

Université de Montréal

Utilisation des services de consultation prénatale à Dakar

par

Bineta Ndir

**Département de médecine préventive et sociale
Faculté de médecine**

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès science (M.Sc.)
en santé communautaire**

Janvier 2002

© Bineta Ndir 2002



WA
5
U58
2002
V.005

WA
5
U58
2002
V.005

**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

Ce mémoire intitulé :

Utilisation des services de consultation prénatale à Dakar

présenté par

Bineta Ndir

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

<hr/> Pierre Fournier	Président du jury
<hr/> Maria Victoria Zunzuneguy	Directrice de recherche
<hr/> Louise Séguin	Co-directrice de recherche
<hr/> Lise Gauvin	Membre du jury

Mémoire accepté le : _____

SOMMAIRE

Cette étude porte sur l'utilisation des services de consultation prénatale à la maternité Roi Baudouin à Dakar (Sénégal). Nous nous intéressons à identifier les caractéristiques des femmes prédictives de l'utilisation adéquate ou tardive des services de consultation prénatale (CPN).

Il s'agit d'une étude transversale au cours de laquelle la vérification du niveau d'utilisation des services de CPN de 301 accouchées, fut effectuée à l'aide d'un questionnaire administré aux femmes et de l'exploitation des renseignements contenus dans leurs carnets de santé.

Le niveau d'utilisation adéquate fut obtenu à 22 % à partir des carnets de santé des femmes rencontrées; le niveau d'utilisation tardive à 3,1 % à partir de la déclaration des femmes, et une absence d'utilisation à 1,4 %.

Le test du Chi-deux et la régression logistique ont été utilisés pour analyser les données. Les résultats des analyses multivariées montrent que : le statut socio-économique comme le fait d'avoir accès à l'électricité (OR= 8,7; intervalle de confiance (IC) à 90 %, 1,53-49,31), le rôle de la belle-famille dans le conseil pour l'utilisation des services de CPN (OR=6,1; IC 1,91-19,23), la bonne connaissance sur les normes de CPN (OR=2,2; IC 1,33-3,74) et l'inexistence de barrières financières (OR=1,8; IC 1,01-3,28) sont associés à une utilisation adéquate des services de CPN au Sénégal.

Notre étude montre que même si, le statut socio-économique et le niveau de connaissance des femmes sont les déterminants majeurs d'une utilisation adéquate des services de CPN, les interactions sociales des femmes et leur structure familiale ont aussi leur importance dans une population sénégalaise. Elle apporte également un éclairage nouveau aux connaissances existantes sur le rôle de la belle-famille dans l'utilisation des services de CPN.

Ces résultats démontrent que plus de recherches sont nécessaires pour mieux comprendre le phénomène complexe de l'utilisation des services de CPN. Par ailleurs, de tels résultats renforcent l'idée que pour rendre optimale l'utilisation des services de CPN, il est nécessaire d'œuvrer pour l'intégration de la CPN dans les normes sociales.

ABSTRACT

This study describes the use of prenatal care at Roi Baudouin maternity in Dakar (Senegal). Its goal was to identify maternal characteristics that predicted prenatal care services utilisation. The measure of prenatal care utilisation was studied in a probability sample of 301 women who had given birth at Roi Baudouin maternity between May 2 to July 2, 2001. Data for this study were collected from interviews with women and prenatal care log books.

The rate for adequate utilisation of prenatal care services was 22 %; 3 % of women showed late prenatal care services utilisation, and 1.4 % had no prenatal care services utilisation.

Preliminary analyses examined associations between maternal characteristics and the likelihood of using appropriately or lately prenatal care services. Next, logistic regression analyses were conducted to examine maternal characteristics which determine the appropriate use of prenatal care services.

Analyses showed that the level of prenatal care use was associated with economic indicators such as the accessibility of electricity (OR= 8,7; confidence interval (CI) at 90 %, 1,53-49,31), knowledge about prenatal care utilisation standards (OR=2,2; CI 1,33-3,74), social interactions between women and their household (OR=6,1; CI 1,91-19,23), and the absence of financial barriers (OR=1,8; CI 1,01-3,28).

The finding demonstrates that, although economic status and knowledge about prenatal care standard were the major determinants of prenatal care services utilisation, social interactions between women and their family structure are also important in Senegal. The data also provide additional information on the role of family in-laws in prenatal care services utilisation.

