UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

*****@@@*****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

*****@@@*****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

*****@@@*****

MEMOIRE DE MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Sujet :

PERCEPTIONS ET VECU DES GESTANTES ET ACCOUCHEES RECENTES DE L'ARRONDISSEMENT DE GODOMEY SUR LES FACTEURS DETERMINANTS DES CONSULTATIONS PRENATALES

Soutenu par :

GBADOVI A. M. Jocelline

Sous la direction de :

Dr. Michel MEHINTO

Enseignant-Chercheur à la FASHS

Membre de Jury

Présidente : Dr. (MC) Sylvie de CHACUS

Examinateur : Dr. Michel M. MEHINTO

Rapporteur : Dr. Modeste OGNIN

Note : 16/20

Mention : Bien

Soutenu le 05 Aout 2021

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2
DEDICACE 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 5
LISTE DES TABLEAUX 7
RESUME 8
ABSTRACT 8
INTRODUCTION 9
PREMIERE PARTIE : CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 12
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 13
CHAPITRE II : CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 31
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 41
CHAPITRE III : DETERMINANTS DE LA CONSULTATION PRENATALES A GODOMEY 42
CHAPITRE IV : PRISE DE DECISION DE LA CPN ET RAPPORTS SOCIAUX AUTOUR DE L'ENFANTEMENT 56
CONCLUSION 64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 66
ANNEXES 69
TABLE DES MATIERES 76

DEDICACE

Je dédie ce mémoire à :

- ✓ mon oncle Irenée ZINSOU ;
- ✓ mon époux Victorin BESSANH.

REMERCIEMENTS

NOS PROFONDES GRATITUDES A :

- Dr Michel MEHINTO, Psychologue Clinicien, Enseignant-Chercheur, notre maître de mémoire pour sa disponibilité et sa rigueur dans la conduite du présent travail de recherche ;
- tous les enseignants du Département de Psychologie en mémoire de leurs conseils et enseignements ;
- tous les membres du jury, pour leur disponibilité à examiner le présent travail ;
- toutes les personnes enquêtées dans le cadre de ce travail, merci pour vos apports ;
- toutes les familles ZINSOU et GBADOVI pour le soutien de tous les jours ;
- toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail par leurs divers apports.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BDCF : Bruits Du Cœur Fœtal

BW : Bordet Wassermann

CPN : Consultation Prénatale

CPNR : Consultation Prénatale Recentrée

CA : Circonférence Abdominale

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

DRSPL : Délégation Régionale de la Santé Publique du Littoral

FA : Fréquence Absolue

FR : Fréquence Relative

HAS : Haute Autorité de la Santé

HU : Hauteur Utérine

HB : Hémoglobine

HINTP : Higher Institute for Nurses and Technico-Sanitary Personnels

IEC : Information, Education et Communication

ISNTP : International School for Nurses and Technico-Sanitary Personnels

MSP : Ministère de la Sante publique

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

MAF : Mouvements Actifs du Fœtus

MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'insecticide
MST	:	Maladies Sexuellement Transmissibles
NFS	:	Numération Formule Sanguine
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PCV	:	Prélèvement Cervico vaginal
PEC	:	Prise En Charge
RCIU	:	Retard de Croissance Intra Utérin
SIDA	:	Syndrome De l'Immunodéficience Acquise
SA	:	Semaine d'Aménorrhée
TA	:	Tension Artérielle
TPHA	:	Treponema Pallidum Haemaglutination Assay
TV	:	Toucher Vaginal
UNICEF	:	Fond Des Nations Unies Pour L'enfance
VIH	:	Virus de l 'Immunodéficience Humaine
VAT	:	Vaccin Antitétanique
VDRL	:	Venereal Disease Research Laboratory

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Centres de documentation et informations recueillies 35
Tableau II : Répartition des catégories sociales 36
Tableau III : Répartition des professionnels de santé 43
Tableau IV : Répartition des gestantes et des accouchées récentes suivant l'âge 43
Tableau V : Présentation des gestantes et accouchées récentes suivant le niveau d'instruction..... 44
Tableau VI : Présentation des gestantes et accouchées récentes suivant le statut matrimonial..... 45
Tableau VII : Présentation des gestantes et accouchées récentes suivant la religion..... 45
Tableau VIII : Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant la profession 46
Tableau VIIII : Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant le nombre de grossesse..... 47
Tableau X : Point de vue des gestantes et accouchées récentes sur les activités sportives..... 49

RESUME

De nos jours, une grande attention est accordée à la santé reproductive de la femme et au suivi de la grossesse notamment. Ce suivi implique une régularité sans faille des consultations prénatales qui favorisent le développement normal des grossesses et limite les risques éventuels de complications ou d'aggravation de pathologies. Pour cette recherche, nous nous sommes fixés comme objectif, d'analyser les perceptions et vécu des gestantes et accouchées récentes de l'arrondissement de Godomey sur les facteurs déterminants des consultations prénatales. Pour y parvenir, nous avons opté pour une approche mixte combinant les méthodes qualitative et quantitative.

Ainsi, nous sommes parvenus aux termes des recherches que plusieurs perceptions entravent les consultations prénatales à Godomey. La femme enceinte ne peut pas décider à elle seule, d'aller aux consultations sans le consentement de son conjoint. Elles doivent requérir l'avis du mari ou du chef de la famille. Leur faible pouvoir d'achat en est une des raisons. Outre quelques mères expérimentées et instruites, beaucoup de femmes ne disposent d'aucune connaissance en matière de santé reproductive et du suivi des grossesses.

Mots clés : perception ; vécu ; gestante et accouchée récentes ; consultation prénatale ; Godomey.

ABSTRACT

INTRODUCTION

La grossesse n'est pas seulement un moment d'attente de l'accouchement. C'est souvent une période formatrice de la vie d'une femme, qui peut être joyeuse et épanouissante pour la femme, en tant qu'individu, mais aussi en tant qu'être social. Mais elle peut être une période de détresse et de souffrance, si elle n'est pas désirée, si elle arrive au mauvais moment, ou encore si des complications ou des circonstances adverses compromettent son déroulement et entraînent une maladie, voire une issue fatale **(**Leke, 1992). Selon Sitouck (2006), aucun pays n'envoie ses soldats défendre leur patrie sans se préoccuper de les voir revenir sains et saufs, et pourtant, depuis des siècles, l'humanité envoie ses femmes au combat pour le renouvellement de l'espèce humaine sans les protéger. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant demeure encore un objectif prioritaire dans la plupart des pays du monde. L'importance accordée à ce sujet est motivée par la fréquence et la gravité des problèmes de santé dont souffrent la mère et l'enfant et les taux élevés de mortalité maternelle et infantile qui sont respectivement de 464 pour 100.000 naissances et 96 pour 1000 enfants selon l'EDS (2014)**.** Une diminution trop lente du taux de mortalité maternelle pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, à savoir une diminution de moins de 1%. Alors qu'il faut réduire annuellement de 5,5% le taux de mortalité entre 1990 et 2015 pour atteindre l'objectif fixé, les chiffres publiés aujourd'hui par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale font apparaître une diminution annuelle inférieure à 1%. En 2015, on a dénombré 536 000 décès maternels contre 576 000 en 1990, 99% de ces décès étant enregistrés dans des pays en développement (Koemer et Montaya, 2015).

Ainsi dans plusieurs pays des programmes ont été développés dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles. Au Bénin, on retient les programmes comme la promotion de la contraception, le programme

de périnatalité, le système référence évacuation, la gratuité de la césarienne, les soins prénatals.

Les soins prénatals, soins que reçoit une femme au cours de la grossesse, aident à assurer des résultats sains pour la femme et les nouveau-nés **(**Seguy, 2003)**.** Ils constituent une porte d'entrée pour toute une gamme de services de santé au niveau de la promotion de la santé et des services de santé préventifs. Ils constituent un maillon dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Ces soins sont l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelle, en particulier là où l'état de santé général des femmes laisse à désirer **(**Konate, 2002). Cet état de fait a été expliqué par Seguy **(**2003). Pour celui-ci, dans les pays en développement aujourd'hui, comme il y a cinquante ans dans les pays industrialisés, une grande partie de la population est mal logée, mal nourrie, en mauvaise santé et ignorante de ce qui est bon pour elle et pour ses bébés. Tant que les gens ne sont pas plus prospères et que les avantages économiques ne sont pas plus largement repartis, la surveillance prénatale peut fournir les soins nécessaires pour compenser certains des effets néfastes de la pauvreté et du sous-développement à grande échelle **(**Konate, 2002).

Cependant la forme traditionnelle de la consultation prénatale a été sujet de plusieurs insuffisances en particulier l'approche risque, sa réalisation du point de vue logistique ou financier, la non prise en compte du besoin particulier de chaque pays, l'absence de préparation de l'accouchement. C'est ainsi qu'une nouvelle approche des soins prénatals a vu le jour, appelée consultation prénatale recentrée. Cette approche met l'accent sur la qualité des soins plutôt que leur nombre (Passchier, 2003). Ces soins sont offerts à toutes les femmes enceintes qui fréquentent les centres de santé. Ils doivent répondre aux normes, à des principes, pour avoir les effets souhaités. Préoccupée par les questions qui entourent la santé féminine, notamment la santé reproductive des femmes

enceintes et des accouchées récentes, nous avons voulu dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, en faire une investigation surtout sur un pan psychologique. Il s'agit pour nous, d'évaluer le vécu et la perception des gestantes et des accouchées sur les différentes composantes de la santé féminine et de la santé reproductive de façon générale.

Pour ce faire, la recherche, que nous nous proposons d'effectuer, s'articule autour de deux grandes parties. La première rassemble le cadre théorique et méthodologique de la recherche. La seconde porte sur la présentation et l'analyse des résultats de l'enquête et les discussions des résultats.

PREMIERE PARTIE :
CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre aborde dans un premier temps la problématique, définit les hypothèses, les objectifs et les principaux concepts de la recherche et d'autre part, une synthèse des écrits scientifiques concernant le sujet de recherche.

1- Problématique

En Afrique, l'épanouissement de toute femme ne s'accomplit qu'au fur et à mesure de ses maternités, gage de bonheur familial. Au Bénin, l'enfant constitue l'élément catalyseur du couple et de la famille. Une grossesse n'est certes pas une maladie mais elle doit faire l'objet d'un suivi régulier sous les soins d'un professionnel de santé. Alors, "comment vivre sa grossesse en toute sécurité ?" Telle est la préoccupation majeure des futures mamans. Néanmoins des accidents parfois graves interviennent, dont beaucoup peuvent être évités par des actions relativement simples (éducation, Communication pour le Changement de Comportement aux femmes enceintes...). Pour assurer la mission de la CPN et pour être à même de remplir complètement son rôle, l'infirmier est appelé à réaliser certaines tâches essentielles concernant la surveillance d'une grossesse. Parmi ces tâches on trouve la préparation de la gestante par rapport aux différents changements physiologiques, au travail de l'accouchement, à l'allaitement maternel et bien d'autres encore.

Ainsi, Guedney (2002) estime que l'accouchement est un évènement physiologique et naturel, nécessitant une connaissance et une préparation adéquate au cours de la grossesse. Considéré comme le meilleur élément de suivi d'une grossesse, les soins prénataux sont indispensables pour un bon suivi et un développement harmonieux d'une gestation tant pour le fœtus que pour la mère. Pour cela, l'éducation de la femme enceinte doit se faire tout au long de la grossesse selon les travaux de Guedney (2002). Ce suivi est nécessaire parce que la grossesse peut être une période à risque en termes de morbidité et de mortalité

périnatales et/ou maternelles. Dans cette perspective, Bechir (2007), souligne que la consultation prénatale est un ensemble de mesures permettant de prévenir la mortalité maternelle par la détection à temps et la prise en charge des complications potentielles et les femmes sujets de risque. L'OMS (2005) souligne que la grossesse est une période très favorable aux activités éducatives car la femme est particulièrement réceptive aux conseils qui lui sont donnés tant pour elle que pour son futur enfant. La femme enceinte doit être encadrée de manière à se porter en bonne santé pour assurer le bon déroulement de sa gestation ainsi qu'un accouchement normal. Il est donc important pour elle de savoir qu'elle doit se soumettre inconditionnellement aux soins prénataux.

Un bon suivi médical lui permet d'éviter plusieurs troubles plus ou moins graves ainsi que les complications. Ce suivi permet aussi d'aborder l'accouchement dans les meilleures conditions. Dans ce sens, l'OMS /UNICEF (2005) affirment que, « quand les femmes ont accès à des soins prénataux, et à des conseils des professionnels, bon nombre de dangers et de complications liés à la grossesse peuvent être évités ».

Selon le rapport de l'OMS (2009), 45% des femmes enceintes vont en consultation prénatale dans le monde. Le même rapport souligne qu'à chaque minute dans le monde, une femme meurt des complications liées à la grossesse soit 600 000 par an. De même, le rapport 2015 de l'OMS, renseigne qu'une femme sur 26 meurt suite aux complications liées à la grossesse en Afrique. Suivant les travaux de Hortense (2010), on enregistre 100 décès maternels pour 1000 naissances vivantes et ceci serait dû à la faible utilisation des services de CPN. L'éducation de la femme enceinte au cours des CPN constitue une attribution fondamentale du personnel de la prise en charge sanitaire de la future maman.

Dans le rapport l'OMS (2016), la CPN doit permettre de mener la grossesse à bien pour la mère et son enfant, étant donné que la plupart des femmes sujets de risque liés à la grossesse peuvent être détectés au cours des CPN.

Une nouvelle approche dite ‘’Soins prénataux recentrés’’ met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre de visites/consultations prénatales. Cette approche reconnaît aussi que les CPN fréquentes n'améliorent pas nécessairement les résultats de la grossesse. Selon Panel (2005), les CPN sont souvent difficiles à réaliser du point de vue de la disponibilité des femmes enceintes ou de leur accessibilité aux CPN dans les pays en voie de développement. D'après le rapport du Ministère de la Santé (2008) relatif à la santé de reproduction, il est reconnu que beaucoup de femmes identifiées comme étant à haut risque ne développent pas toujours des complications tandis que des femmes qui sont censées être à faible risque en développent souvent. Une autre stratégie clé des soins prénataux recentrés est que chaque consultation doit être menée par un prestataire de soins de santé compétent, c'est-à-dire une infirmière, une sage-femme ou un médecin.

