

Déterminants socioculturels du retard de la 1^{re} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal

Socio-cultural determinants of the lateness of the first prenatal consultation in a health district in Senegal

P. Ndiaye⁽¹⁾, **A. Tal Dia**⁽²⁾, **A. Diediou**⁽³⁾, **E.H.L. Dieye**⁽⁴⁾, **D.A. Dione**⁽⁵⁾

Résumé : Objectif : évaluer les déterminants socioculturels du retard de la première consultation prénatale (CPN₁) afin de formuler des recommandations dans le but de réduire la morbidimortalité materno-foetale dans le district sanitaire de Richard-Toll. Méthode : l'étude est de type transversal descriptif et analytique. Elle a porté sur l'ensemble des femmes enceintes reçues pour CPN₁ du 1^{er} mars au 30 avril 2003. Un questionnaire, élaboré sur la base des variables étudiées, a guidé les interviews des femmes enceintes, à leur sortie de la CPN₁, dans 15 structures de santé. Les données ont été saisies et analysées grâce au logiciel Epi Info version 6.04d. Résultats : la population étudiée comptait 351 femmes enceintes. L'environnement culturel, à travers le caractère inattendu de la grossesse, la discrétion qui doit entourer la grossesse, l'ignorance des risques et le refus d'être examiné par des

(1) Docteur en Médecine, assistant au Service de Médecine Préventive et Santé Publique de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, à l'Université Cheikh Anta DIOP (UCAD). Université Cheikh Anta Diop, BP 16390, Dakar, Sénégal.

(2) Docteur en Médecine, Chef du service de Médecine Préventive et Santé Publique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie; et Directeur des études de l'ISED à l'UCAD de Dakar.

(3) Docteur en Médecine, assistant à l'ISED / UCAD - Dakar, et médecin chef du district sanitaire de Darou Mousty.

(4) Docteur en Médecine, Médecin-Chef du District de Richard-Toll.

(5) Docteur en Médecine, assistant à l'ISED / UCAD - Dakar, et adjoint au médecin chef du district sanitaire de Linguère.

prestataires hommes, avait une influence statistiquement significative sur la CPN₁ tardive. De même, la CPN₁ tardive avait un lien statistiquement significatif avec trois éléments du profil social : l'âge à risque (< 18 ans ou > 34 ans), la multiparité (> 3 accouchements), et l'illettrisme. L'illettrisme a un lien statistiquement significatif avec le refus des prestataires hommes, l'ignorance des risques, la grossesse inattendue, et la grossesse cachée qui a un lien supplémentaire avec l'âge à risque. Discussion : le profil social des femmes enceintes étudiées est superposable à celui de la population d'appartenance. La CPN₁ précoce permet la quatrième CPN pour pronostiquer l'accouchement grâce à l'utilisation du score de risque de dystocie (SRD). Ainsi, le retard à la CPN₁ constitue un facteur limitant de la surveillance correcte de la grossesse. Les différents facteurs sociaux et culturels sont souvent intriqués. Cette intrication témoigne de la nécessité d'actions multisectorielles et multidisciplinaires, généralement nécessaires à la résolution des problèmes de santé publique. Dans le but d'améliorer la fréquence de la CPN₁ précoce, trois recommandations ont été proposées.

Conclusion : l'influence des facteurs socioculturels sur la CPN₁ nécessite l'intégration de la CPN dans la stratégie avancée, et un changement de comportement de la communauté par l'éducation pour la santé.

Summary: *Objective : to evaluate the socio-cultural determinants of the delay in having the first pre-natal exam (CPN) in order to make recommendations which aim to reduce maternal and fetal morbidity and mortality in the Richard-Toll health district in Senegal.*

Method: the study was cross-sectional, descriptive and analytical, and was conducted on the entire population of pregnant women who came in for a CPN between March 1st and April 30th, 2003. A questionnaire which was developed on the basis of studied variables steered the interview process which was carried out upon completion of each pregnant woman's CPN in 15 different health facilities. Data were recorded and analysed using Epi Info 6.04d software.