Furthermore, results reveal that more research is required to improve understanding of the complex problem of prenatal care services utilisation. Finally, the results reinforce the idea that the promotion of prenatal care services utilisation must address issues related to poverty and must attempt community education and mobilization to render population-wide prenatal care and safe maternity social norms..

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xi
DÉDICACES	xii
REMERCIEMENTS.....	xiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I - PROBLÉMATIQUE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	3
1. Problématique	4
2. Justification de l'étude	5
CHAPITRE II - ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'UTILISATION DES SERVICES DE CONSULTATION PRENATALE	8
1. L'ampleur du problème.....	9
2. L'utilisation des services de santé	9
3. Utilisation des services de santé en Afrique	9
4. Utilisation des services prénataux	10
5. Mesure de l'utilisation adéquate des services de CPN	11
6. Les déterminants de l'utilisation des services de CPN.....	11
6.1 Facteurs prédisposants	11
6.1.1 Âge	11

6.1.2 Niveau de scolarité	12
6.1.3 Revenu	12
6.1.4 Situation matrimoniale.....	12
6.1.5 Le groupe ethnique et la religion	13
6.1.6 Occupation.....	13
6.1.7 L'habitat et le lieu de résidence	13
6.2 Nature des problèmes de la grossesse et perceptions individuelles	14
6.2.1 Nature des problèmes de la grossesse	14
6.2.2 Perceptions individuelles.....	14
6.3 Facteurs d'habileté	14
6.3.1 Responsabilité relative aux décisions de santé	14
6.3.2 Accessibilité des services	15
6.3.3 Acceptabilité des services.....	16
CHAPITRE III - CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	17
1. Cadre conceptuel	18
2. Objectifs de l'étude.....	19
3. Méthode et procédure de recherche.....	20
3.1 Population à l'étude	20
3.1.1 Échantillonnage	20
3.1.2 Taille de l'échantillon.....	21
3.2 Devis de l'étude	21
3.3 Définition opérationnelle des variables de l'étude	21
3.3.1 Variable dépendante.....	21
3.3.2 Variables indépendantes.....	22
3.3.3 Les variables d'habileté.....	24
3.4 Méthode de collecte des données	25
3.5 Méthode d'analyse des données	26
3.6 Considérations éthiques	27
CHAPITRE IV - PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	28
1. Distribution de la population de l'étude	29
1.1 Distribution de la population de l'étude selon les facteurs prédisposants	29
1.1.1 Les caractéristiques démographiques.....	29
1.1.2 Les facteurs sociaux	29
1.1.3 Le niveau de vie.....	30
1.2 Distribution des femmes de l'étude selon la nature du besoin.....	33
1.3 Distribution des femmes selon les facteurs d'habileté.....	35
2. Distribution des variables dépendantes de l'étude.....	37

3. Étude des analyses bivariées entre les facteurs prédisposants, de besoins et d'habileté et la consultation prénatale adéquate	39
3.1 Facteurs prédisposants et niveau adéquat de consultation prénatale	39
3.1.1 Caractéristiques démographiques et consultation prénatale adéquate.....	39
3.1.2 Facteurs sociaux et consultation prénatale adéquate.....	39
3.1.3 Niveau de vie et consultation prénatale adéquate	40
3.2 Nature du besoin et consultation prénatale adéquate	43
3.3 Facteurs d'habileté et consultation adéquate	45
4. Analyse bivariée des relations entre les caractéristiques des femmes et le niveau d'utilisation tardive des services de CPN	47
4.1 Facteurs prédisposants et utilisation tardive	47
4.1.1 Variables démographiques et utilisation tardive	47
4.1.2 Variables d'interactions sociales et utilisation tardive	47
4.1.3 Niveau de vie et utilisation tardive	47
4.2 Facteurs de besoin et utilisation tardive	50
4.3 Facteurs d'habileté et utilisation tardive	52
5. Analyse multivariée avec une équation de régression logistique	54
5.1 Facteurs prédisposants déterminant l'utilisation adéquate dans l'analyse multivariée	55
5.2 Facteurs de besoin déterminant l'utilisation adéquate de la CPN.....	55
5.3 Facteurs d'habileté déterminant l'utilisation adéquate de la CPN.....	56
 CHAPITRE V - DISCUSSION	 57
1. Résumé des résultats.....	58
1.1 Utilisation adéquate des services de CPN	58
1.2 Utilisation tardive des services de CPN	59
2. Revue de littérature sous les perspectives de résultats	60
2.1 Le niveau d'utilisation des services de CPN.....	60
2.1.1 Le niveau minimal d'utilisation.....	60
2.1.2 Le niveau adéquat d'utilisation	60
2.2 Les déterminants de l'utilisation des services de CPN	61
2.2.1 Les facteurs prédisposants	61
2.2.2 Facteurs de besoin	63
2.2.3 Facteur d'habileté	64
3. Limites de l'étude	65
4. Conclusion	67
5. Recommandations.....	68