Aussi, le gouvernement avait-il mis en place une stratégie sectorielle de santé 2001-2010 dont les objectifs étaient les suivants :

- Vacciner au moins 80% des femmes enceintes contre le tétanos maternel et néonatal ;
- Augmenter la PEC des accouchements par un personnel qualifié de 54% à au moins 70% ;
- Mettre la PCIME dans au moins 80% des districts de santé ;
- Réduire la mortalité maternelle de 50% en 2010 ;
- Réduire de 30% les pratiques néfastes liées à la santé de la reproduction (excisions, mariages précoces) ;
- Réduire la mortalité infantile de 77à 50% pour 100 naissances en 2010.

Cependant, le Bénin avec les partenaires au développement ont convenu l'évaluation à mi-parcours de cette stratégie sectorielle et de l'actualiser pour la porter à l'horizon 2016, conformément aux objectifs du développement durable. Les Synergies Africaines (2009) stipulent qu'au Bénin une femme meurt chaque deux heures en donnant la vie. Décès lié aux complications de la grossesse. L'OMS a mené une enquête démographique et sociale en Afrique centrale(2008) et les statistiques ont révélé que 57% des femmes enceintes ne sont pas surveillées et suivies en CPN ; 58%d'entre elles n'ont pas été protégées contre le tétanos maternel et néonatal et 92% des femmes accouchent sans assistance du personnel qualifié.

Au regard de tout ceci, les pays ayant connu des avancés en matière de protection sociale des femmes enceintes et des enfants, dans le souci de la réduction de la mortalité maternelle, périnatale et infantile, ont mis l'accent sur l'éducation et l'ont considérer comme une activité essentielle offerte à la femme enceinte au cours de la CPN. Cette dernière constitue tout au long de la grossesse, le principal élément de suivi et une occasion pour la future maman de se préparer et affronter sans craintes les différents changements liés à l'état de grossesse ainsi que la conduite à tenir afin de vivre sa grossesse de manière épanouie et consciente grâce à des méthodes éducatives utilisées pendant les CPN.

Nonobstant ceci, il a été constaté avec regret que grand nombre des femmes enceintes arrivaient à terme sans avoir fait le minimum d'au moins quatre consultations prénatales telles que recommandées par l'OMS à savoir :

- 1ère visite avant la 16ème semaine ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.
- 2ème visite située entre la 24ème et la 28ème semaine (5 à 6 mois) ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre
- 3ème visite à la 32ème semaine soit 7 mois

- 4ème visite à la 36èmesemaine soit 8 mois

Dans l'arrondissement de Godomey, cadre de la présente recherche, les gestantes et les accouchées n'échappent pas aux complications liées à la grossesse. Les consultations prénatales, même si elles sont recommandées, ne sont pas le plus souvent respectées par les femmes. Nombre de fsujets et de considérations sociales impactent les consultations prénatales des gestantes dans cette localité du sud Bénin. Pourtant, il n'y a pas de jours où on n'assiste à des cas de complication dû au manque de suivi d'une grossesse. De ces complications, il y en a qui passent même de vie à trépas. Face à cette situation, les populations n'ont pas encore totalement intégré les consultations prénatales dans leurs habitudes.

Cette situation nous a préoccupé et nous nous sommes posé la question de savoir en quels termes s'expriment les perceptions et vécu des gestantes et accouchées récentes de l'arrondissement de Godomey sur les fsujets déterminants les consultations prénatales dans la localité ? Pour répondre à cette question de recherche, nous avons formulé les hypothèses ci-après :

1-1-Hypothèses de recherche

1- Les perceptions autour de la grossesse à Godomey constituent un frein aux consultations prénatales chez les gestantes ;

2- La décision d'aller en consultation prénatale sans l'accord de l'époux représente une entrave à la continuité du processus.

1-1-1-Objectifs de recherche

Nous distinguons dans le cadre de la présente recherche, deux catégories d'objectifs. Un objectif général et deux objectifs spécifiques.

1-2-1- Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'analyser les perceptions et vécu des gestantes et accouchées récentes de l'arrondissement de Godomey sur les fsujets déterminants des consultations prénatales.

1-2-2- Objectifs spécifiques

1- Relever les perceptions sociales liées aux consultations prénatales des gestantes et accouchées récentes à Godomey ;
2- Déterminer le lien entre l'accord de l'époux et les consultations prénatales des gestantes et accouchées récentes à Godomey.

2- Clarification conceptuelle

Il convient d'élucider à cette étape de la recherche, certains concepts fondamentaux afin de rendre plus aisée la compréhension de notre travail au lecteur et d'éviter toute confusion.

Perception

Pour le petit Larousse (2014), le terme perception renvoie à une notion de recette, de recouvrement des impôts. C'est l'action de recueillir des deniers, des impôts ; encaissement ou appropriation, par la personne qualifiée pour en jouir, des produits, fruits ou revenus d'une chose ; recouvrement des impositions par le percepteur des impôts ; emploi, bureau du percepteur. En philosophie (Legault, 2009), c'est l'acte par lequel l'esprit aperçoit l'objet qui fait impression sur les sens. C'est donc l'idée, la compréhension plus ou moins nette que l'on a de quelque chose. Goulard (2014), parle d'événement cognitif dans lequel un stimulus ou un objet, présent dans l'environnement immédiat d'un individu, lui est représenté dans son activité psychologique interne, en principe de façon consciente ; fonction psychologique qui assure ces perceptions. Beaux-arts (1920, p.68) souligne que la perception est une opération psychologique

complexe par laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel. Par ailleurs, la psychanalyse fait la distinction entre la perception externe et la perception interne, la première étant fondée sur des sensations dérivées des organes des sens, la seconde étant fondée sur la conscience que l'on prend des processus mentaux « internes » (Bonnet, 1986). Pour l'auteur, c'est la connaissance que le moi possède de ses états et de ses actes par la conscience. Selon l'OMS (2006), la perception est l'activité par laquelle un sujet fait l'expérience d'objets ou de propriétés présents dans son environnement. Cette activité repose habituellement sur des informations délivrées par les sens. Chez l'espèce humaine, la perception est aussi liée aux mécanismes de cognition. Le mot « perception » désigne donc selon cette organisation : soit le processus de recueil et de traitement de l'information sensorielle ou sensible, soit la prise de conscience qui en résulte. En psychologie expérimentale, chez l'être humain en particulier, on distingue des échelles de perception consciente d'une part, et la perception inconsciente, d'autre part. Celle-ci est qualifiée parfois d'« implicite » ou « subliminale ». Cette distinction a été étendue aux autres animaux dans la mesure où ils peuvent être entraînés et conditionnés à indiquer s'ils ont perçu ou non un stimulus (Vermersch, 2005). La perception d'une situation fait donc appel tout à la fois aux sens physiologiques d'un organisme et à ses capacités cognitives, à un niveau élémentaire ou conscient. Evoluant dans ses réflexions, l'auteur souligne qu'entre perception et réalité objective, il existe un décalage qui, habituellement, demeure modéré et compatible avec une adaptation satisfaisante et que c'est seulement dans des conditions expérimentales ou pathologiques que surviennent des écarts notables.

Dans le cadre de cette recherche, la perception est comprise sous l'angle des opérations psychologiques qui codent et coordonnent les diverses sensations

liées aux sujets déterminants des consultations prénatales des gestantes et accouchées récentes de l'arrondissement de Godomey.

Vécu

D'après le petit Robert (2009), le terme vécu fait allusion à ce qui a lieu dans la vie de quelqu'un, le ressenti. C'est l'expérience donnée par la vie de cette dernière. Pour Vermersch (2005), Le concept de vécu semble évident. Pour lui, est un vécu « *ce qui fait partie de la biographie d'une personne, donc de sa vie* ». Mais quand on veut aller plus loin dans la littérature, on se rend compte que le mot vécu est un de des célèbres concepts qui ont un noyau de sens clairement défini et des bords flous. Comme on peut le comprendre avec Vermersch (2005), « *tout vécu est le vécu d'une personne ; donc incarné, au sens où il désigne ce qui a été effectivement dans la vie d'une personne, dans son mode propre, (c'est-à-dire qu'il ne faut pas confondre vivre un acte de charité parce qu'on l'accomplit, vivre le fait de penser ou d'imaginer la charité, vivre le fait de parler, de lire ou de regarder un film sur la charité. Chacun de ces moments est un vécu qui se rapporte thématiquement à la charité, mais chacun de ces vécus a un rapport très différent à la charité, et le seul qui ait un rapport incarné est celui de l'accomplissement d'un acte de charité* ». Donc n'est un vécu que ce qui appartient à une personne et à une seule. Spinoza (1661-1677), suppose que l'on rejette le concept de vécu pour parler de ce que vit un animal, un objet, une plante. Encore que le concept de vécu ne lui semble pas convenir pour désigner ce qui se passe pour un collectif, une équipe. Pour l'auteur, dans un collectif, chaque membre a vécu la situation ; « *par extension, on l'utilise pour désigner le vécu d'une équipe, même si c'est un concept qui désigne une réalité certaine, il le fait de façon métaphorique* ». Donc tout vécu relève d'une personne et d'une seule, car sur le mode expérientiel seul le rapport à l'expérience d'un sujet l'informe de son vécu. Cela exclu ce qu'a vécu un autre que soi, même si l'empathie est très forte. L'on ne connaîtrait le vécu d'un

autre que par empathie avec ce qu'on observe et par son récit, donc, en seconde personne uniquement. Donc un vécu est toujours un vécu à la première personne Spinoza (1661-1677). Le fait qu'un vécu soit toujours rapportable à une personne, à un sujet humain, fait que d'office, on peut s'attendre au fait que tout vécu présentera les propriétés communes à tout sujet : avoir une cognition, des émotions, des organes sensoriels et donc des sources d'informations perceptives, un corps organisé, des croyances, une ou plusieurs identités etc.

Quel que soit le contenu du vécu, nous comprenons à travers cette recherche que la personne qui le vit, en l'occurrence les gestantes et accouchées récentes de l'arrondissement de Godomey l'a vécu selon des fsujets déterminants des consultations prénatales.

La Consultation

Selon Le Petit Robert (2000), est l'examen d'un malade par un médecin. C'est un exercice à partir duquel, le professionnel de santé examine l'état biologique d'un individu afin de diagnostiquer un mal et recommander un traitement. Dans le contexte de cette recherche, c'est l'examen d'une femme enceinte pendant la grossesse par une sage-femme, un gynécologue ou un infirmier dans l'objectif d'assurer un développement adéquat de la gestation tant pour le fœtus que la future mère. La consultation est dite prénatale lorsqu'elle implique un ensemble de surveillances infirmières et/ou médicales apportées à la future mère depuis le début de la conception jusqu'au début du travail (Larousse 2002). D'après l'OMS (2006), la consultation prénatale est l'ensemble des soins donnés par un personnel compétent qui a reçu une formation, a de l'expérience et des connaissances pour fournir des soins de santé sûres et efficaces à la future mère. L'OMS (2009) stipule que la consultation prénatale ou soins prénataux sont les soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse pour s'assurer que son nouveau-né et elle survivent en bonne santé à la grossesse et à l'accouchement. Cette partie implique la PEC de la femme enceinte par elle-même et par le personnel

de santé. Quant à Enzdia (2008), la consultation prénatale est l'ensemble des surveillances infirmières et médicales permettant de détecter une grande partie des grossesses à risque et de prendre les mesures adéquates pour diminuer les risques liés à l'accouchement.

3-Revue de littérature

Cette partie sera consacrée aux productions scientifiques des auteurs ayant abordé les questions liées à la santé de reproduction et aux consultations prénatales des femmes enceintes notamment. Elle constitue une étape préalable incontournable à toute recherche et permet de savoir si l'information que l'on recherche n'a pas fait l'objet d'une étude antérieure. Il s'agit donc de collecter, d'analyser et de synthétiser des informations secondaires. Elle a aussi favorisé l'élargissement du champ de vision sur la thématique de recherche.

L'utilisation des services de santé a été largement étudiée dans la littérature scientifique et dès les années 70, des modèles ont été développé pour comprendre ce phénomène d'utilisation en Afrique. Certains auteurs, notamment Kohn et White, mettent en avant un élément particulier dans le contexte des pays en développement (OMS, Kohn, & White, 1976). En effet, il existe une cohabitation singulière des systèmes de soins, cohabitation que l'on peut opposer à la simple dichotomie faite entre médecine « occidentale » et médecine « traditionnelle ». Il semblerait que l'utilisation des services de santé est tributaire de la pluralité de l'offre de soins et de la relative indépendance des patients vis-à-vis des prestataires de santé (OMS et *al*., 1976). Le caractère pluraliste de l'utilisation des soins en Afrique s'explique par le fait qu'il est parfois difficile pour les patients de faire des choix définitifs entre médecine occidentale et traditionnelle. Dans une étude menée au Ghana, Bierlich explique que la médecine biomédicale reste homogène à une interprétation relativement univoque de la maladie, tandis que la médecine traditionnelle est plutôt plurielle

(Bierlich, 2000), c'est-à-dire que les pratiques thérapeutiques sont typiquement spirituelles mais peuvent parfois s'inspirer de la biomédecine (Bierlich, 2000). Aussi, il est clairement établi que l'utilisation des systèmes de soins est systématiquement diversifiée. Dans une méta analyse des études sur l'utilisation des services de santé, Haddad et Fournier concluent que les dispensateurs de soins ont un contrôle minime sur la demande de soins et sur les itinéraires thérapeutiques des patients (Haddad & Fournier, 1995). Cette « indépendance » des individus à l'égard des prestataires de services peut se traduire par une importante mobilité des patients dans leurs conduites thérapeutiques (Chawla et Ellis, 2000). Selon les deux auteurs, *les dispensateurs n'ont pas la capacité de « fidéliser» leur clientèle tout au long de l'épisode de maladie* et les comportements d'utilisation correspondent généralement aux décisions des individus (Haddad et Fournier, 1995). Depuis le début des années 80, les enquêtes sur les itinéraires thérapeutiques et les choix d'utilisation des structures sanitaires se multiplient, notamment dans le contexte africain. Une synthèse de ces résultats permet de dégager deux grandes catégories de déterminants qui influencent la prise de décision de recours aux soins modernes : les déterminants associés aux caractéristiques des sujets et les déterminants associés à la qualité des services de soins offerts (Young, 1981).