Results: The sample population studied included 351 pregnant women. The cultural environment over the unexpected nature of the pregnancy, the discretion surrounding the pregnancy, the ignorance of the risks, and the refusal to be examined by male health workers all have a statistically significant influence on the tardiness of the first CPN. Similarly, the late CPN has a statistically strong link with three distinctive elements of the pregnant woman's social profile : namely, illiteracy, at risk age (< 18 or > 34 years old), and total number of deliveries (> 3 births). Illiteracy has a statistically significant link with the refusal to be examined by a male health worker, ignorance of the risks, unexpected pregnancies, and trying to hide one's pregnancy, which has an additional link with the age at risk.

Discussion: the social profile of the pregnant women studied is quite similar to that of greater population from which they come. The early CPN allows the care provider to forecast the delivery date with greater precision and to estimate the delivery conditions more accurately at the time of the fourth CPN at which time the risk for potential complications which may necessitate a Caesarean section is thoroughly assessed (DRS). Thus, the delay of the first CPN constitutes a limiting factor in the correct monitoring and surveillance of the pregnancy. The various social and cultural factors are intricately intertwined, and this interaction supports the need for multi-sectoral and multi-disciplinary actions which are generally necessary for the resolution of public health problems. Three recommendations are proposed which aim to improve the frequency of the early CPN.

Conclusion : the influence of socio-cultural factors on the CPN requires that the CPN be fully integrated into a more advanced strategy and that a behaviour change within the community be influenced and take place through health education.

Mots-clés : Grossesse - consultation prénatale - déterminants socioculturels - Sénégal.
Key words: Pregnancy - prenatal examination - socio-cultural determinants - Senegal.

Introduction

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 dans cette cible, surtout dans les pays en développement [1]. La mortalité maternelle va de moins de 10 pour 100 000 naissances vivantes (NV) dans les pays industrialisés à plus de 500 pour 100 000 NV en Afrique [10]. Au Sénégal, elle est de 510/100 000 NV [7].

Un grand nombre 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 [2, 3]. En effet, la plupart des facteurs de risque liés à la grossesse peuvent être dépistés au cours de la consultation prénatale (CPN), d'autant meilleure qu'elle est précoce et régulièrement répétée. Le nombre de CPN varie actuellement de 8 à 13 aux États-Unis, et de 5 à 15 en Europe [5] ; alors qu'au Sénégal il est fixé à 3 au moins, à raison d'une par trimestre [8].

Dans le district sanitaire de Richard-Toll (nord-est du Sénégal), les structures de santé offrant des services de CPN comptent 1 centre de santé (structure de référence) et 14 postes de santé. Le personnel comprend 8 médecins dont 1 gynécologue obstétricien, et 23 paramédicaux dont 3 sages-femmes, avec un *sex ratio* de 1,6 [5]. En 2002, les statistiques ont relevé 2 040 accouchements dont 35 % d'accouchements assistés par du personnel qualifié, 9 % de césariennes, 482 décès maternels pour 100 000 NV, 1 000 morts *per partum* pour 100 000 naissances, et 3 400 décès périnataux pour 100 000 naissances [5]. Le taux d'utilisation de la

CPN ou couverture en première consultation prénatale (CPN₁) était de 60 % et celui d'achèvement ou couverture en troisième consultation prénatale (CPN₃), de 30 % [5]. Ce faible taux d'achèvement en CPN constitue un facteur limitant dans la surveillance correcte de la grossesse et résulterait d'un retard de la CPN₁. C'est ainsi que cette étude se propose d'évaluer les déterminants du retard de la CPN₁ afin de formuler des recommandations dans le but de contribuer à la réduction de la morbidimortalité materno-fœtale au niveau du district.

