Primigeste	2	0.6
	Multigeste	295	85.3
	Grande multigeste	49	14.1
Parité	Nullipare	105	30.3
	Primipare	161	46.5
	Multipare	60	17.4
	Grande multipare	20	5.8
Grossesse souhaitée	Oui	255	73.7
	Non	91	26.3
Grossesse acceptée par le conjoint	Oui	335	96.8
	Non	11	3.2
Connaissance de l'intérêt des CPN1	Oui	272	78.6
	Non	74	21.4
Accessibilité géographique	<5 Km	248	71.7
	≥5 Km	98	28.3
Gratuité des CPN	Oui	214	61.8
	Non	132	38.2

Tableau 2: Raisons évoquées par les femmes lors de l'enquête sur les facteurs associés au retard de la CPN1, District sanitaire de Koumassi (Côte d'Ivoire), mars 2022

Raisons des CPN1 tardives	Fréquence	Pourcentage (%)
Manque de temps	80	37,7
Grossesse non souhaitée	61	28,7
Ignorance des risques liés à la grossesse	34	16,0
Est expérimenté	19	9,0
En voyage	14	6,6
Distance	14	6,6
Maladie	7	3,3
Empêché par le mari	4	1,9
Autre*	11	5,4

*Volontaire, Déplacement du mari, Ignorance de la grossesse

Tableau 3 : Relation entre caractéristiques sociodémographiques et la CPN1, District sanitaire de Koumassi (Côte d'Ivoire), mars 2022

Caractéristiques sociodémographiques		CPN1 précoce	tardive	p value
Age	< 20 ans	13 (3,7%)	30	0,609
	20 – 29 ans	74	115	
	30 – 39 ans	42	58	
	≥ 40 ans	5	9	
Niveau scolaire	Aucun	44	95	0,006*
	Primaire	41	56	
	Secondaire	31	52	
	Supérieur	18	9	
Statut matrimonial	Célibataire	26	46	0,631
	En couple	108	165	
	Divorcée	0	1	
Gestité	Primigeste	1	1	0,557
	Multigeste	110	185	
	Grande multigeste	23	26	
Parité	Nullipare	47	58	0,252
	Primipare	54	107	
	Multipare	26	34	
	Grande multipare	7	13	

* p<0,05

Tableau4 : Relation entre l'environnement culturel, les connaissances, l'accessibilité et la CPN1, District sanitaire de Koumassi (Côte d'Ivoire), mars 2022

Caractéristiques sociodémographiques		CPN1 précoce	tardive	p value
Grossesse souhaitée	Non	30	61	0,189
	Oui	104	151	
Acceptation de la grossesse par le conjoint	Non	7	4	0,115
	Oui	127	208	
Connaissance de l'intérêt de la CPN1	Non	15	59	0.0002366*
	Ou	119	153	
Distance habitation-centre de santé	< 5 km	105	143	0,028*
	≥ 5 km	29	69	
Connaissance sur la gratuité de la CPN	Non	102	147	0,171
	Oui	32	65	

* p<0,05