5.1 Recherche	68
5.2 Interventions	69
5.2.1 À court terme	69
5.2.2 À long terme	70
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	73
ANNEXE 1 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTES	84
ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE	88
ANNEXE 3 - AUTORISATIONS	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau Ia	Distribution des femmes de l'étude selon les facteurs prédisposants	31
Tableau Ib	Distribution des femmes de l'étude selon les facteurs de besoin.....	34
Tableau Ic	Distribution des femmes de l'étude selon les facteurs d'habileté.....	36
Tableau II	Distribution des variables dépendantes de l'étude	38
Tableau IIIa	Facteurs prédisposants et consultation prénatale adéquate.....	41
Tableau IIIb	Facteurs de besoin et consultation prénatale adéquate	44
Tableau IIIc	Facteurs d'habileté et consultation prénatale adéquate.....	46
Tableau IVa	Facteurs prédisposants et utilisation tardive.....	48
Tableau IVb	Facteurs de besoin et utilisation tardive	51
Tableau IVc	Facteurs d'habileté et utilisation tardive.....	53
Tableau V	Estimation de ratio de cotes pour la consultation prénatale adéquate	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Choix des ressources de santé Kroeger (1983).....	18
Figure 2 : Modèle conceptuel d'utilisation des services de CPN.....	19

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CPN :	Consultation prénatale
FNP :	Faible poids de naissance
PDIS :	Plan de développement intégré de santé
DRF :	Division de la Recherche et de la Formation
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNICEF :	United Nations Children Funds

DÉDICACES

À la mémoire de ma mère, Dieynaba Gueye, qui m'a offert toutes les occasions, sauf celle de pouvoir faire quelque chose pour elle, à cause de sa disparition prématurée. Que le Tout Puissant lui paie au centuple, tous les sacrifices consentis pour la famille !

À la mémoire de mon regretté père, Baye Demba Ndir, auprès de qui je bénéficiais toujours d'une affection exceptionnelle. C'est cette position d'enfant préféré, qui m'a poussée au dépassement de moi-même. La mort l'a arraché à notre affection alors que je poursuivais mes études au Canada. Que Dieu l'accueille à son paradis !

À la mémoire de mon frère, Pape Babacar Niang qui nous a quittés à la fleur de l'âge. Son sens de l'humour et son amour pour sa famille, l'ont rendu immortel à nos yeux. Que la terre de Dakar lui soit légère !

REMERCIEMENTS

Louange au Tout-Puissant qui m'a toujours privilégiée parmi ses serviteurs croyants.

J'ai beaucoup apprécié le soutien constant et la disponibilité de ma directrice de recherche, Maria Victoria Zunzunegui et de ma codirectrice de recherche Louise Séguin. Qu'elles retrouvent ici l'expression de ma plus profonde gratitude !

La chaleur et la compétence de mes enseignants, la disponibilité et la sympathie des secrétaires du département, de même que l'amitié de mes camarades d'études m'ont aidée à supporter le froid québécois tant redouté et ont constitué pour moi une grande source de motivation. Je leur en suis très reconnaissante.

Je tiens à remercier la Banque Mondiale, le personnel du PDIS et du DRF du ministère de la Santé du Sénégal pour qui m'ont octroyé une bourse d'étude.

Mon séjour à l'étranger aurait pu être très pénible sans le concours de mon mari Ousseynou Diop qui, en plus de m'avoir encouragée et soutenue à poursuivre mes études, a su me remplacer au delà de mes attentes, auprès de ma famille pour tous les problèmes de santé. Qu'il retrouve ici le renouvellement de mon amour et ma profonde gratitude !