Matériel et méthode

- **L'étude** est de type transversal descriptif et analytique, des facteurs du retard à la première consultation prénatale (CPN₁).
- **L'échantillonnage** a été exhaustif, comprenant l'ensemble des femmes enceintes reçues pour CPN₁ du 1^{er} mars au 30 avril 2003. Étaient incluses celles résidant au niveau du district depuis au moins trois mois, et exclues celles ayant refusé de participer à l'étude après explication des objectifs et des modalités.
- **Les variables étudiées** étaient l'âge, le nombre d'accouchements, l'ethnie, le statut matrimonial, la profession du conjoint, l'instruction et/ou l'alphabétisation, et la date (période) de la CPN₁.

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 âges à risque étaient ceux inférieurs à 18 ans (grossesse précoce), ou supérieurs à 34 ans (grossesse tardive).

Par ailleurs, étaient explorées : la connaissance des structures de santé offrant des services de CPN, de l'intérêt de la CPN₁ précoce, et des risques pouvant survenir au cours du premier trimestre de la grossesse ; le caractère attendu ou non de la grossesse, la préférence par rapport au sexe des prestataires, et l'accessibilité de la structure (accessible dans un rayon de 5 km, et éloignée au-delà de 5 km).

- **Un questionnaire** a été élaboré sur la base de ces variables. Il a été ensuite testé puis corrigé avant d'être multiplié et confié aux enquêteurs formés à son utilisation. Les interviews étaient menées dans les structures de santé auprès des femmes enceintes, à leur sortie de la CPN₁.

- **Les données** ont été saisies à l'ordinateur, puis analysées grâce au logiciel Epi Info version 6.04 d, avec calcul de fréquence et comparaison de pourcentage. Les tests utilisés étaient ceux de CHI² ou de Fisher en fonction de leurs conditions d'applicabilité. L'intervalle de confiance était de 95 %, et la différence considérée comme significative si p était inférieur à 0,05.

- **La synthèse** a permis d'évaluer pour la population étudiée : le profil social, le caractère précoce ou tardif de la CPN₁, l'environnement culturel, les liens entre l'environnement culturel et le retard à la CPN₁, les liens entre le profil social et le retard à la CPN₁, et les liens entre l'environnement culturel et le profil social.

Résultats

Du 1^{er} mars au 31 avril 2003, la CPN₁ était le motif de consultation pour 351 femmes enceintes reçues dans les structures de santé du district de Richard-Toll. Les résultats ont été les suivants :

Tableau I : Profil social des femmes enceintes reçues pour première consultation prénatale du 1^{er} mars au 30 avril 2003, dans les structures de santé (SS) du district de Richard-Toll.

Profil social	Fréquences	
	Absolues	Relatives
Âge < 18 ou > 34 ans	84	(24 %)
Nombre d'accouchements > 3	104	(30 %)
Zone d'habitation rurale	201	(57 %)
Distance de la SS > 5 km	93	(26 %)
Ethnie Wolof	186	(53 %)
Femme mariée	337	(96 %)
Femme illettrée	235	(67 %)
Époux fonctionnaire	112	(32 %)

Tableau II : Environnement culturel des femmes enceintes, reçues pour première consultation prénatale (CPN₁) du 1^{er} mars au 30 avril 2003, dans les structures de santé (SS) du district de Richard-Toll.

Environnement culturel	Fréquences	
	Absolues	Relatives
Grossesse non attendue	69	(20 %)
Grossesse cachée	224	(64 %)
Ignorance des SS	2	(1 %)
Ignorance des risques du 1 ^{er} tiers	10	(3 %)
Ignorance des intérêts de la CPN ₁ précoce	13	(4 %)
Refus des prestataires hommes	161	(46 %)

Description

- **Le profil social (tableau I) :** les femmes enceintes étaient âgées de 15 à 40 ans avec une moyenne de 26 ans, une médiane à 27 ans, et un écart-type de 6. Elles étaient âgées de moins de 18 ans dans 13 % des cas et de plus de 34 ans dans 11 % des cas. Elles appartenaient à l'ethnie wolof dans 53 % des cas, étaient instruites ou alphabétisées dans 33 % des cas,

Tableau III : Liens entre l'environnement culturel et le retard à la première consultation prénatale (CPN₁) chez les femmes enceintes, reçues du 1^{er} mars au 30 avril 2002, dans les structures de santé (SS) du district de Richard-Toll.