Parmi ces caractéristiques, on retrouve des déterminants liés au revenu, au statut socioéconomique mais également à ce qu'on nomme des déterminants socio psychologiques tel que l'interaction avec le réseau social et le familisme (Abasiekong, 1981).

Depuis la mise en place de l'Initiative de Bamako, une série d'études s'est intéressée au recouvrement des coûts par les patients comme un déterminant majeur de l'accès et de l'utilisation des services de soins. Pour de nombreux auteurs, le recouvrement des coûts diminue l'accès aux soins dans la mesure où la prise en charge des frais décourage les populations à consulter rapidement et entraine donc un délai dans la recherche de soins appropriés (Meuwissen, 2002).

Aussi, quelques études s'accordent à dire que le recouvrement des frais serait une pratique plutôt discriminante en fonction du niveau de revenu des malades. Au Burkina Faso, une étude a démontré que les plus pauvres supporteraient davantage les conséquences du paiement des soins que les plus riches (Ridde, & al, 2004). Pour ces auteurs, la faible utilisation des services de santé est directement liée à l'impact du paiement des soins par les patients. Selon eux, il y aurait une incompatibilité entre le prix des services de soins et le niveau de revenus du malade. Par contre, d'autres études critiquent la relation causale entre recouvrement des coûts et utilisation des soins.

Une autre génération d'auteurs défend l'idée selon laquelle l'effet négatif du paiement des coûts n'est pas systématique. Dans une étude menée en Mauritanie, Audibert affirme que le recouvrement des coûts, «*grâce à l'accès aux médicaments génériques, n'aurait pas d'effet sur le recours aux soins […] et aurait même un impact positif sur les activités du Programme Élargi de Vaccination*» (Audibert et *al.*, 2004).

Selon une définition d'Abasiekong, le familisme correspond à la subordination ou la renonciation des besoins et décisions individuelles à ceux de la famille élargie (Abasiekong, 1981). Pour lui, la notion de familisme a toujours joué un rôle majeur dans les décisions que les sujets prennent au quotidien, notamment les décisions relatives à la santé et aux thérapeutiques à suivre. Dans une étude exploratoire menée dans une région rurale du Nigéria, Abasiekong note que la famille rurale nigériane, n'est pas seulement familialiste, mais surtout de nature patriarcale. Les résultats de l'étude font ressortir deux éléments. D'une part, les individus, notamment les femmes mariées, ne sont généralement pas autorisées à prendre des décisions unilatérales sur des questions délicates et émotionnelles telles que la contraception, le recours aux soins modernes, le choix du lieu d'accouchement ou l'hospitalisation en cas de maladie. D'autre part, une personne n'est pas socialement définie comme une personne malade jusqu'à ce

que ses complaintes soient validées par ses pairs. Ce n'est que lorsque les parents et proches acceptent son état comme étant une maladie, que la personne peut être dispensée d'exécuter les tâches quotidiennes auxquelles elle doit se plier (Abasiekong, 1981). L'auteur précise que la majorité des personnes qui se sont exprimée en faveur de la subordination des individus au familisme, en ce qui concerne la décision d'hospitalisation, était des chefs de famille.

Heller et Chalfant ont une tout autre définition du familisme. Ces deux auteurs définissent le familisme comme la force collective d'une famille au sens large du terme. Selon les auteurs, le familisme est un sujet important dans la prise de décision des soins de santé. Elle assure au sein de la famille élargie et de la communauté, un rôle de réseau des communications dans le processus de prise de décision concernant la recherche de soins de santé, chez les populations à faible et moyen revenus (Heller et *al.,* 1981). Dans une étude exploratoire sur l'utilisation des services de santé primaire, les auteurs observent que contrairement aux idées soutenues dans la littérature, le familialisme n'a pas un effet dissuasif sur l'utilisation des services de santé, chez les femmes mexicaines de la région rurale de Durango (États-Unis) (Heller et *al*., 1981). Ces auteurs ont pu observer que la notion de familisme était positivement associée à l'utilisation des soins biomédicaux, indépendamment du niveau socio-économique des femmes. En effet, il semblerait que les liens familiaux forts agissent comme une protection contre le sentiment d'aliénation que les femmes semblaient développer au cours de séjours répétitifs ou prolongés, aux seins des structures sanitaires modernes (Heller et *al.,* 1981).

Pour comprendre la logique des décisions qui oriente le parcours thérapeutique d'un individu, il est nécessaire de comprendre les modes dominants des organisations et rapports sociaux que la communauté utilise comme repère dans l'étiologie de la maladie, dans l'interprétation de l'affliction et le choix du traitement (Maly et *al*., 2006). Selon Janzen, la reconnaissance de la maladie, le diagnostic et le choix de la thérapie sont vus comme des éléments d'un

processus dans lequel, la quête de guérison du malade n'a de sens que lorsqu'elle fait partie d'une démarche collective où chaque sujet, appartenant soit à la sphère familiale, soit à la sphère sociale, joue un rôle significatif. L'expression de «gestion collective de la thérapie» développée par Janzen au début des années 80 (Janzen, 1978), puis largement développée dans le domaine de l'anthropologie médicale, décrit ce processus de prise de décision qui « *prend place dans un espace social au sein duquel, des personnes attitrées gèrent les relations, prennent les décisions en concertation avec d'autres ou dirigent de plein droit les discussions relatives à la maladie d'un membre* » (Janzen, 1978).

Les décisions qui entourent le parcours thérapeutique sont donc tributaires des dynamiques sociales d'une part et des normes qui régissent les interrelations entre les sujets sociaux impliqués dans la prise de décision, d'autre part. Ces dynamiques et normes sociales permettent de mieux saisir comment les individus pensent et gèrent leur malade au quotidien, mais surtout quelle incidence leurs représentations ont sur leurs conduites en matière de santé (Janzen, 2002).

Par ailleurs, la difficulté dans la reconnaissance de la complication, les croyances autour de l'enfantement, le recours à la médecine traditionnelle, la perception de la qualité des soins, l'attitude des soignants, la distance, les coûts et la mobilisation des ressources, et enfin la participation des femmes au processus de prise de décision sont autant d'éléments retrouvés dans la littérature qui peuvent créer des délais fatals dans la recherche de soins d'urgence. La participation de chaque sujet est décrite dans les sections qui suivent. Il semblerait que l'importance de chacun varie d'un contexte à l'autre, cependant, certains sujets comme la mobilisation des ressources, la distance, la qualité des soins, la perception de la complication et de la qualité des soins reviennent systématiquement parmi les sujets responsables de la sous-utilisation des SONU dans de nombreux pays.

Les variations culturelles affectent la perception de la maladie tant au niveau de la reconnaissance que de la sévérité ou de l'étiologie. Pour certains auteurs, le fait que les femmes éprouvent de la difficulté à reconnaître les signes de complication durant la grossesse et l'accouchement provoque des délais fatals dans la recherche de SONU. Au Nigéria, plusieurs communautés rurales attribuent une hémorragie à une transgression de la femme telle qu'un adultère (Okolocha et *al*., 1998), tandis que Cham (1994) observe en Gambie, que certaines manifestations graves sont récurrentes et souvent ignorées par les parturientes et les personnes qui les assistent. Les croyances liées à l'accouchement font que les saignements abondants ou répétitifs, ou le gonflement des pieds sont considérés comme des phénomènes normaux et finissent par être ignorés. Cham montre que certaines croyances locales associent l'hémorragie à la consommation d'aliments sucrés ou encore à des pratiques sexuelles inappropriées durant la grossesse (Cham et *al*., 2005). Au Niger, Olivier de Sardan remarque que les douleurs abdominales aigues, synonymes d'infections, sont considérées comme normales durant la grossesse car fréquemment observées chez les femmes enceintes de la région (J. Olivier de Sardan et *al*., 2006). Dans plusieurs communautés, la grossesse n'est considérée ni comme une maladie ni comme une période de grande fragilité et ne nécessite donc pas la prévention d'un risque particulier. Dans un livre intitulé « La Bataille des femmes », Jaffré explique que :

« *La parturiente s'intéresse au ressenti immédiat, à la présence ou non de la douleur et n'a pas une connaissance médicale suffisante pour anticiper sur le risque à la différence du médecin. Cette fragilité impose une certaine acceptation "fataliste" et cette incertitude nuit à l'anticipation* »

et par ricochet à la rapidité de l'intervention (Jaffré et *al*., 2009).

L'accessibilité physique et la distance séparant les domiciles des centres de santé sont deux éléments pouvant influencer la décision de recourir à des soins

modernes. En effet, l'état dégradé des routes, l'indisponibilité ou le manque de moyens de transports sont autant de déterminants de la mortalité maternelle (Cham & al, 2005). En Afrique subsaharienne, plusieurs communautés rurales n'ont pas de transport d'urgence et il arrive que les femmes soient obligées de marcher, évacuées en charrette ou d'attendre un véhicule provenant d'une autre zone sanitaire, avant d'atteindre l'hôpital. Autant de situations qui conduisent à des retards. En Haiti, pendant les jours de petite affluence, la nuit, ou durant la saison des pluies, des délais supplémentaires peuvent survenir (Krasovec, 2004). Selon Mills et Bertrand, la proximité joue un rôle majeur dans la décision de recourir aux soins. En effet, une femme vivant près d'un centre de soins aura plus tendance à utiliser les services obstétricaux de proximité alors qu'une autre préférera accoucher à la maison si elle demeure loin (Mills et *al.*, 2005).

Les coûts représentent aussi un délai dans la décision de référer à un professionnel de la santé. Ils sont généralement associés au transport, aux frais de médicaments et d'hospitalisation, ainsi qu'aux coûts indirects comme ceux liés à la nourriture et au séjour de la famille dans la structure de soins ou à proximité (Macintyre et *al.*, 1999). D'autres auteurs pensent que c'est plutôt la mobilisation des ressources qui provoque les délais dans la recherche des soins (Saizonou et *al.*, 2006). Au Ghana, Storeng semble observer que les coûts ne constituent pas réellement un obstacle dans la mesure où les familles finiront toujours par trouver les fonds nécessaires. Certains affirment que ce déterminant ne permet pas de conclure que les coûts constituent une barrière majeure (Wagle et *al.*, 2004).

La mortalité maternelle est non seulement influencée par le contexte social, économique et politique du système de santé mais aussi par les réalités culturelles des femmes qui cherchent à se faire soigner. La complexité de cette situation signifie que, même lorsque les soins nécessaires sont accessibles, les

femmes n'y font pas toujours appel ou n'en profitent pas toujours (Midhet, 1996).

La majorité des décès maternels fait suite à une complication obstétricale qui peut difficilement être détectée durant la grossesse mais qui nécessite une prise en charge rapide (Prual et *al.*, 2000). Si les accouchements avaient lieu en milieu sanitaire, avec du personnel soignant compétent et capable de détecter rapidement les complications, alors la létalité des complications obstétricales serait beaucoup plus faible. Dans les zones rurales où l'accessibilité physique ne suffit pas à comprendre le recours aux soins, il est important de mettre en évidence les obstacles sociaux, physiques, structurels et culturels de l'utilisation des services auxquels font face les parturientes et de lever les barrières qui favorisent les accouchements à domicile.

Le premier délai nécessite donc une attention particulière dans le contexte de Kayes, car il concerne les sujets responsables de l'arrivée tardive des parturientes aux centres de santé qui sont en nombre limité. Si la complication obstétricale était reconnue à temps et les décisions de recourir aux soins étaient prises plus rapidement, le délai dans l'obtention de soins appropriés serait probablement réduit de manière significative. Analyser les sujets associés au premier retard est essentiel dans la mesure où ces dimensions permettent de mieux comprendre trois choses : le fondement de certaines pratiques, le choix des itinéraires thérapeutiques, et enfin le rôle des sujets impliqués dans la décision de recourir ou non aux soins, en particulier celui des femmes. Il est d'autant plus nécessaire de s'interroger sur la participation de ces dernières puisque l'enfantement est éminemment une expérience féminine, mais surtout parce que les parturientes sont à la fois actrices et bénéficiaires des décisions qui touchent à leur santé.

En plus d'une MM importante, l'Afrique de l'Ouest est une des régions du monde où la morbidité maternelle demeure élevée (Who, 2008). Bien qu'il

s'agisse d'un problème de santé publique majeur, les décès maternels sont pourtant rares en chiffres absolu (Filippi & al, 2009). En réalité, la difficulté de recenser les cas de décès survenus en dehors du système de santé publique fait que les chiffres peuvent être sensiblement supérieurs ou inférieurs aux données connues. En révisant la littérature, il a été noté que les cas de morbidité maternelle grave appelés « échappées belles » sont de plus en plus nombreux sur le continent, causant des incapacités graves ou permanentes (Filippi et *al*., 2005). Selon le West Africa Near Miss Audit Network, une échappée belle est « *une femme enceinte ou qui a récemment accouché, généralement dans les six semaines suivant une interruption de grossesse ou un accouchement, dont la santé immédiate a été menacée et qui survit par hasard ou grâce aux soins hospitaliers dont elle a bénéficié »* (Say et *al*.,, 2004).

L'examen des cas de femmes ayant survécu à une complication obstétricale est devenu une alternative intéressante à l'enquête sur les décès maternels. En effet, les études sur les échappées belles « *mettent en lumière les questions d'ordre clinique, mais également les fsujets sanitaires, communautaires ou de santé publique évitables ou remédiables »* (Who, 2004). Ces cas de femmes qui ont failli mourir, mais qui sont aujourd'hui capables de raconter leur trajectoire thérapeutique sont reconnus comme un moyen utile et pertinent d'examiner la qualité des soins obstétricaux offerts dans les structures sanitaires. Bien que son utilité soit reconnue, l'information sur la morbidité maternelle est encore insuffisante, tandis que les fsujets de risque qui y sont associés restent quelque peu méconnus (Filippi et *al*., 2004). La MM, notamment en milieu rural est le résultat d'un agencement complexe articulant un ensemble de variables sociales, médicales et organisationnelles (Jaffré et *al*., 2009). Utiliser le récit des échappées belles est donc pertinent pour saisir et analyser comment les délais dans la prise de décision de recourir aux soins alourdit la mortalité et la morbidité maternelle.