Un merci spécial à ma tante et seconde mère, Salimata Sissokho, qui en plus d'avoir pu combler pour moi la perte cruelle d'une mère en bas âge, a pu aider mes enfants à supporter mon absence.

J'adresse un grand merci à mes frères et sœurs pour le soutien matériel et moral qu'ils m'ont apporté au moment les plus durs, de même qu'à mes enfants chéris pour leur compréhension. Puisse ce mémoire leur servir d'exemple!

Je remercie le personnel du centre de santé Roi Baudouin et celui de l'HYGEA pour m'avoir facilité l'enquête et j'adresse un merci spécial à mes collègues et amies Fatou Mime Diop, Adama Thiam, Marième Fall et Madjiguène Ndiaye Coulibaly pour leur contribution dans la réussite de ce travail.

Merci à mes compatriotes sénégalais et plus spécifiquement à Ndiogou Wack Diongue et sa famille auprès de qui, je n'ai jamais manqué de chaleur familiale à Montréal.

INTRODUCTION

Face au taux élevé de mortalité et de morbidité infantile, secondaire entre autre, au faible poids de naissance des nouveau-nés, beaucoup d'efforts ont été consentis au Sénégal, dans le but d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services de consultation prénatale (CPN). L'utilisation des services de CPN a donc beaucoup progressé au cours des dix dernières années et surtout, en milieu urbain où, actuellement, plus de 98 % des femmes vont au moins une fois à la consultation au cours de leur grossesse. Cependant, la couverture adéquate en CPN ou le respect des normes de la CPN (première consultation au premier trimestre de la grossesse et nombre de CPN supérieur ou égal à quatre) est loin d'être parfaite. Alors que, c'est la couverture adéquate, qui permet d'aboutir à une prise en charge efficace des grossesses à risque. Des études récentes ont montré que la couverture adéquate en CPN, ne concerne que moins du quart des femmes en grossesse au Sénégal. Plusieurs études ont essayé de cerner les facteurs sous jacents à cette façon d'utiliser les services de CPN au Sénégal, mais aucune d'elle ne s'est réellement intéressée à déterminer les liens entre les caractéristiques des femmes et l'utilisation des services de CPN.

Pour identifier les stratégies pouvant nous permettre d'accéder à une utilisation optimale des services de CPN, il serait intéressant d'étudier les liens entre les caractéristiques des femmes sénégalaises et l'utilisation des services de CPN.

Dans le premier chapitre, nous situons la problématique de l'utilisation des services de CPN au Sénégal. Le deuxième chapitre porte sur la recension des écrits sur le sujet. Le chapitre trois présente le cadre conceptuel et la méthodologie de la recherche. Les résultats de l'étude sont décrits et analysés dans le chapitre quatre. Les discussions et les recommandations constituent le dernier chapitre.

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

1. PROBLÉMATIQUE

Le faible poids de naissance (FPN) qui concerne aussi bien la prématurité que le retard de croissance intra-utérin, constitue un problème majeur de santé publique à travers le monde, mais plus particulièrement dans les pays du Tiers Monde. Cette situation est due, d'une part au taux élevé de mortalité chez ces enfants et d'autre part, à la grande probabilité de handicap associée à leur survie (1-2-3).

Il ressort de la revue de littérature (4) que les facteurs de risque de faible poids de naissance sont classés en fonction de quatre rubriques : l'environnement, la biologie humaine, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. L'importance des coûts occasionnés par la prise en charge des enfants de FPN, tant au niveau individuel que collectif, devrait faire de l'approche préventive une priorité, aussi bien au niveau des parents, que pour l'ensemble de la société (5-6-7). Cependant, des études (8) ont révélé que la prévention du FPN est un domaine difficile à cerner, à cause de la complexité des facteurs étiologiques du FPN. Ceci pourrait expliquer les avis mitigés sur l'effet de la consultation prénatale adéquate sur l'incidence du FPN (9). Certaines études (10-11) menées surtout dans les pays développés où, les soins prénataux couvrent la presque totalité des femmes enceintes, n'ont pas trouvé de liens entre la consultation prénatale adéquate et l'incidence du FPN. Par contre d'autres études, réalisées aussi bien au niveau des pays développés, que ceux du Tiers monde (12-13) ont démontré l'intérêt de la consultation prénatale (CPN) adéquate dans la promotion d'une issue favorable de la grossesse, et plus spécifiquement dans la prévention du FPN. Les résultats de ces études sont corroborés par le point de vue de Pineault et Goulet (14) pour qui, l'identification des facteurs de risque, permet d'élaborer des stratégies d'intervention de soins, de prévention des complications et de promotion de la santé.