Environnement culturel	CPN ₁		p
	Tardive	Précoce	
Grossesse non attendue	57 (24 %)	12 (11 %)	0,0045
Grossesse cachée	207 (86 %)	17 (15 %)	0,0000
Ignorance des SS	2 (1 %)	0 (0 %)	0,4600
Ignorance des risques	10 (4 %)	0 (0 %)	0,0210
Refus de prestataires hommes	119 (50 %)	42 (38 %)	0,0400
Ignorance des intérêts de la CPN ₁ précoce	11 (5 %)	2 (2 %)	0,1642

Tableau IV : Liens entre profil social et retard de la première consultation prénatale (CPN₁) chez les femmes enceintes, reçues du 1^{er} mars au 30 avril 2002, dans le district sanitaire de Richard-Toll.

Profil social	CPN ₁		p
	Tardive	Précoce	
Âge < 18 ou > 34 ans	67 (28 %)	17 (15 %)	0,0100
Nombre d'accouchements > 3	86 (36 %)	18 (16 %)	0,0002
Zone d'habitation rurale	164 (68 %)	37 (33 %)	0,0000
Structure de santé > 5 km	80 (33 %)	13 (12 %)	0,0000
Ethnie Wolof	129 (54 %)	57 (51 %)	0,6754
Non mariée	10 (4 %)	4 (4 %)	0,5305
Femme illettrée	172 (72 %)	63 (57 %)	0,0057
Mari = non-fonctionnaire	166 (69 %)	73 (66 %)	0,5250

mariées dans 96 % des cas, et mères de plus de trois enfants dans 30 % des cas. Elles habitaient la zone rurale dans 57 % des cas, étaient à plus de 5 km de la structure de santé la plus proche dans 26 % des cas, et avaient un conjoint non-fonctionnaire dans 68 % des cas.

- **La CPN₁** était précoce pour 32 % et tardive pour 68 %.

- **L'environnement culturel (tableau II) :** Les grossesses étaient non attendues dans 20 % des cas, et cachées pour 64 %. L'existence de structures de santé offrant des services de CPN était méconnue dans 1 % des cas, les risques du 1^{er} tiers de la grossesse pour 3 %, et les intérêts de la précocité de la CPN₁ dans 4 % des cas. Le refus de la CPN des prestataires hommes était noté dans 46 % des cas.

Analyse

- **Liens entre environnement culturel et retard de la CPN₁ (tableau III) :** le retard de la CPN₁ avait un lien statistiquement significatif avec quatre éléments de l'environnement socioculturel. La CPN₁ tardive a été plus fréquente chez les femmes enceintes avec une grossesse non attendue, une grossesse cachée, une ignorance des risques, ou un refus de la CPN faite par des prestataires hommes.

- **Liens entre profil social et retard de la CPN₁ (tableau IV) :** le retard de la CPN₁ avait un lien statistiquement significatif avec trois éléments du profil social des femmes. La CPN₁ tardive était plus fréquente chez les patientes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 34 ans, et/ou

Tableau V : Liens entre environnement culturel et profil social des femmes enceintes reçues pour première consultation prénatale du 1^{er} mars au 30 avril 2002, dans le district sanitaire de Richard-Toll.

Environnement culturel	Profil social					
	Âge < 18 ou > 34		Nombre d'accouchements		Ni instruite ni alphabétisée	
	Oui	Non	> 3	≤ 3	Oui	Non
Grossesse non attendue	27 (32 %)	42 (16 %)	23 (22 %)	46 (19 %)	55 (23 %)	14 (12 %)
	p = 0,001		p = 0,452		p = 0,012	
Grossesse cachée	51 (61 %)	173 (65 %)	73 (70 %)	151 (61 %)	178 (76 %)	46 (40 %)
	p = 0,497		p = 0,106		p = 0,000	
Ignorance des risques	3 (4 %)	7 (3 %)	5 (5 %)	5 (2 %)	10 (4 %)	0 (0 %)
	p = 0,442		p = 0,140		p = 0,017	
Refus des prestataires hommes	33 (39 %)	128 (48 %)	42 (40 %)	119 (48 %)	118 (50 %)	43 (37 %)
	p = 0,165		p = 0,181		p = 0,020	

ayant accouché plus de trois fois, et/ou illettrées.