CHAPITRE II : CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Le but de ce chapitre est de réfléchir sur la mise en cohérence entre les objectifs de la recherche et la démarche que nous mettons en œuvre pour confronter au terrain notre problématique. Pour ce faire, il est question de présenter le terrain de recherche ainsi que l'approche méthodologie. La démarche méthodologique qui nous a permis de mener à bien la présente recherche, tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage, de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement et analyse et enfin des difficultés rencontrées.

2.1. Présentation de l'arrondissement de Godomey

L'arrondissement de Godomey est situé dans la commune d'Abomey-Calavi. La commune d'Abomey- Calavi est située dans la partie Sud de la République du Bénin et du département de l'Atlantique. Elle est limitée au Nord par la commune de Zè, au Sud par l'océan Atlantique, à l'Est par les communes de So-Ava et de Cotonou et à l'Ouest par les communes de Tori-Bossito et de Ouidah. C'est la commune la plus vaste du département de l'Atlantique dont elle occupe plus de 20 % et s'étend sur une superficie de 539 km2, ce qui représente 0,48% de la superficie nationale du Bénin. Elle compte neuf (09) arrondissements au nombre desquels Godomey, dirigé par un chef d'arrondissement.

L'arrondissement de Godomey est limité au Nord par les arrondissements de Calavi, de Togba, de Ouèdo et de Hêvié, au Sud par l'océan Atlantique, à l'Est par la commune de Cotonou et le lac Nokoué et à l'Ouest par la commune de Ouidah. Godomey est composé de neuf (09) quartiers à savoir : Cococodji, Cocotomey, Dèkoungbé, Godomey-N'Ghèho, Houalacomey, Salamey, Togbin,

Godomey Togoudo, Ylomahouto. La connaissance du milieu physique implique de porter un regard sur le milieu humain, ainsi que sur les activités économiques qui s'y mènent.

La population est l'ensemble des personnes vivant sur un territoire à un moment donné. L'accroissement de la population de Cotonou ajouté aux problèmes environnementaux, les sites marécageux et l'absence de nouvelles terres disponibles ont amené bon nombre d'habitants à choisir les environs immédiats de Cotonou, en particulier Godomey. En effet, l'arrondissement subit une influence de par sa proximité avec Cotonou. Les recensements successifs de la population montrent une nette augmentation de la population d'Abomey-Calavi en particulier celle de Godomey.

Du premier recensement de 1979 au dernier recensement en 2013, la population d'Abomey Calavi est passée de 60786 habitants à 656358 habitants. Celle de l'arrondissement de Godomey 9414 à 253263 habitants. L'exode rural est l'un des fsujets qui explique la croissance accélérée de l'arrondissement de Godomey. Ainsi, depuis le premier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH1) de février 1979, la population de la commune d'Abomey Calavi estimée à 60786 habitants, est passée à 126507 habitants en 1992 ; celle de l'arrondissement de Godomey estimée à 9414 habitants est passée à 46132 habitants. Pour le RGPH3 de 2002, la commune d'Abomey Calavi qui comptait 126507 habitants, est passée à 307745 habitants ; celle de l'arrondissement de Godomey évaluée à 46132 habitants est estimée à 153447 habitants. En 2013 la population de la commune d'Abomey- Calavi est estimée à 656358 habitants ; celle de l'arrondissement de Godomey est évaluée à 253263 âmes (INSAE, 2013). L'arrondissement de Godomey concentre à lui seul plus du tiers de la population de toute la commune d'Abomey-Calavi. Il compte une population d'environ 253263 habitants (RGPH4, 2013). Les groupes socioculturels en présence sont : les Aïzo, les Fon, les Toffin, les Yoruba, les Nagot, les Goun et

autres. La diversité culturelle de Godomey est marquée par une population qui évolue et qui est mobile. Par ailleurs, en ce qui concerne les religions pratiquées, il y a les religions traditionnelles et les religions dites « révélées». Ces religions révélées sont le christianisme et l'islam. On note une adhésion apparente pour ces religions notamment le christianisme avec les temples qui sont érigés un peu partout dans l'arrondissement. Dans leur quotidien, les habitants de Godomey exercent plusieurs activités. Ces activités sont énumérées dans le point suivant.

Ses activités sont constituées par les activités économiques et professionnelles accomplies par les sujets sociaux de Godomey dans le but de satisfaire leurs besoins. L'arrondissement de Godomey compte plusieurs marchés notamment ceux de Godomey, de Cococodji et de Cocotomey. Ces marchés fonctionnent comme des marchés de distribution de divers produits. Les habitants vivent du commerce. Ils s'adonnent aussi à d'autres activités telles que l'agriculture de subsistance, le petit artisanat, l'élevage et la pêche qui n'est pas très développée malgré l'existence des cours d'eau. Les habitants sont aussi des fonctionnaires du secteur public, du secteur privé ou travaillent simplement à leur propre compte. A des degrés divers, ces différentes activités menées nécessitent le recours à des aides qui, pour la plupart du temps sont des enfants. On constate donc que l'agriculture, l'artisanat, le commerce, le fonctionnariat sont les principales activités menées par les habitants de la localité de Godomey. Aussi, la présence d'enfants est-elle très remarquée, quel que soit le type d'activités exercées. Les enfants sont présents dans la menuiserie, la mécanique, la soudure, la maçonnerie. En général, c'est un travail non rémunéré parce qu'ils sont considérés comme des apprentis. Les activités agricoles ou autres étant en perte de vitesse compte tenu de l'urbanisation accélérée, la situation précaire et instable des parents suite à leur baisse de revenu font que les enfants ne trouvent plus un soutien et sont contraints à l'apprentissage.

2.2. Approche méthodologique de la recherche

La méthodologie adoptée pour conduire la recherche à terme sera exposée dans le présent chapitre. Dans cette perspective, Quivy et Van Campenhouldt (1995) affirment qu'« il importe avant tout que le chercheur soit capable de concevoir et de mettre en œuvre un dispositif d'élucidation du réel, c'est-à-dire dans son sens plus large, une méthode de travail». L'un des éléments déterminant de la méthodologie d'une recherche étant la nature de l'étude.

2.1. Nature de l'étude

La recherche sur les Perceptions et sujets déterminants des consultations prénatales des gestantes et accouchées récentes à Godomey, est une recherche qui s'inscrit dans une approche mixte Elle combine les méthodes qualitatives et quantitatives. Les données quantitatives prédominent dans cette recherche en raison du dénombrement et des statistiques que nous sommes appelés à produire. Toutefois, les paroles, gestes et actes des enquêtés seront également traités et analysés qualitativement. Il s'agit donc de produire et d'analyser les données telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observable des personnes.

2.2. Revue documentaire

« Faire la recension des écrits, c'est faire le bilan critique de ce qui a été produit dans le domaine de recherche concerné. La recherche documentaire est donc nécessaire pour l'exploration du sujet. En nous situant dans l'ensemble des études et travaux antérieurs sur un sujet, nous avons pu obtenir des moyens de circonscrire et de délimiter le problème de recherche et d'en cerner certains contours. (N'da, 2000).

Ces sources documentaires ont permis d'élargir les perspectives d'analyse, de prendre connaissance avec la pensée des auteurs dont les recherches et les réflexions ont permis de mettre à jour les différentes facettes du sujet de recherche.

Pour parvenir à cette fin, plusieurs centres de documentation ont été explorés pour une lecture minutieuse des types d'ouvrages et les commentaires possibles. Une grille de lecture nous a permis de ranger les informations et de les classer. Le tableau suivant en est la représentation.

Tableau I : Centres de documentation et informations recueillies

Centre de document	Nature des documents	Types d'information
Centre de documentation de l'ex FLASH	Mémoire de Maitrise des étudiants de l'Université d'Abomey Calavi (UAC)	Information d'ordre méthodologique et conceptuel
Ministère de la santé	-Rapports d'études -Livres -Articles	Données thématique et conceptuelles Informations sur la santé reproductive dans certains pays
Centre de documentation de l'OMS	-Rapport d'études -Livres -Articles	Données thématique et conceptuelles Informations sur la santé reproductive dans certains pays
Centre de documentation de l'INSAE	-Rapports d'études -Annuaires statistiques -Livres	Données statistiques et démographiques Informations d'ordre général
Institut français de Cotonou	-Livres	-Informations d'ordre général

Source: Données de terrain, 2019

2.3. Groupes cibles et échantillonnage

2.3.1. Groupes cibles

Notre population cible est constituée des femmes enceintes. Les sujets sont choisis en fonction de leur degré d'implication dans les sujets ayant trait à la consultation prénatales et à la santé reproductive des femmes enceintes. L'explication du phénomène et la capacité de ces sujets à pouvoir apporter des éclairages significatifs sur les problèmes mis en cause constitue également un sujet de sélection. En dehors de cette catégorie de sujets essentiellement concernés par la recherche, nous nous sommes rapprochés de quelques professionnels de santé pour avoir leur avis sur les contraintes liées aux consultations prénatales et à la prise en charge sanitaire des femmes enceintes. A ceux-ci s'ajoutent des phytothérapeutes ou tradi-praticiens et des personnes éclairées pouvant renseigner sur les sujets culturels susceptibles de faire obstacle aux CPN chez une femme. Leur nombre et effectif sont contenus dans le tableau suivant.

Tableau II : Répartition des catégories sociales

Catégories sociales	**Effectifs**	**Pourcentage**
Professionnels de santé	09	13,84%
Gestantes et accouchées récentes	50	76,92%
Tradipraticiens et chefs de famille	06	9,23%
Total	65	100%

Source : Données de terrain, janvier 2018

2.3.2. Echantillonnage et technique d'échantillonnage

Dans l'incapacité de pouvoir enquêter toute la population mère concernée par cette recherche, nous avons constitué pour chaque catégorie de sujets, des échantillons.

Aussi, les exigences méthodologiques nous ont poussé au choix des techniques d'échantillonnage afin de constituer des échantillons assez représentatives. Alors les techniques de « boule de neige » et de « choix raisonnés » sont celles

utilisées. Les quotas des interrogés sont obtenus au seuil de saturation des informations formulées à travers les hypothèses. Notre échantillon est constitué de 55 participants issus tous des différentes cibles.

2.3.2.1. Critères d'inclusion

Nous admettons dans notre échantillon les femmes enceintes et des femmes ayant accouché il y a au plus trois mois.

2.3.2.2. Critères d'exclusion

Toute femme ne répondant pas à ces critères, est exclue de l'échantillon.

2.4. Techniques et outils de collecte des données

2.4.1. Techniques de recherche

Dans la perspective de Grawitz (2004), la technique est un procédé opératoire rigoureux, bien défini, transmissible et susceptible d'être appliqué à nouveau dans les mêmes conditions, adapté au genre de problèmes et de phénomènes en cause. Elle regroupe l'ensemble des moyens méthodologiques indispensables qui seront utilisés de façon systématique, pour conduire la recherche à terme.
Dans le cadre de la présente recherche, les techniques d'entretien, d'observation et du questionnaire sont utilisées.

Avec la technique d'entretien, un guide d'entretien a été élaboré pour conduire les entretiens avec certains groupes cibles sur le terrain. Un questionnaire a été ensuite élaboré pour la collecte des données quantitatives. Enfin, une grille d'observation nous a permis d'observer un tant soit peu quelques conduites à l'occasion des consultations prénatales.

2.4.2. Outils de collecte des données

Pour chacune des techniques sus indiquées, nous avons élaboré un outil de recherche.

2.4.2.1. Guide d'entretien

L'entretien est un processus d'interaction et de communication entre le chercheur et son enquêté autour de divers centres d'intérêts objectivement construits pour l'atteinte les objectifs de recherche. C'est un outil qui a l'avantage de faciliter les échanges avec les différents sujets sur le terrain.

Il se présente comme un *speech-event* dans lequel une personne A (le chercheur) extrait une information d'une personne B (l'enquêté). Les différents guides élaborés ont été administrés aux sujets suivant les critères du choix raisonné ; ce qui répond à une approche qualitative de la recherche en sciences sociales. Ils sont composés de thèmes et sous thèmes et administrés de façon semi directive.

2.4.2.2. Questionnaire

Pour l'élaboration du questionnaire proprement dit, nous avons fait l'effort de veiller à la présentation et à la clarté des questions posées pour ne pas faire perdre le temps aux enquêtés.

Le questionnaire est standardisé et semi-structuré. Il contient des questions fermées et des questions ouvertes. Il a permis de vérifier les variables à partir des tests statistiques à réaliser.

2.4.2.3. Grille d'observation

L'observation est une technique de recherche qui utilise les sens. Pour cette étude, nous avons fait une observation non participante qui nous a permis de porter un regard objectif sur quelques pratiques en cours lors des séances de consultations prénatales. Les interactions entre les gestantes et professionnels de santé à l'occasion desdites consultations, ont été d'un grand intérêt. Pour réussir cette technique, nous avons élaboré une grille d'observation qui nous a servi d'outil.

La grille d'observation confectionnée pour cette recherche, tient compte des objectifs et hypothèses de la recherche.

Ces différents outils sont administrés aux populations concernées, en fonction du type de population et des analyses de même que les traitements envisagés. Toutefois, des outils ont été mis à contribution pour le traitement des diverses données.

2.5. Dépouillement et traitement des données

La recherche a combiné l'analyse documentaire, l'analyse statistique, l'analyse de contenu des données collectées.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour un dépouillement manuel. En effet, après avoir rassemblé l'ensemble des entretiens, nous avons procédé à leur classement. En effet, la transcription, le dépouillement, l'analyse et la vérification constituent les quatre étapes principales pour le traitement des données. La lecture attentive et répétée de toutes les fiches a permis de classer les données par rubriques selon les différents centres d'intérêts des outils de terrains.

Le traitement schématique, graphique et en tableau des résultats a été fait avec les logiciels Excel et Word. Les données qualitatives quant à elles ont été traitées avec le logiciel Word avant d'être soumises à la technique d'analyse de contenu du discours. Suivant les différentes hypothèses, on a procédé à la restitution des données regroupées suivant un chronogramme.