Cet état de fait justifie tous les efforts consentis à travers le monde, pour améliorer la qualité et l'accès aux services de CPN.

Malheureusement, il est largement démontré (15) que, ce sont les femmes, qui sont le plus à risque, qui utilisent le moins ces services. Ce qui pourrait expliquer la sous utilisation des services de CPN dans les pays du Tiers-Monde (16).

Le Sénégal, à l'instar des pays du Tiers-Monde, en plus du taux élevé de mortalité maternelle (510 pour 100 000 naissances vivantes) (17), a également, un taux élevé de mortalité infanto-juvénile soit 131 pour 1 000 naissances vivantes (17), et un taux de FPN de 11 % (18). Il se situe donc, dans l'optique de la maternité sans risque et des programmes de survie de l'enfant. Ce qui a entraîné depuis 1989, la réorganisation du programme spécifique de surveillance de la grossesse, dans le but entre autres, de réduire l'incidence du FPN (19).

Cependant, malgré l'amélioration de la disponibilité des services de CPN à 96 %, les résultats de l'évaluation périodique, des services offerts en santé maternelle et infantile de 1996, donnent un taux d'utilisation du programme de 61 % et un taux de couverture adéquate (respect des normes établies) de 24 % (20). Par ailleurs, des études récentes en Afrique (21) ont montré que 83 % des décès infantiles constatés auraient pu être évités par une surveillance adéquate de la grossesse et de l'accouchement.

L'objectif du présent travail est d'identifier les facteurs maternels associés à l'utilisation des services de CPN au Sénégal, en vue de proposer des stratégies d'intervention plus efficaces.

2. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

La santé de l'enfant est intimement liée à celle de la mère (22). La CPN adéquate, constitue l'un des moyens, les plus fiables d'accéder à la maternité sans risque, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. En Australie par exemple (23), la mortalité périnatale est passée de 28 à 9 pour 1 000 de 1975 à 1985, et 20 % de cette chute, est attribuée à l'amélioration du poids de naissance, grâce à une meilleure surveillance de la grossesse, par le biais d'une utilisation optimale de la CPN. En France, Bouyer et Papiernik (1987) (24) ont abouti aux mêmes conclusions, dans l'enquête périnatale de Haguenau où, le taux de FPN est passé de 5,2 à 4,2 et le taux de mortalité néonatale de 8,3 à 3,1 pour 1 000, après l'identification et la prise à charge à temps, des femmes à risque de prématurité, par le calcul du coefficient de risque d'accouchement prématuré de Papiernik. Cependant, l'absence de comparaison des résultats de l'intervention et ceux observés chez un groupe témoin n'ayant pas subi l'intervention, rend les résultats peu concluants pour nous. Les résultats de l'étude réalisée sur le sujet au Canada (25) sont moins affirmatifs sur l'effet bénéfique de la CPN adéquate sur l'incidence du FPN.

Cependant les auteurs de l'étude attribuent la faiblesse de l'effet bénéfique des soins prénataux sur l'incidence de FPN au fait probable, que les femmes de cette cohorte étaient en meilleure santé et moins à risque que celles, des études ayant trouvé un lien plus fort entre l'utilisation adéquate des services de CPN et l'incidence de FPN.