• **Liens entre environnement culturel et profil social (tableau V) :** l'illettrisme avait un lien statistiquement significatif avec le refus des prestataires hommes, l'ignorance des risques, la grossesse cachée, et la grossesse non attendue qui avait un lien supplémentaire avec l'âge à risque.

Discussion

• Le profil socioculturel des femmes enceintes étudiées est superposable à celui de la population d'appartenance. Le problème de l'inaccessibilité géographique des structures de santé reste encore d'actualité dans certaines parties du pays. Certaines femmes enceintes, par pudeur, se présentent comme mariées alors qu'elles ne le sont pas. L'illettrisme révèle la sous scolarisation des filles retenues à domicile pour les activités ménagères ou par les mariages précoces. La prédominance des

conjoints dans le secteur tertiaire s'explique par le fait que l'agriculture et le commerce dominent les activités économiques à Richard-Toll [6].

• La consultation prénatale (CPN) permet de prendre les mesures appropriées pour que l'accouchement se déroule au bon moment (programmer si nécessaire), au bon endroit (référer s'il le faut), et dans les meilleures conditions (considérer les particularités de chaque parturiente) [4]. La première CPN (CPN₁) doit ainsi être faite relativement tôt en début de grossesse pour permettre une quatrième CPN actuellement proposée par la Division de la Santé de la Reproduction [7]. La quatrième CPN serait l'occasion de faire un pronostic de l'accouchement grâce à l'utilisation du score de risque de dystocie [10]. Ainsi, le retard à la CPN₁ constitue un facteur limitant de la surveillance correcte de la grossesse [5].

• L'environnement culturel influe significativement sur le retard à la CPN₁ à travers quatre éléments : la grossesse inattendue, la grossesse cachée, l'ignorance des risques, et

le refus des prestataires hommes. L'influence de la grossesse non attendue (non désirée) pourrait s'expliquer par la honte et la crainte ainsi que par l'espoir de son interruption spontanée ou clandestinement provoquée avant qu'elle ne soit visible. Elle remet à jour les besoins non satisfaits en contraception [9]. Les femmes cachent leur grossesse sur la base de concepts mystiques. En effet, selon les croyances locales, la femme enceinte est considérée comme vulnérable au cours des trois premiers mois. La discrétion est donc une forme de protection contre les esprits maléfiques, auxquels pourraient faire recours, par jalousie, les coépouses en milieu polygame [6, 13]. L'influence de l'ignorance des risques pouvant survenir au cours du premier trimestre de grossesse s'explique par les croyances et pratiques qu'il importe de changer par des messages d'éducation pour la santé [12]. Le refus de la CPN faite par un prestataire homme est renforcé par des considérations religieuses qui admettent difficilement un homme autre que le mari dans l'intimité d'une femme [5].

- Le profil social agit sur le retard de la CPN₁ par l'intermédiaire de trois éléments : l'âge, le nombre d'accouchements, et l'illettrisme. L'influence de l'âge est différente selon la situation considérée. Avant 18 ans, les femmes ont en général plus de grossesses hors mariage, condamnées par la société. Après 34 ans, se pose le problème de rivalité entre coépouses, mais aussi la honte pour une femme de continuer sa vie reproductive [5]. Le nombre d'accouchements intervient par le biais du sentiment de culpabilité de la femme envers le système de santé qui prône la planification familiale [9]. L'illettrisme intervient par le biais de l'ignorance qu'il entretient [11].

- Les différents facteurs sociaux et culturels sont souvent intriqués. Cette intrication souligne le caractère multisectoriel et pluridisciplinaire des actions qu'il faut considérer en général dans la résolution des problèmes de santé publique [1, 11].