2.2.6. Difficultés rencontrées

A l'instar de tout travail de recherche, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés. La première et fondamentale difficulté rencontrée est celle liée à l'insuffisance d'ouvrages spécifiques sur la thématique dans les bibliothèques de la place pouvant nous permettre de recueillir des informations pertinentes à l'approfondissement de notre travail ; cet état de chose a entraîné beaucoup de retard parce qu'elle nous a empêché de boucler notre calendrier à

temps. La deuxième difficulté est d'ordre technique, c'est celle que rencontre tout chercheur débutant comme nous. Il faut noter que toutes nos rencontres avec les enquêtés n'ont pas toujours eu lieu au moment voulu ; non seulement à cause de l'absence de certains dans la journée pour diverses raisons, mais aussi du fait de la réticente observée par certains qui ont considéré que nous venions leur faire perdre du temps. Il y a aussi eu certains qui ont éprouvé des difficultés pour bien comprendre certaines questions. Il a donc été nécessaire de faire preuve de patience et de bien expliquer les questions. Toutefois, ces difficultés ne nous ont pas empêchés d'atteindre nos objectifs. Nous avons pu avoir un ensemble de données spécifiques à notre milieu d'étude en mettant en œuvre les normes de la recherche en sciences humaines.

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

CHAPITRE III : DETERMINANTS DE LA CONSULTATION PRENATALES A GODOMEY

Dans ce chapitre, les résultats de terrain sont présentés et analysés au fur et à mesure. Ces résultats ont lien avec les perceptions, vécu et les déterminants de la consultation prénatale chez les gestantes et accouchées récentes de l'arrondissement de Godomey.

3.1. Les implications de la consultation prénatale a Godomey

Les consultations prénatales à Godomey impliquent une pluralité de sujets. On distingue entre autre, les professionnels de santé composés pour la plupart de sages-femmes, d'infirmiers et de médecins. A ces derniers s'ajoutent les gestantes/les femmes enceintes pour qui les consultations sont faites. Le dernier groupe de sujets est celui des leaders traditionnels, membres de famille ayant une responsabilité dans la prise de décision pour une consultation obstétricale dans les centres hospitaliers.

> *« Les professionnels de santé sont des agents de santé qui offrent des services de santé aux populations dans les formations sanitaires. Ils sont composés pour la plupart d'infirmiers, de sages-femmes et de médecins ».*
>
> *« Placé sous la responsabilité d'un médecin, l'infirmier est cet agent de santé qui soigne le malade et s'occupe de lui . C'est des professionnels qui en l'absence du médecin traitant, ont la possibilité de part leur formation, accorder les premiers soins aux malades. Ils sont pour la plupart, des généralistes ».*

Composées essentiellement de femmes, ces professionnels de santé s'occupent particulièrement de la santé reproductive des femmes, du suivi des grossesses et des accouchements. Elles accordent aussi de part sur profession, une assistance conseil aux femmes en vue du bon déroulement des grossesses et de leur santé reproductive de façon générale. En dehors de ces qualifications reconnues à elles, elles accordent également des soins de santé primaire aux patients.

> *« Le médecin c'est le professionnel qui, de part sa formation, est chargé de soigner, de traiter et de guérir le malade. Dans le cadre des consultations prénatales et des services de maternité, les médecins sollicités ici sont pour la plupart des gynécologues ».*

Après cette présentation des différents agents de santé intervenants dans la prise en charge des femmes enceintes/gestantes et des accouchées récentes, nous allons nous intéresser aux personnes à qui les soins sont destinés, à savoir les gestantes et les accouchées récentes.

Tableau III : Répartition des professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectif dans l'étude	Pourcentage
Infirmiers	04	44,44%
Sages-femmes	04	44,44%
Médecin	1	11,11%
Total	09	100%

Sources : Données de terrain, 2019

3.1.2. Femmes enceintes/gestantes et les accouchées récentes

Il s'agit ici des femmes fécondes en état de grossesse qui doivent se rendre dans les hôpitaux pour le suivi de leurs grossesses. A elles, s'ajoutent les accouchées récentes. Des femmes ayant connues la maternité il y a au plus, trois mois. Pour la recherche, nous les avons catégorisées suivant quelques variables clés, à savoir, l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la religion et le nombre de grossesses.

3.1.2.1. Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant l'âge

Le tableau suivant en est la représentation.

Tableau IV : Répartition des gestantes et des accouchées récentes suivant l'âge

Tranches d'âge	Femmes enceintes	Accouchées récentes	Total
[10-15[	01	-	01
[15-20 [	03	03	06
[20-25[	12	08	20
[25-40[	08	09	17
[40-45[	03	01	04
[45 & plus	02	-	02

Total	**29**	**21**	**50**

Source: Données de terrain, 2019

Par ce tableau, on comprend que les tranches d'âge de [20-25 [et [25-40[sont celles où, les femmes sont plus actives sexuellement. Les effectifs enregistrés au niveau de ces différentes tranches d'âges sont les plus élevés. Les tranches d'âge de [10-15[, [15-20[et [40-45 et plus, sont celles qui ont enregistré des effectifs les plus faibles. Ceci s'explique par la jeunesse des tranches d'âge inférieures et celles des femmes ayant un âge supérieur à 40 ans.

3.1.2.2. Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant le niveau d'instruction

La majorité des femmes enquêtées lors de cette recherche, sont pour la plupart, des analphabètes. Rares sont celles qui ont pu étudier et atteindre le niveau supérieur. Quelques-unes ont pu atteindre le niveau secondaire tandis que nombre d'entre elles ont abandonné les cous depuis le primaire. Le tableau ci-dessous présente leur effectif et pourcentage selon le niveau qu'elles ont atteint dans leur cursus.

Tableau V : Présentation des gestantes et accouchées récentes suivant le niveau d'instruction

Niveau d'instruction / Effectifs	**Primaire**	**Secondaire**	**Supérieur**	**Analphabètes**	**Total**
Femmes enceintes	9	4	01	11	25
Accouchées récentes	10	03	03	09	25
Total	19	07	04	20	50

Source: Données de terrain, 2019

Nous allons à présent nous intéresser au statut matrimonial des femmes enceintes et des accouchées récentes lors de la recherche.

3.1.2.3. Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant le statut matrimonial

Le célibat et le mariage sont les statuts matrimoniaux des femmes enquêtées lors de cette étude. Leur représentation est consignée dans le tableau ci-après :

Tableau VI : Présentation des gestantes et accouchées récentes suivant le statut matrimonial

Statut matrimonial / Effectifs	Mariées	Célibataires	Divorcées	Veuves	Total
Femmes enceintes	19	06	-	-	25
Accouchées récentes	16	09	-	-	25
Total	35	15	-	-	50

Source: Données de terrain, 2019

Il ressort de ce tableau que les femmes mariées sont plus nombreuses que les célibataires aussi bien du point de vue de la grossesse que de l'accouchement récent. Ce qui explique l'engouement des couples à la procréation. Lors des investigations, aucune femme veuves ou divorcée n'était enceinte ni accouchée récente. Ceci s'explique par la situation des filles mères et surtout le problème de l'union libre, par lequel la femme va rejoindre l'homme à l'occasion d'une grossesse. Ce qui handicape la plupart de femmes à assurer adéquatement les soins de leurs enfants, car nombreuses sont celles qui ont des moyens économiques insuffisants.

3.1.2.4. Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant la religion

Les croyances religieuses ont un impact dans la vie procréative des femmes dans l'arrondissement de Godomey. Suivant les enquêtes menées sur le terrain dans le cadre de la présente recherche, les religions les plus courantes sont le christianisme, le catholicisme, l'islam et les religions endogènes. Les effectifs des femmes suivant les religions pratiquées sont représentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau VII : Présentation des gestantes et accouchées récentes suivant la religion

Religions / Effectifs	Christianisme celeste	Catholicisme	Islam	Religions endogènes	Total

Femmes enceintes	7	11	03	04	25
Accouchées récentes	9	6	04	06	25
Total	16	17	07	10	50

Source: Données de terrain, 2019

Ce tableau révèle que le catholicisme et le christianisme sont les religions dominantes chez les femmes enquêtées lors de la recherche. Ces deux groupes sont suivis de celles des religions endogènes. Les musulmanes viennent en dernière position avec un faible effectif. La foi en ces différentes confessions religieuses impactent la perception pour chaque femme, de faire les consultations prénatales.

3.1.2.5. Répartition des gestantes et accouchées récentes selon la profession

Le tableau suivant présente les catégories professionnelles des gestantes et accouchées récentes enquêtées lors de la recherche.

Tableau VIII : Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant la profession

Professions / Effectifs	**Fonctionnaire**	**Commerçante**	**Ménagère**	**revendeuse**	**Total**
Femmes enceintes	02	05	11	07	25
Accouchées récentes	01	04	12	08	25
Total	**03**	**09**	**23**	**15**	**50**

Source: Données de terrain, 2019

La lecture de tableau ci-dessus permet de comprendre que les femmes exerçant la profession de ménagère et celle d'agricultrices sont les plus dominantes. Les fonctionnaires et commerçants sont minoritaires et leur effectif est très restreint. Ceci explique la forte propension des femmes à exercer les activités agricoles et de ménagère dans l arrondissement de Godomey.

3.1.2.6. Répartition des gestantes et accouchées récentes selon le nombre de grossesse

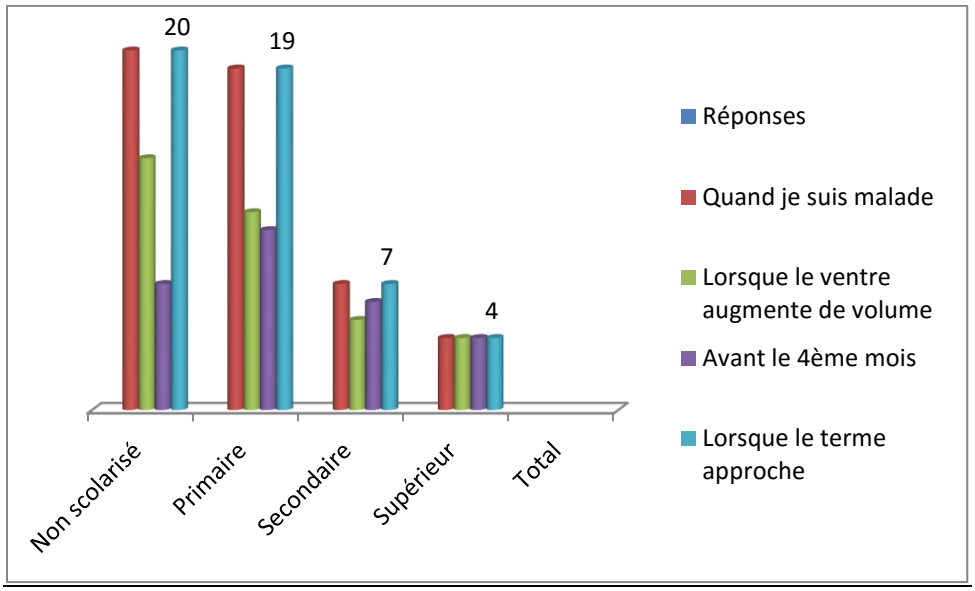
Tableau IX : Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant le nombre de grossesse

Nombre de grossesse / Effectifs	1ère grossesse	2ème grossesse	3ème grossesse	4ème grossesse	Total
Femmes enceintes	09	07	06	03	25
Accouchées récentes	12	04	05	04	25
Total	21	11	11	7	50

Source : Données de terrain, 2019

Il ressort de ce tableau que, neuf des femmes enceintes enquêtées sont à leur premier geste, sept en sont à leur deuxième, six à leur troisième et trois sont à leur quatrième geste. La tendance est presque la même au niveau des accouchées récentes aussi. Douze d'entre elles sont à leur premier geste tandis que quatre sont au deuxième. Cinq autres sont à leur troisième et quatre autres sont à leur quatrième geste. On déduit de ce tableau que la majorité des femmes sont à leur premier geste. Celles qui sont au deuxième et troisième geste viennent après tandis que les femmes qui sont à leur quatrième geste sont minoritaires.

3.1.2.7. Point de vue des gestantes suivant le moment auquel il faut commencer les CPN en rapport avec le niveau d'étude



Graphique 1: Répartition des femmes sur le moment auquel il faut commencer les CPN en rapport avec le niveau d'étude

Source: Données de terrain, janvier 2018

Selon ce graphique, les points de vue des gestantes et accouchées récentes sur les consultations prénatales dépendent de leur niveau d'instruction. On observe que les non scolarisées et celles ayant fait les cours primaires recourent aux CPN seulement lorsqu'elles sont malades et au moment où le terme de la grossesse approche. Par contre, les femmes ayant le niveau secondaire et la quasi-totalité des femmes d'un niveau supérieur estiment qu'il faut faire les consultations prénatales à tout moment. Il n'y a pas selon ces femmes, une période spécifique où il faut consulter. Les consultations pour une femme enceinte doivent se faire à tout moment de la grossesse. Ceci permet, concluent-elles, d'éviter des complications lors des accouchements et de les faciliter.