En plus de ces exemples sur la probabilité d'un lien entre le FPN et la CPN adéquate, l'OMS(1993)(26) considère que la couverture adéquate en CPN constitue la clé de la grossesse sans risque, car elle entraîne une augmentation des chances d'une issue favorable de la grossesse aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Plusieurs études menées dans les pays en développement (27-28-29) ont montré que l'effet de la CPN adéquate sur l'issue de la grossesse est d'autant plus fort que la grossesse est à risque, puisque la CPN efficace peut permettre la détection et la prise en charge à temps de certaines anomalies (béance cervicale, anémie, dystocies osseuses, etc.) Au Sénégal où, il a été démontré que, la santé des femmes en âge de procréer, est une des plus précaires à cause du taux élevé de fécondité (30), l'insuffisance de suivi adéquat des grossesses à risque constitue le déterminant le plus incriminé dans le taux élevé de mortalité maternelle et néonatale (29-31). Par ailleurs, l'analyse la plus récente des statistiques du centre hospitalier universitaire de Dakar, attribue au FPN 62,5 % des décès néonataux (32). Ces différents facteurs évoqués justifient l'intérêt de notre étude sur l'utilisation des services de CPN à Dakar. En effet, de nombreuses études (33) sur l'utilisation des services de santé dans les pays sous développés, ont conclu que les services utilisés correspondent pour l'essentiel, aux choix et aux besoins des populations. Ces conclusions pourraient justifier la position de Godin (1990)(34) selon laquelle, le choix des stratégies d'intervention efficaces pour améliorer les comportements liés à la santé, doit s'appuyer sur une bonne compréhension des facteurs qui prédisposent à l'action. Bien qu'au Sénégal, plusieurs études aient été menées sur l'utilisation des services de CPN (29-31-35-36), à notre connaissance, il y a eu peu de recherche pour déterminer la nature des relations entre les caractéristiques des femmes et l'utilisation des services de CPN. Les résultats de notre étude pourront donc, certainement contribuer à apporter quelques réponses aux préoccupations quotidiennes des décideurs et des administrateurs de la santé publique du Sénégal. L'objectif de ces derniers était d'accéder à un taux d'utilisation adéquate des services de CPN à 50 % en 2002 (37). Ces préoccupations, nous poussent à nous fixer le but de

trouver des pistes de solutions, pour rendre optimale l'utilisation des services de CPN et à formuler la question de recherche :

Quels sont les facteurs maternels associés à l'utilisation des services de CPN à Dakar?

CHAPITRE II
ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'UTILISATION DES
SERVICES DE CONSULTATION PRENATALE

1. L'AMPLEUR DU PROBLÈME

S'agissant de l'utilisation des services de santé maternelle, d'énormes écarts persistent entre monde développé et en développement, ainsi qu'entre femmes riches et pauvres, entre femmes des villes et des campagnes et entre femmes éduquées et non éduquées (16). Des recherches ont montré que, c'est dans les zones rurales pauvres d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud que la sous- utilisation des services prénatals atteint le taux le plus élevé (16).

Dans les pays en développement, au moins 35 % des femmes ne bénéficient toujours pas de soins prénatals, or, dans les pays développés, 97 % des femmes bénéficient d'au moins une consultation prénatale (16). Parmi les 65 % de femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation dans les pays du Tiers Monde, 85 % ont eu une surveillance tardive (début de la consultation après la 15^e semaine de grossesse), alors que ce taux se situe en dessous de 20 % dans les pays développés.

2. L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Aday, Fleming et Andersen (38) ont défini dans leurs travaux plusieurs indices de l'accès aux services de santé à savoir : le nombre de visites, le fait de visiter dans une période donnée et les indicateurs de modalités de contact avec le système de soins. Le modèle de classification des facteurs d'influence sur l'utilisation des services de santé d'Andersen et Newman(39) est appliqué à la plupart des recherches du genre à travers le monde. Ce modèle classifie en trois catégories les facteurs qui déterminent l'utilisation : les facteurs prédisposants, d'habileté et de besoin. Ce modèle part de l'hypothèse que, l'utilisation des services de santé dépend des besoins de soins, qui sont les médiateurs des deux autres types de facteurs, dans un système équitable.

3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN AFRIQUE

D'après Kroeger (40), le diagnostic communautaire est théoriquement le point de départ de toute planification en santé, et le taux d'utilisation des services de santé constitue l'une des composantes essentielles de ce diagnostic.