- Dans le but d'accroître la fréquence de la CPN₁ précoce, les recommandations suivantes ont été proposées :

- Augmenter l'accessibilité des services de CPN par le renforcement de leur intégration dans les activités de santé menées en stratégie avancée.

- Élaborer des messages d'éducation pour la santé, axés sur l'importance de la CPN₁ précoce, ciblant particulièrement les femmes d'âge à risque, multipares et illettrées.

- Intégrer ces messages d'éducation pour la santé dans les programmes scolaires et d'alphabétisation.

Conclusion

Au niveau du district de Richard-Toll, la première consultation prénatale est retardée par des facteurs socioculturels qu'il importe de corriger. Cela nécessite un changement de comportement de la communauté par l'éducation pour la santé.

Les messages à transmettre devraient porter sur les moyens de prévenir les grossesses non désirées (contraception), l'importance de la CPN₁ précoce et la parité de sexe des professionnels. Ils doivent cibler particulièrement les femmes en âge de procréer, et surtout celles qui sont âgées de moins de 18 ans ou de plus de 34 ans, celles qui ont accouché plus de 3 fois, et celles qui sont

analphabètes et non instruites. La résolution de ces problèmes doit impliquer tous les secteurs du développement, particulièrement les sec-

teurs scolaires et d'alphabétisation, afin d'améliorer la santé du couple mère-enfant, dans la commune de Richard-Toll.

BIBLIOGRAPHIE

1. Banque Mondiale. Investing in Health. The World Bank, World Development Report, September 1993 : 344 p.
 2. Cisse T, Ngoma ST, Saloyl M, Tall Diaw C, Diadhiou F. Surveillance de la mortalité néonatale au CHU de Dakar (Sénégal) : Cahier Santé 1997, 7 (2) : 109-12.
 3. Diagne A. Étude évaluative de la qualité de la pratique de la consultation prénatale dans le district de Louga. [Mémoire CES Santé Publique (Épidémiologie, Bio statistique et Informatique)]. Dakar : ISED, 1995, 21 p.
 4. Dieng D, Diouf A, Faye EO, Diadhiou F. Le Suivi prénatal à Dakar. Bulletin trimestriel de la représentation de l'OMS au Sénégal 1995; (6) : 13-24.
 5. Dièye EL. Étude des facteurs déterminant le retard à la première consultation prénatale au niveau du district sanitaire de Richard-Toll (Sénégal). [Mémoire CES Santé Publique (Épidémiologie, Bio statistique et Informatique)]. Dakar : ISED, 2003, n°11-1-08 : 35 p.
 6. Mbow EM. Étude évaluative de la qualité de la consultation prénatale dans le district de Kaolack. [Mémoire CES Santé Publique (Épidémiologie, Bio statistique et Informatique)]. Dakar : ISED, 1995 : 23 p.
 7. Ministère de la santé (Sénégal). Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé. Direction des Études, de la Recherche et de la Formation, 1999 : 212 p.
 8. Ministère de la santé (Sénégal). Politique et normes des services de la santé de la reproduction. Service National de la Santé de la Reproduction, 2000 : 80p.
 9. Ndiaye CAT, Delaunay V, Adjamagbo A. Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural sereer au Sénégal. Cahier Sante 2003; 13 : 31-7.
 10. Ndiaye P, Diallo I, Wone I, Fall C. Un nouvel outil d'aide à la décision médicale dans la lutte contre la mortalité maternelle : « le score de risque dystocique ». Cahier Santé 2001 ; 11 : 133-8.
 11. Programme des Nations-Unies pour le développement : Rapport 2^e mission d'identification pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal. Dakar, 1989.
 12. Soltani MS, Sakhouni M, Belguith Z, Ben Selem K, Gacem H, Bachir A. Évaluation des connaissances des mères concernant les soins préventifs pré et postnatals dans le Sahel tunisien. Santé Publique 1999; 11 (2) : 203-10.
 13. Vangeenderhuysen C, De sardan JPO, Moumouni A, Souley A. À propos de quelques pratiques obstétricales au Niger. Cahier Santé, 1998 : 8 (4) : 265-8.
-