3.1.2.8. Point de vue des gestantes et accouchées récentes sur les activités sportives

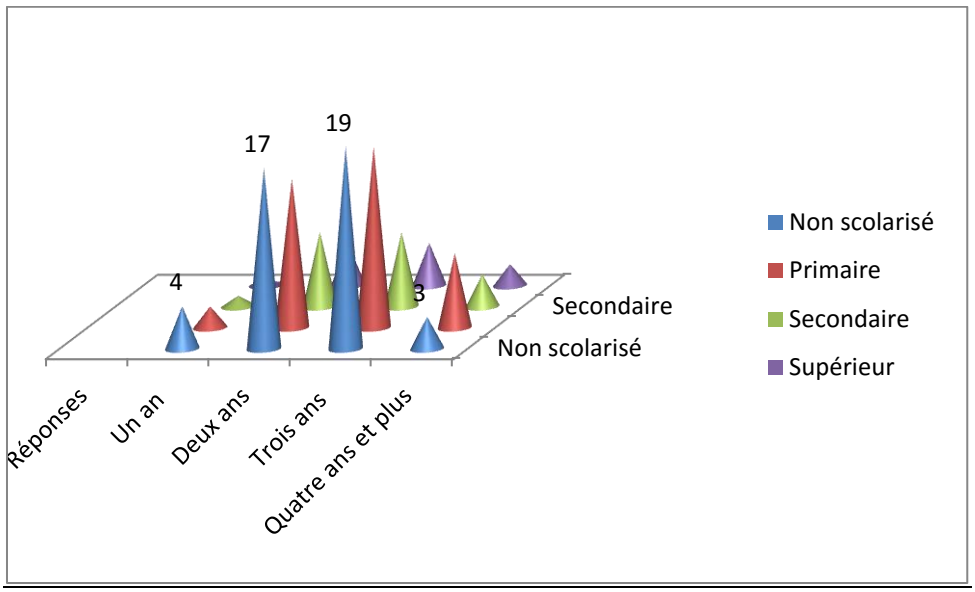
Tableau X : Point de vue des gestantes et accouchées récentes sur les activités sportives

Activités sportives / Réponses	**marche**	**natation**	**gymnastique**	**Athlétisme**	**Ne sais pas**	**Total**
Femmes enceintes	25	-	-	-	-	25
Accouchées récentes	23	02	-	-	-	25
Total	48	02	-	-	-	50

Source: Données de terrain, 2019

S'agissant des activités sportives, la plupart des femmes préfèrent la marche. A en croire leurs propos, cette activité est plus praticable et exige moins d'effort. Les autres semblent plus compliquées et présentent des risques. Seulement deux d'entre elles ont affirmé pratiquer la natation. Ces dernières avaient l'habitude d'aller à la piscine et avaient l'habitude de la natation, raison pour laquelle, en dehors de la marche qui est commune à toutes les femmes, elles font également la natation. Des activités qui, selon les femmes, facilitent le travail lors des accouchements.

3.1.2.9. Répartition des gestantes et accouchées récentes sur l'espacement des naissances en rapport avec le niveau d'étude



Graphique 2 : Répartition des gestantes et accouchées récentes sur l'espacement des naissances en rapport avec le niveau d'étude

Source: Données de terrain, janvier 2018

Il ressort de ce tableau que l'écart d'un an entre les naissances ne convient pas aux femmes qu'elles soient lettrées ou non. Sur les vingt femmes non instruites enquêtées, seulement quatre ont affirmé pouvoir avoir un enfant après un an. Une position qui relève aussi de leur volonté à vite faire et finir. Dans l'ensemble, les femmes estiment qu'elles peuvent avoir un enfant après deux ans et trois ans. Cet écart est partagé de la plupart des femmes qu'elles soient scolarisées ou non. Mais l'écart d'âge de quatre ans et plus n'est pas partagé. La plupart des femmes pensent que cet écart est trop grand pour les naissances. Sauf cas de force majeure, deux ou trois ans d'écart est requis pour l'espacement des naissances.

Selon l'OMS, dans le Bureau Régionale de la Méditerranée orientale il faut attendre au moins deux ans avant de concevoir à nouveau. (OMS, 2008).

3.1.2.10. Point de vue des gestantes sur le nombre de CPN avant accouchement

S'agissant du nombre de CPN à réaliser par une femme enceinte, 12 gestantes affirment n'avoir aucune connaissance, quatre autres pensent qu'avec deux consultations, c'est déjà suffisant. Par contre 28 femmes pensent qu'il faut un minimum de 4 consultations. La plupart d'entre elles se trouvent à leur première ou deuxième geste. Ceci pourrait s'expliquer par l'enthousiasme que suscitent les premières grossesses pour un couple. Un minimum que l'OMS (2006) recommande. Six autres pensent que ces consultations peuvent se faire tous les mois jusqu'à l'accouchement. On déduit de ces résultats qu'il y a un manque d'information sur quelques faits importants liés à la santé reproductive des femmes auprès de certaines cibles, notamment les non scolarisées.

Selon les informations recueillies sur le terrain, près de la moitié des gestantes considère la grossesse comme une maladie. Ce qu'elles désignent en termes de ''Maladie de neuf mois''. Une position contraire à l'énoncé de la HAS (2005). Selon la HAS, la grossesse est un phénomène physiologique. Et d'ailleurs cette option est largement partagée par les enquêtées ayant un niveau intellectuel plus ou moins élevé. Car une perception positive de la grossesse comme étant un phénomène tout à fait physiologique permet à la mère de vivre sa gestation d'une façon épanouie et harmonieuse.

3.1.2.1. Point de vue des gestantes sur les médicaments à prendre par une femme enceinte

S'agissant des médicaments qu'on peut prendre pendant la grossesse et l'allaitement sans prescription médicale, la plupart des femmes estiment qu'elles peuvent prendre des médicaments tels que la Paracétamol, l'Aspirine ou encore la Quinine pendant la grossesse et l'allaitement sans une prescription médicale. Un fait à décourager car selon Courbiere et *al.* (2004), l'automédication est fortement déconseillée, que ce soit pendant la grossesse ou l'allaitement vue les

nombreux effets nocifs que cela peut engendrer sur le fœtus. Celles ayant un niveau intellectuel considérable pensent qu'aucun médicament n'est autorisé que ce soit pendant la grossesse ou l'allaitement sans prescription médicale. Cela dénote de ce que le niveau intellectuel a un impact considérable sur la santé des femmes.

3.1.2.12. Connaissance des signes du travail avant accouchement

Parlant des signes du travail de l'accouchement, 17 des 50 femmes enquêtées pensent n'avoir aucune connaissance. Alors que 33 d'entre elles affirment avoir connaissance desdits signes. Dans cette perspective, READ (accoucheur anglais), la préparation psychologique et physique permettent de chasser la crainte et de souligner l'aspect positif sur le plan moral et social de la maternité. Cherchant à connaître le signe élément déclencheur du travail, 29 femmes ont affirmé que c'est la rupture de la poche des eaux et12 parmi elles évoquent la progression du fœtus dans la filière génitale. Une réponse inquiétante et dangereuse susceptible de risque et qui dénote de l'ignorance de nombre de femmes enceintes. Seulement 07 femmes ont parlé de l'apparition des douleurs lombo pelviennes et la perte du bouchon muqueux.

3.1.2.13. Règles à observer pendant les contractions

Par rapport aux règles à observer pendant les contractions, beaucoup de femmes notamment non scolarisées ont déclaré n'avoir aucune connaissance. Celles ayant un niveau scolaire plus ou moins élevé, le secondaire tout au moins, ont souligné que la femme en travail doit éviter de crier mais plutôt ouvrir la bouche et respirer, éviter de parler et de s'inquiéter. Séguy et Baudet (1985) disent que la préparation physique revêt deux types d'exercices en vue de faciliter le déroulement de l'accouchement : les exercices de respiration et de détente et les exercices musculaires visant à coordonner la respiration et l'effort musculaire pour obtenir des efforts expulsifs de bonne efficacité et ce, pendant les CPN.

3.1.2.14. Connaissance de la notion de ‘’Bien manger pendant la grossesse

Bien manger selon les femmes enquêtées revient à dire de manger à chaque moment ou encore de ‘’manger pour deux’’, selon leur terminologie c'est-à-dire beaucoup plus, d’abord pour elle-même et pour le fœtus dans le ventre. Près de la moitié estime qu'il s'agit de manger deux fois mieux mais pas deux fois plus. Au regard de ces réponses, manger beaucoup plus selon la littérature risquerait de créer beaucoup de troubles pour la suite de la grossesse telle qu'un diabète gestationnel et même pendant l'accouchement telle qu'une macrosomie fœtale dont l'issue pourrait être une césarienne. Manger deux fois mieux mais pas deux fois plus est encourageant comme réponse et reste encore à renforcer. A cet effet, Pierre *et al.* (2000) stipulent que l'alimentation de la femme enceinte doit s'adapter à ses besoins personnels et à ceux du fœtus également. La femme enceinte doit suivre un régime alimentaire et ne doit pas « manger pour deux » mais manger deux fois mieux car une alimentation saine, variée et équilibrée est conseillée pendant la grossesse puisqu'elle permet de couvrir la totalité des besoins nutritionnels nécessaires aussi bien à la maman qu’au bébé.

S'agissant du nombre de kilogramme à prendre durant toute la grossesse, les femmes enquêtées n’en ont pas connaissance. Une situation qui trouve ses explications dans le fait que beaucoup d’entre elles sont au début de leur maternité mais aussi à une IEC/CCC mal conduite par le personnel soignant. 17 enquêtées ayant une expérience avérée en matière de maternité ont affirmé qu’une gestante ne doit prendre plus que 10 kg. Dans la perspective de Séguy et Baudet (1985)une femme enceinte ne doit pas prendre plus de 9 à 12 kg pendant toute la grossesse soit en moyenne 500grammes/mois pendant les trois premiers mois, 1kg /mois pendant le deuxième trimestre et 2kg/mois pendant le troisième trimestre ; car tout excès de poids est un préjudice non seulement esthétique mais un réel danger pour le fœtus et parfois la mère elle-même à l'instar de la pré éclampsie, le diabète gestationnel, des malformations et une macrosomie fœtale.

Cherchant à savoir si l'on peut nourrir un enfant exclusivement au lait maternel pendant les six premiers mois, 50% des gestantes avoir connaissance de cet exigence mais ne s'y conforment pas le plus souvent. Environ 30% n'ont aucune connaissance. Ce qui témoigne des déficits en connaissances. Selon l'OMS**,** l'aliment parfait pour le nouveau-né qui doit commencer à s'alimenter dès la première heure qui suit la naissance demeure l'allaitement exclusif au sein recommandé jusqu'à l'âge de six mois en l'absence d'une contre-indication quelconque.

A propos de l'âge du sevrage, des fonctionnaires, commerçantes ainsi que élève/étudiantes ont affirmé commencer le sevrage à partir de 04 mois. Un comportement qui révèle un manque de connaissances. Ceci pourrait être dû à leurs occupations quotidiennes qui ne leur laissent pas le temps de se concentrer aux CPN. D'autres par contre ont affirmé faire le sevrage à 06 mois. Pour d'autres encore, les moins occupées professionnellement, le sevrage est fait à partir de 09 mois. Un prolongement pourrait engendrer une malnutrition chez l'enfant. Enfin, aucune répondante fonctionnaire, étudiante ou encore commerçante n'imagine faire le sevrage à cet âge. Il faut noter que l'OMS, l'UNICEF, le programme national de nutrition-santé, la HAS et le MSP recommandent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, et sa poursuite jusqu'à l'âge de deux ans selon le désir de l'enfant et de la mère.

Au sujet du style vestimentaire et de la manière dont une femme enceinte doit se chausser, plus de la moitié des femmes n'ont pu répondre à la question. Une carence à soigner auprès des femmes. Pour 9% des gestantes, une femme enceinte doit porter des habits amples et porter des chaussures à talons légers et pas serrées. Une position qui rejoint celle de Séguy et Baudet (1985)**,** qui stipulent que, les vêtements de la femme enceinte doivent être amples et adaptés au développement de la grossesse, de manière à ne pas serrer. Quant aux

chaussures, elles doivent assurer un appui stable et éviter l'excès de lordose lombaire. Sont donc à éviter les chaussures à talons hauts et pointus et les talons plats fatiguant la voûte plantaire.

CHAPITRE IV : PRISE DE DECISION DE LA CPN ET RAPPORTS SOCIAUX AUTOUR DE L'ENFANTEMENT

Dans ce chapitre, il s'agit de mettre en lumière les données liées à la prise de décision de la consultation prénatale et les rapports sociaux autour de l'enfantement.

4.1. Autorité du conjoint et recours à la CPN

En ce qui concerne la décision de rechercher des soins modernes une fois la complication obstétricale reconnue, elle a été prise par un homme dans 70% des cas. Dans neuf cas, il s'agissait exclusivement du mari de l'échappée belle, tandis que dans trois cas, il s'agissait soit du beau-père ou du beau-frère de la femme. Enfin, dans deux cas, c'est le père de l'échappée belle qui a pris la décision. Parmi ces hommes, six savaient que leurs femmes étaient enceintes et seulement trois étaient au courant du début du travail d'accouchement.

Par contre dans trois cas, c'est à une femme (présente au moment de la complication) que revenait la décision finale de recourir à un professionnel de la santé. Dans deux cas, il s'agissait de la mère de l'échappée belle. Dans un autre cas, c'est plutôt à la belle-mère que revenait cette décision en absence du mari.

> « *C'est moi sa belle-mère qui ait pris cette décision. Mon fils n'était pas là. Dès qu'elle est venue me voir pour me parler de ses maux de ventre, […] ma coépouse et moi, nous l'avons conduite à l'hôpital »*, selon la belle-mère d'une échappée belle.

Par contre, trois femmes ont mentionné que la décision de se rendre au centre de santé venait d'elles-mêmes, même si la décision finale d'assurer les frais des soins revenait à un homme, en l'occurrence le mari ou un de ses proches. Il s'agissait de deux échappées belles d'origine Bariba. Elles n'étaient pas instruites mais avaient fait au moins deux CPN pour leur dernière grossesse.

> *« C'est moi-même qui ai demandé [à partir à l'hôpital]. Je l'ai dit à ma belle-sœur pour qu'elle puisse prévenir le chef de famille et qui de droit […] »*

> *« Pour cette fois ci, c'est moi qui ait pris cette décision…je suis venue de moi-même. Je n'ai pas demandé la permission […] mon mari n'est pas là, mais sa mère est la donc je me dois de l'informer».*

Enfin, dans deux autres cas, ce sont les deux parents de la femme qui ont choisi de recourir à une assistance qualifiée.

> *« C'est nous deux qui avons pris la décision…c'est notre fille. Elle était venue chez nous pour accoucher de son enfant premier, puisque c'est la tradition »,* a affirmé une accouchée récente.

Cinq femmes ont spécifiquement affirmé qu'elles n'ont pas participé à la prise de décision. Deux d'entre elles ont indiqué qu'elles n'avaient pas pour habitude de prendre de décisions à la maison, ou du moins pas ce genre de décision.