L'étude internationale de collaboration sur les soins de santé (41) a modifié le modèle préconisé par Andersen en vue d'une meilleure adaptation dans les pays du Tiers

Monde. Le modèle retenu par Kroeger, est largement utilisé dans les recherches sur les soins de santé en Afrique, et regroupe les facteurs associés à l'utilisation des services de santé en trois catégories :

- Facteurs prédisposants ou caractéristiques du sujet : caractéristiques démographiques, composition du ménage et de la famille, niveau d'éducation, revenu, responsabilité relative aux décisions de santé, interactions avec la famille et la société;
- Facteurs de besoin : nature du désordre et perceptions individuelles : susceptibilité et sévérité perçues, perception d'une menace : chronique ou aiguë, sévère ou modérée, étiologie attribuée, bénéfices attendus du traitement, problèmes psychosomatiques ou somatiques;
- Facteurs d'habileté : accessibilité des services de santé, assurance de santé, niveau de vie, opinion et attitudes vis à vis des services de santé.

D'après Kroeger, la variété des ressources et les conceptions étiologiques de la maladie sont importantes dans les pays du Tiers Monde. L'interaction entre ces différents facteurs et le fait que, la décision ultime de soins revienne à quelqu'un d'autre que le malade, rendent très complexe l'utilisation des services modernes de santé dans ces pays (40).

4. UTILISATION DES SERVICES PRÉNATAUX

Poole et Carlton (1986) (42), ont conçu un modèle d'utilisation des services de santé maternelle et infantile, à partir de plusieurs études antérieures, menées aux États Unis dans ce domaine. Ce modèle d'utilisation des services de santé maternelle et infantile, part de la prémisse que quatre blocs de facteurs influencent l'utilisation de ces services à savoir : les facteurs de besoin, les facteurs prédisposants, les facteurs d'habileté et les facteurs relatifs aux services de santé.

Pour Fiscella (43), les soins prénatals de qualité sont des approches globales qui considèrent à la fois les dimensions biologique et psychosociale de la femme. De ce fait, ils devraient constituer un moyen efficace de prise en charge de la grossesse et de prévention du FPN.

La CPN présente donc, la particularité d'être un service préventif, qui pour être efficace, nécessite le dépistage des facteurs de risque, bien avant les manifestations d'une

complication. Alors que d'après Massé (44), trois facteurs peuvent constituer des obstacles à l'utilisation adéquate des services de CPN :

- La notion de facteurs de risque, élémentaire pour les professionnels de la santé publique, n'est pas évidente pour la population cible;
- Les services de CPN, peuvent créer un choc culturel, à cause de la confrontation entre deux types de savoir : le savoir scientifique véhiculé par les professionnels de santé, et le savoir populaire, véhiculé sous de multiples variantes par les divers groupes sociaux et ethniques;
- Quand des questions de survie, de chômage, de taux élevés de mortalité et de morbidité, sont en jeu, la consommation de services préventifs axés sur des problèmes potentiels n'est pas considérée comme une priorité pour ces populations.

5. MESURE DE L'UTILISATION ADÉQUATE DES SERVICES DE CPN

Selon l'index d'utilisation adéquate des services prénatals de Kotelchuck (45), deux données permettent de mesurer l'utilisation adéquate des services de CPN : le moment de la première consultation, qui doit se situer au cours du premier trimestre de la grossesse, et le nombre de consultations requis, ajusté par rapport à l'âge de la grossesse. Ce nombre varie d'un pays à un autre, au Sénégal par exemple, il est égal à quatre, alors que, dans certains pays développés (45), il se situe à plus de neuf consultations. Le respect des normes de cet index, favorise d'après l'auteur, l'identification précoce des facteurs de risque et leur prise en charge adéquate.

6. LES DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE CPN

Bien que le modèle de Poole et Carlton (42) soit spécifiquement conçu pour l'utilisation des services maternelle et infantile, nous avons choisi les déterminants des services de CPN suivant le modèle de Kroeger (40) car d'une part, il sied mieux au contexte africain et d'autre part les facteurs relatifs au système de santé du modèle de Poole et Carleton ne sont pas inclus dans nos objectifs de recherche.

6.1 Facteurs prédisposants

6.1.1 Âge

Les recherches menées dans les pays développés, ont montré que l'utilisation inadéquate des services de CPN est plus fréquente au niveau des groupes d'âge jeune

(46-47). En Afrique et plus spécifiquement au Sénégal, les grossesses non acceptées et souvent fréquentes chez les adolescentes, entraînent une négligence de la surveillance prénatale (48). Par ailleurs, des études y ont montré que les femmes d'âge mûr, ont plus tendance à recourir à la médecine traditionnelle et moins à la médecine moderne (49), ce qui constitue un frein à l'utilisation adéquate des services de CPN dans les pays africains.