> *« Je ne suis pas intervenue dans la décision puisque mes parents étaient là et ensuite mon mari est venu. […] On ne m'aurait pas écouté parce ce sont les hommes qui prennent ce genre de décision. On ne nous demande pas notre avis […] d'ailleurs c'est lui-même qui inscrit les enfants à l'école. Moi je n'ai rien à dire dans ce genre de chose là.*

4.2. Distance entre lieu de résidence et rapport avec le service de CPN

Il découle de cette étude que 34,4% des femmes enquêtées résident à plus de 10 km du service de la CPN contre 32,8% qui résident dans moins de 10 km. L'OMS recommande pour une maternité à moindre risque que chaque femme puisse fréquenter la structure sanitaire de son quartier. Mais contrairement à cette recommandation de l'organe spécialisé de l'ONU, les femmes effectuent de longues distances pour se rendre aux consultations prénatales. Ce qui impacte la fréquentation à temps de la 1ère CPN.

4.3. Autres sujets influents des consultations prénatales

4.3.1. Profession du conjoint

36,1% des conjoints des femmes enquêtées sont des débrouillards. Des gens n'ayant aucun niveau et exerçant de petits métiers pour la subsistance de la famille. En dehors de quelques-uns qui ont un niveau supérieur et pour raison de

chômage s’adonnent à de petits jobs, la plupart ont un faible niveau d’instruction. Ce qui crée des difficultés financières quant à la possibilité de faire face aux soins de la femme.

4.3.2. Nombre d'enfants vivants

Un peu plus de la moitié des femmes (50,8%) n'ont aucun enfant vivant, et les autres en ont 1 ou plus. Etant donné que la majorité des enquêtées est une population jeune, cela fait qu'elle n'ait pas trop d'enfants.

4.3.3. Nombre d'avortement/enfants décédés, type de grossesse et date de début de la pesée

65,6% des femmes enquêtées n'ont jamais eu d'avortement, suivies de 27,9% ont déjà eu un avortement, enfin, 4,9 et 1,6% ont respectivement eu 2 et 3 avortements. Par ailleurs, 75,4% n'ont jamais eu des décès d'enfants, suivi de 21,3% qui ont déjà perdu un enfant. Enfin, 1,6% a déjà perdu deux et trois enfants. Quant au type de grossesses, 70,5% des enquêtées ont signalé que leurs grossesses sont désirées contre 29,5% de grossesses ne sont pas désirées. Au finish, 42,6% des enquêtées commencent leur pesée entre 4 et 5 mois, 24,6% ne savent pas quand commencer. 18% ont affirmé le faire à moins de 3 mois tandis que 14,8% pensent à plus de 6 mois.

Selon Kamdem (2012), parlant du moment à partir duquel il faudrait commencer les CPN, 68,75% ont donné la bonne réponse surtout avec une prédominance de celles du niveau supérieur, 78,57% ; suivi du niveau secondaire 37 soit 71,15% ; par contre 25 répondantes des 80 soit 31,25% pensent qu'il faut commencer soit quand on est malade, quand le ventre prend le volume ou encore lorsque le terme approche avec un pourcentage de 77,43% des non scolarisées, ce qui montrerait un déficit en connaissances. Or d'après l'OMS (2005), toute femme enceinte devrait commencer les CPN avant la 16ème semaine ou au moment où elle pense qu'elle est enceinte. On a aussi constaté que plus on procrée tôt, plus

on ne sait pas prendre correctement en charge les enfants. Ce qui explique à certains égards, la mortalité infantile.

4.3.4. Nombre de grossesses et déterminant de la faible participation à la 1ère CPN

80,3% des femmes enquêtées connaissent les complications du premier trimestre de grossesse. Par ailleurs, 32,8% ont cité le manque d'argent comme sujet favorisant la faible participation aux séances de CPN. En Afrique en générale, l'épanouissement de toute femme ne s'accomplit qu'au fur et à mesure de ses maternités. Une grossesse n'est certes pas une maladie mais elle doit faire l'objet d'un suivi régulier sous les soins d'un professionnel de santé. Vivre sa grossesse en toute sécurité telle est la préoccupation majeure des futures mamans ; néanmoins des accidents parfois graves interviennent, dont beaucoup peuvent être évités par des actions relativement simples (éducation, CCC aux femmes enceintes...). Pour assurer la mission de la CPN et pour être à même de remplir complètement son rôle, l'infirmier est appelé à réaliser certaines tâches essentielles concernant la surveillance d'une grossesse. Parmi ces tâches on trouve la préparation de la gestante par rapport aux différents changements physiologiques, au travail de l'accouchement, l'allaitement maternel et bien d'autres.

4.4. Relation entre la date probable du début de la pesée et la situation matrimoniale

Les résultats montrent une différence statistique significative entre la date probable du début de la pesée et la situation matrimoniale des enquêtées, car le chi-carré calculé (13,603) est supérieur au tabulaire à 6 degré de liberté avec p=0,05. La relation qui existe entre ces variables signifie que le fait d'être mariée ou non octroie une influence pour se présenter à la CPN.

4.5. Relation entre la date probable du début de la pesée et connaissance sur les complications du premier trimestre

Il existe une relation statistique très significative entre la date probable du début de la pesée et la connaissance sur les complications du premier trimestre, car le chi-carré calculé (12,318) est hautement supérieur au tabulaire à 3 degré de liberté avec p=0,01. Ceci démontre que la connaissance de complication liée à la grossesse dès les 3 premiers mois stimule la femme à se présenter à une structure sanitaire.

4.6. Relation entre la date probable du début de la pesée et l'âge des enquêtées

Il existe un lien statistique significatif entre la date probable du début de la pesée et l'âge des enquêtées, car le chi-carré calculé (14,684) est supérieur au tabulaire à 6 degrés de liberté avec p=0,05. Signalons par ailleurs que l'âge est un déterminant majeur de l'utilisation. C'est comme on le constate, les jeunes ne fréquentent plus les services de CPN. Par le fait que si la grossesse est non désirée, elles ont deux positions : soit de l'évacuer (avorter), soit de la conserver. Cela les pousse à des réflexions qui, parfois vont au-delà du 1er trimestre.

4.7. Motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN et le niveau d'études du conjoint

Le niveau d'études du conjoint a un impact statistique très significative sur le motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN, car le chi-carré calculé (77,386) est hautement supérieur au tabulaire à 27 degré de liberté avec p=0,01. Ceci veut dire que plus le mari a un niveau bas, plus il ne permettra pas à sa femme de fréquenter la CPN ou ne trouvera même pas son importance.

4.8. Motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN et le nombre de grossesse

Le nombre de grossesse a une influence statistique significative sur le motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN, car le chi-carré calculé (75,738) est supérieur au tabulaire à 54 degré de liberté avec p=0,05. Il existe une relation statistique significative par le fait que certaine femme sachant les maux des grossesses

postérieures sont appelées à se présenter précocement à la CPN car cette dernière est un moment d'éducation et de préparation de la femme à l'accouchement à moindre risque.

4.9. Motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN et parité

La parité exerce une influence statistique très significative sur le motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN, car le chi-carré calculé (84,231) est hautement supérieur au tabulaire à 54 degré de liberté avec p=0,01. Ceci va de pair avec le nombre de grossesses.

4.10. Position sociale de la femme : déterminant de la décision de la consulter

Au regard des entrevues menées avec les échappées belles, on a pu constater que le statut social et économique de la femme influence la prise de décision de consulter un professionnel de santé. Les cas étudiés nous apprennent qu'au sein des familles, les femmes ne disposent d'aucune capacité économique. Le fait qu'elles ne soient pas scolarisées et qu'elles n'aient pas de revenu, indique qu'elles sont financièrement dépendantes du mari ou du chef de famille. Toutes les échappées belles ont affirmé qu'elles n'étaient pas autorisées à prendre de décisions concernant des sujets majeurs (les revenus du ménage, le nombre d'enfants, le lieu de l'accouchement et la scolarisation des enfants). Brazier et *al.*, montrent que les moyens financiers étant souvent limités, l'absence de revenus propres empêche systématiquement les femmes de participer aux prises de décisions relatives à leur santé. Les résultats de cette enquête révèlent que c'est les femmes elles-mêmes qui ont identifié cette barrière dans l'accès aux soins (Brazier et *al.*, 2009). Dans notre étude, plusieurs échappées belles ont mentionné que l'impossibilité d'accéder à l'argent du ménage a considérablement ralenti le processus de recherche de soins. Ces échappées belles n'étaient pas instruites et n'avaient aucune parenté à l'extérieur du pays, capable de leur envoyer de l'argent de façon régulière ou de les aider à avoir une

source de revenus qui leur soit propre. Certaines échappées belles ont expliqué que pour recevoir des soins, il leur a fallu passer par un processus de négociation impliquant plusieurs personnes, notamment leur belle-mère, beaux-frères et époux. Cette pratique a retardé la prise de décision d'aller à l'hôpital car, les démarches de négociation pour l'accès aux revenus nécessaires aux soins sont fastidieuses et ont souvent tendance à décourager les échappées belles. A contrario, d'autres échappées belles, ont affirmé que la disponibilité des ressources ne posait pas de problèmes au moment d'un épisode de maladie. D'après ces femmes, l'absence de revenus propres n'a pas constitué en soi un obstacle au recours aux soins modernes, puisqu'elles pouvaient compter sur l'appui de leurs maris qui envoyaient l'argent depuis l'extérieur. Ce phénomène explique pourquoi la disponibilité des ressources est moins problématique du point de vue de certaines échappées belles particulièrement. Excepté la disponibilité et la mobilisation des ressources, il n'existe aucune différence ethnique entre les échappées belles, concernant les délais dans l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Les autres échappées belles de l'étude ont estimé que l'absence de moyens dont elles pouvaient disposer les a découragées dans la décision de se rendre à l'hôpital. Les hommes et les personnes influentes de la belle-famille endossaient seuls la responsabilité du recours aux soins et la gestion des ressources, ce qui ne favorisait nullement l'accessibilité de la femme au monde extérieur. Cependant, très peu d'hommes restaient insensibles au sort de leur femmes dont la santé, surtout reproductive, est considérée comme une priorité (Samuelsen, 2004). Pendant la recherche, deux cultivateurs dont les épouses étaient des échappées belles, ont explicitement abordé la question de l'absence d'autonomie des femmes. Ils ont indiqué que la pauvreté, l'absence d'emploi et la structure même de la société traditionnelle empêchent les femmes de prendre de manière individuelle des décisions. Du point de vue de certains hommes de la

communauté, il est socialement mal vu qu'une femme meure en couches. En optant pour un recours rapide aux services de soins modernes au moment de la complication, les hommes s'efforcent de préserver leur image sociale de protecteur, mais aussi leur position dominante en tant que chef de l'autorité (Gwako, 1997). Paradoxalement, dans un seul cas, le mari d'une des échappées belles a refusé de la conduire à l'hôpital et n'a pas pris en charge les frais de ses soins. Bila explique par une recherche menée au Burkina Faso que la réticence de certains hommes à fréquenter les centres de soins révèle une vulnérabilité financière ou sociale qui se manifeste surtout lorsque le mari se sent incapable d'assumer ses responsabilités physiques, matérielles et morales (Bila & Egrot, 2008). Plusieurs auteurs s'accordent à dire que l'éducation et l'évolution de la situation professionnelle du mari modifie le statut de la femme dans le foyer, ce qui induit un changement dans la position sociale de cette dernière et dans la gestion de sa grossesse (Faye, 2008). Plus un homme est instruit, plus il aura tendance à encourager l'utilisation des services de soins modernes. Lorsque ses moyens le lui permettront, il préconisera généralement une assistance qualifiée pour l'accouchement de sa femme (Faye, 2008).

CONCLUSION

Au terme de cette recherche portant sur l'évaluation des connaissances des femmes enceintes relatives aux consultations prénatales dont l'objectif était de déterminer les connaissances des femmes enceintes relatives aux CPN, il est clair qu'elles possèdent certes des connaissances mais jusqu'ici jugées insuffisantes. Nous avons néanmoins relevé des aspects positifs et des aspects négatifs. Nous avons noté et avec satisfaction que 63 répondantes des 80 soit 78.75% connaissent la définition de la CPN ; plus de la moitié de nos répondantes connaît à quel moment commencer les CPN ; 55 répondantes soit 68.75% savent qu'une femme enceinte doit faire le sport ; 52 répondantes soit 65% connaissent les signes du travail de l'accouchement ; 50 répondantes soit 62.5% savent qu'il est important de nourrir un enfant de 0 à 6 mois exclusivement au lait maternel.

Par contre,71.43% des non scolarisées ne connaissent pas la définition de la CPN ;77.43%des non scolarisées ne connaissent pas à quel moment commencer la CPN ;40 répondantes soit 50% ne savent pas qu'il est important de poursuivre les CPN si la femme enceinte se porte bien ; 45% de nos répondantes considèrent la grossesse comme une maladie ; 58 répondantes soit 72.50% ne savent pas que l'automédication est strictement contre indiquée que ce soit chez la femme enceinte ou allaitante ; 50 répondantes soit 62.50% ne connaissent pas le sport indiqué chez la femme enceinte ; 60 répondantes soit 75% ne connaissent pas le signe d'entrée en travail ; 42 répondantes soit 52.50% ne savent pas ce que veut dire « bien manger pendant la grossesse » ; 87.50% de femmes fonctionnaires, 54.44% de femmes commerçantes et 75% des femmes élèves/étudiantes commencent le sevrage à 04 mois, ce qui est précoce ; 57 répondantes soit 71.25% ne savent pas comment une femme enceinte doit s'habiller et se chausser.

Suite donc à ceci, nous pouvons conclure que les femmes enceintes ont des connaissances qui sont incomplètes en CPN, il devient ainsi indispensable de mener une action générale pour les éduquer et consolider les acquis.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-Atungale (2014), Notes de cours de Bio-Statistique, L1 EASI, Don Petit de Lemba.

-Aubard Y., E. Decroisette, (2008) *Epidémiologie et complications*, dossier obésité et grossesse, Réalités en Gynécologie-Obstétrique, N° 131.

-Baki M. (2002), Déterminants du faible taux de dépistage de la grossesse à risque.

-Bernard et Geneviève (1989), Dictionnaire médicale, KANGU-MAYEMBE, BEMPS.

-Bernard et Genevieve (1989), Dictionnaire médicale, KANGU-MAYUMBE, BEMPS.

-Blondel, (2010) *Déroulement de la grossesse et santé périnatale chez les femmes en situation précaire*, réalités en gynécologie-obstétrique N° 149,

-Brandin S., (2011) *Consultation prénatale du premier trimestre : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal*, Mémoire, Université Paris Descartes, Paris.

-Declerck (2003), La consultation prénatale et surveillance du travail, Kinshasa, Médias Paul, 2e édition.

-Declerck (2003), La consultation prénatale et surveillance du travail, Médias Paul, 2e édition, Kinshasa.

-Delcroix M. & Gomez C. *(2005) Soins en gynécologie obstétrique*. Paris : Maloine.

-Dieye El (2003), Etudes des sujets déterminant le retard de la première consultation prénatale au district sanitaire de richard-TOLL (Sénégal) (épidémiologie, bio statistique Dakar ISEDE, n°11-1-08.

- Dieye El (2003), Etudes des fsujets déterminant le retard de la première consultation prénatale au district sanitaire de Richard-TOLL (Sénégal) (épidémiologie, bio statistique Dakar ISEDE, n°11-1-08.

-Enquête Démographique de Santé, EDS-RDC, (2007).

-Flori M., Le Goaziou M-F, (2006) *Suivez-vous les grossesses ?*, La revue du praticien-Médecine générale, Tome 20, N°740/741, Septembre.

-Il Boudo Za (1996), Analyse de la pratique des soins prénatals dans les centres SMI en milieu rural.

-Kabyahura Nene, (2012) cours de (Nursing obstétrique, G2, UPN)

-Lansac J, Berger C, Magnin G, (2003) *Obstétrique pour le praticien.* 4e édition. Paris : Masson.

-Mandelbrot L., (2009) *Consultations préconceptionnelles*, EMC Elsevier Masson SAS, Gynécologie/Obstétrique, 5-007-M-15.

-Marpeau L., (2010) et al. *Traité d'obstétrique.* Paris : Elsevier Masson.

-Mihalu Kangu (2001) Prise ne charge de la gestante basée sur l'éducation sanitaire à la CPN, ISTM, Kinshasa.

-Mihalu Kangu, (2001) Prise ne charge de la gestante basée sur l'éducation sanitaire à la CPN, ISTM, Kinshasa.

-Ministère de la santé/RDC (2001) : Plan Directeur de développement sanitaire 2002-2009, Kinshasa,.

-Ministère de la santé/RDC (2001): politique nationale de la santé, Kinshasa, décembre.

-OMS/FNUAP/UNICEF/ (1996) Banque mondiale Déclaration commune : réduire la mortalité maternelle. OMS, Genève.

-Petit Larousse illustré (2011)

-Programme National de santé de la reproduction(PNSR) (2005):

Procédure en santé de la reproduction, soins prénatals recentrés, soins prénatals, soins post natals, soins après avortement, pathologies génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme.

-RDC, Enquête nationale sur la situation des femmes et des enfants MICS 2, 2001.

-Roney (1992), Soins prénatals étude de l'efficacité, Genève, OMS.

-Shamphecure (1997), Dictionnaire de la langue française, grand format, 8ème éd. Paris.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE FEMME ENCEINTE ET ACCOUCHEE

RECENTE
Fiche d'enquête N°
/____/
Structure : CSRéf /……/
Date de l'enquête :……../……/200……..
Q1. Nom et prénoms
……
Q2.Age (en année) /___/
Q3. Ethnie
/___/
Q5. Statut matrimonial 1=marié 2=Célibataire
/___/
Q6. Type de foyer 1=Monogame 2=Polygame
/___/
Q7. Si polygame, préciser le nombre de coépouses
/___/
Si polygame, préciser le rang 1, 2, 3 ou 4
/___/
Q8. Niveau d'instruction
1=non instruite 2=primaire
/___/
3=secondaire 4=supérieur

Q9. Profession :
/___/
1= sans profession 2= Elève ou Etudiante
3= commerçante 4= Autres
Si autres préciser…….
Q10. Procréateur :
Nom et prénoms
……
Q2.Age (en année) /___/
Q3. Ethnie
/___/
Q8. Niveau d'instruction
1=non instruite 2=primaire
/___/
3=secondaire 4=supérieur
Q9. Profession :
/___/

1= Exploitant agricole 2= Eleveur
3= commerçant 4= Autres

Q11. Gestité
/___/
Q12.Parité
/___/
Q13. Nombre d'enfants vivants /___/
Q14. Avortement /___/
Si oui le contexte……..
Q15. Décédé
/___/
Si oui le
contexte……
Q16. Mort-né
/___
/
Si oui contexte……..……
Q17. Femme enceinte /……./ Femme
accouchée /…./
Si Femme enceinte :
a-L'âge de la grossesse : Trimestre 1er /…/ 2ème /…./
3ème /…./
b-qu'n^{ième} CPN 1ère /…/ 2ème /…./ 3ème /…./
4ème /…./
Si 1ère CPN au-delà du 1er trimestre, quelles sont les
raisons :
- Financière /…./ - Méconnaissance /…./

Distance /…/ - Autres à
préciser……..
Si Accouchée récente :
a- Accouchement à terme : Oui /…./ Non /…./
b- Type d'accouchement : voie basse /…../ Césarienne
/…./
c- Nombre de CPN effectuée accours de la grossesse :
d- 1ère /…/ 2ème /…./ 3ème /…./ 4ème /…./
Si 1ère CPN au-delà du 1er trimestre, quelles sont les
raisons :
- Financière /…./ - Méconnaissance /…./
- Distance /…/ - Autres à
préciser……..
Q18- Toutes vos grossesses précédentes ont-elles été suivies

1=oui 2=non
/___/
Sinon préciser les raisons
…….
Q19.Etes-vous au courant des nouvelles dispositions
concernant les consultations prénatales ? 1= oui 2= non
/___/
Si oui lesquelles
……

Q20.Quel est le nombre de CPN qui vous a été conseillé ?
/___/
Q21.Que pensez-vous de ce nombre? 1=bon 2=excessif
3=insuffisant /___/
Q22.Avez-vous été conseillés de dormir sous moustiquaire
imprégnée d'insecticide 1= oui 2= non
/___/
Si oui l'avez-vous respecté 1=oui 2=non
/___/
Si non pourquoi
Q23.Avez-vous été conseillés sur la prophylaxie anti-palustre
avec la SP
Si oui l'avez-vous respecté 1=oui 2=non
/___/
Si non
pourquoi……
…….
Q24.Avez-vous été conseillés sur la prophylaxie
antianémiques avec le fer acide folique ? 1=oui
2=non /___/
Si oui l'avez-vous respecté ? 1=oui 2=non
/___/
Si non
pourquoi……

Q25. Avez-vous reçu un counseling sur le dépistage du VIH/SIDA /___/
1=oui 2=non
Si oui quel a été votre choix ? 1=oui 2=non /___/
Si non pourquoi ?
…….. …….
Q26. Avez-vous été sensibilisés sur la prophylaxie antitétanique
?
/___/

1=oui 2=non
Que pensez-vous de cette
prophylaxie…….
Q27.Avez-vous reçu des bilans prénatals ? 1=oui 2=non /___/
Si oui l'avez-vous fait ? 1=oui 2=non
/___/
Si non
pourquoi ?.....
.....
Q28. Avez-vous été conseillés sur l'alimentation 1=oui
2=non /___/
Si oui lesquels
……..
Que pensez-vous de ce conseil
alimentaire…….
Q29. Savez-vous qu'il y a des signes du travail ? 1=oui
2=non /___/
Si oui lesquels ?

-Maux de ventre et de dos ; 1=oui 2=non
/___/
-Contractions régulière et douloureuse ; 1=oui
2=non /___/
-Perte des eaux 1=oui
2=non /___/
Q31.Avez-vous des signes de danger au cours de la
grossesse ? 1=oui 2=non /___/
Si oui lesquels ?
- saignements vaginaux, 1=oui 2=non
/___/
- respiration difficile, 1=oui 2=non
/___/
- fièvre, 1=oui 2=non
/___/
- douleurs abdominales graves, 1=oui 2=non
/___/
- maux de tête prononcés/vision trouble, 1=oui
2=non /___/
- convulsions / perte de connaissance 1=oui 2=non
/___/
- douleur de l'accouchement avant la 37ème semaine, 1=oui
2=non /___/
- rupture prématurée des membranes 1=oui 2=non

/___/
Q30.Avez-vous entendu parler de la préparation à
l'accouchement ?
1 = oui 2 = non
/___/
Si oui quel aspect ?

Transport / Transport d'urgence 1 = oui 2 = non
/___/
Trousse pour la mère et le nouveau-né 1=oui 2 = non
/___/
Accompagnante 1 = oui 2 = non
/___/
Lieu d'accouchement 1 = oui 2 = non
/___/
Aspects financiers 1 = oui 2 = non
/___/
Personnes assurant l'intérim au domicile de la femme en son
absence
1 = oui 2 = non
/___/
Identification de la personne qui prend les décisions
1 = oui 2 = non
/___/
Identification des donneurs de sang en cas de besoin
1 = oui 2 = non
/___/
Autres aspects à préciser
……
Q31. Avez-vous été sensibilisés sur l'allaitement précoce et
exclusif
1 = oui 2 = non

L'avez-vous respecté ?/ vous la respecterez ?
1 = oui 2 = non
/___/
Si non
pourquoi
?.....
.....……
Q32. Avez-vous été sensibilisés sur la planification familiale ?
1=oui 2=non /___/
Êtes-vous prêtes à l'appliquer ? 1=oui 2=non

/___/
Si non pourquoi……

Guide d'entretien N°1 : A l' endroit des professionnels de santé

1-Organisation des séances de consultations prénatales

2-Sujets des CPN

3-Nombre de CPN recommandé avant le terme de la grossesse

4-Période recommandée pour le démarrage des CPN

5-Point de vue sur le respect des recommandations des agents de santé au niveau des gestantes et accouchées récentes de la commune

Guide d'entretien N°2: A l' endroit des chefs de famille et personnes ayant un pouvoir de décision dans les CPN

1-Prise en charge des gestantes et accouchées récentes

2-Membre de famille ayant le pouvoir de décision

3-Fsujets de la prise de décision (pesanteurs familiales qui influencent la décision)

4-Prise en charge des femmes dans le passé

5-Le pouvoir de décision face aux exigences médicales

Grille d'observation

-Arrivée et installation des gestantes et accouchées récentes

-Heure d'arrivée

-Accueil

-Durée des séances

-Interactions avec le personnel soignant

-Heure de clôture des séances

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 2
DEDICACE 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 5
LISTE DES TABLEAUX 7
RESUME 8
ABSTRACT 8
INTRODUCTION 9
PREMIERE PARTIE : CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 12
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 13
1- Problématique 13
1-1-Hypothèses de recherche 17
1-1-1-Objectifs de recherche 17
1-2-1- Objectif général 18
1-2-2- Objectifs spécifiques 18
2- Clarification conceptuelle 18
Perception : 18
Vécu : 20
3-Revue de littérature 22
CHAPITRE II : CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 31
2.1. Présentation du l'arrondissement de Godomey 31

2.2. Approche méthodologique de la recherche 34
2.1. Nature de l'étude 34
2.2. Revue documentaire 34
2.3. Groupes cibles et échantillonnage 35
2.3.1. Groupes cibles 35
2.3.2. Echantillonnage et technique d'échantillonnage 36
2.3.2.1. Critères d'inclusion 37
2.3.2.2. Critères d'exclusion 37
2.4. Techniques et outils de collecte des données 37
2.4.1. Techniques de recherche 37
2.4.2. Outils de collecte des données 37
2.4.2.1. Guide d'entretien 38
2.4.2.2. Questionnaire 38
2.4.2.3. Grille d'observation 38
2.5. Dépouillement et traitement des données 39
2.2.6. Difficultés rencontrées 39
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 41
CHAPITRE III : DETERMINANTS DE LA CONSULTATION PRENATALES A GODOMEY 42
3.1. Les implications de la consultation prénatale a Godomey 42
3.1.2. Femmes enceintes/gestantes et les accouchées récentes 43
3.1.2.1. Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant l'âge 43
3.1.2.2. Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant le niveau d'instruction 44
3.1.2.3. Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant le statut matrimonial 44
3.1.2.4. Répartition des gestantes et accouchées récentes suivant la religion 45
3.1.2.5. Répartition des gestantes et accouchées récentes selon la profession 46

3.1.2.6. Répartition des gestantes et accouchées récentes selon le nombre de grossesse 47
3.1.2.7. Point de vue des gestantes suivant le moment auquel il faut commencer les CPN en rapport avec le niveau d'étude 48
3.1.2.8. Point de vue des gestantes et accouchées récentes sur les activités sportives 49
3.1.2.9. Répartition des gestantes et accouchées récentes sur l'espacement des naissances en rapport avec le niveau d'étude 50
3.1.2.10. Point de vue des gestantes sur le nombre de CPN avant accouchement 51
3.1.2.1. Point de vue des gestantes sur les médicaments à prendre par une femme enceinte 51
3.1.2.12. Connaissance des signes du travail avant accouchement 52
3.1.2.13. Règles à observer pendant les contractions 52
3.1.2.14. Connaissance de la notion de ‘’Bien manger pendant la grossesse 53
CHAPITRE IV : PRISE DE DECISION DE LA CPN ET RAPPORTS SOCIAUX AUTOUR DE L'ENFANTEMENT 56
4.1. Autorité du conjoint et recours à la CPN 56
4.2. Distance entre lieu de résidence et rapport avec le service de CPN 57
4.3. Autres sujets influents des consultations prénatales 57
4.3.1. Profession du conjoint 57
4.3.2. Nombre d'enfants vivants 58
4.3.3. Nombre d'avortement/enfants décédés, type de grossesse et date de début de la pesée 58
4.3.4. Nombre de grossesses et déterminant de la faible participation à la 1ère CPN 59
4.4. Relation entre la date probable du début de la pesée et la situation matrimoniale 59

4.5. Relation entre la date probable du début de la pesée et connaissance sur les complications du premier trimestre 60
4.6. Relation entre la date probable du début de la pesée et l'âge des enquêtées 60
4.7. Motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN et le niveau d'études du conjoint 60
4.8. Motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN et le nombre de grossesse 60
4.9. Motif de ne pas fréquenter la 1ère CPN et parité 61
4.10. Position sociale de la femme : déterminant de la décision de la consulter 61
CONCLUSION 64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 66
ANNEXES 69
TABLE DES MATIERES 76