6.1.2 Niveau de scolarité

Le niveau de scolarité est fortement associé à l'utilisation des services(50). L'analphabétisme et le faible niveau de scolarité, qui caractérisent souvent les femmes des pays africains, entraînent souvent l'ignorance des conditions de vie saines et favorisent le manque de réceptivité aux conseils d'hygiène de la grossesse, tel que, l'utilisation adéquate des services de CPN (51).

6.1.3 Revenu

Des études (52) ont démontré que dans les pays du Tiers Monde, l'appartenance au milieu défavorisé, conditionne le recours aux services modernes de santé à cause de l'insuffisance de revenus qui limitent leur accessibilité. Ces services modernes de santé, ne sont donc souvent sollicités qu'en état d'urgence. Cependant, en Afrique, d'autres facteurs sociaux tels que démontrés plus bas, peuvent expliquer, le fait que certaines femmes des milieux plus favorisés, n'utilisent pas adéquatement les services de CPN (53).

6.1.4 Situation matrimoniale

Les résultats de plusieurs recherches menées aux États-Unis (54) ont montré une association positive entre le mariage et l'utilisation des services prénatals, aussi bien chez les femmes blanches, que chez les femmes noires et quel que soit le groupe d'âge. La même situation se retrouve en Afrique. Au Niger par exemple, une étude prospective (55) où, 181 femmes enceintes célibataires ont été appariées à des femmes enceintes mariées de même âge et de même parité, a montré que les femmes célibataires se présentent moins fréquemment et plus tardivement que les femmes mariées aux services de CPN. Il est également ressorti des résultats de cette étude, que

l'incidence du FPN est 2,4 fois plus fréquente chez les célibataires que chez les femmes mariées.

6.1.5 Le groupe ethnique et la religion

Le groupe ethnique détermine souvent la façon de percevoir la grossesse de même que le besoin d'utiliser les services prénatals (53). Au Canada, des études (56) ont montré que, c'est dans les milieux multiethniques qu'on trouve souvent le taux d'utilisation tardive, de même qu'aux États-Unis où il est démontré que, la sous utilisation est plus fréquente chez les femmes noires que chez celles de race blanche (54). En Afrique, et plus spécifiquement au Niger, les hommes de certains groupes ethniques refusent que leurs femmes soient examinées par un homme (57).

La religion peut constituer un facteur déterminant dans l'utilisation des services de CPN. Au Nigeria, par exemple, certaines pratiques religieuses font que, les femmes n'ont pas le droit de se faire examiner par un homme, ni de se déplacer sans escorte (52). Ces contraintes ne militent pas en faveur d'un suivi adéquat de la grossesse.

6.1.6 Occupation

Le type d'occupation conditionne le recours à l'assurance maladie dans les pays sous développés où, la prise en charge médicale est uniquement assurée à certains employés par leurs employeurs respectifs (33). Cette situation, limite l'utilisation des services de CPN et peut justifier les résultats statistiquement significatifs des recherches sur l'existence de liens entre l'occupation et le degré d'utilisation des services de CPN (58).

6.1.7 L'habitat et le lieu de résidence.

Le niveau de vie est souvent difficile à évaluer en Afrique où d'une part, il n'y a pas de repères pour déterminer le revenu, et où, d'autre part, le revenu d'une personne sert souvent à entretenir plusieurs personnes (33). L'habitat et le lieu de résidence, sont donc pris en considération pour déterminer le niveau de vie. Des études (52) ont montré que le niveau de vie est significativement associé à la propension à utiliser les services de CPN. En Tunisie (59), par exemple, l'analyse des données de l'enquête sur la santé maternelle et infantile, montre une forte corrélation entre le niveau de vie et l'utilisation adéquate des services de CPN.

6.2 Nature des problèmes de la grossesse et perceptions individuelles

6.2.1 Nature des problèmes de la grossesse

En Afrique, la grossesse est un sujet tabou, entourée de beaucoup de mystère, entretenu par les taux élevés de mortalité périnatale et maternelle (60). La grossesse est donc gardée en secret le plus longtemps possible. Une étude de cohorte a révélé qu'au Nigeria, la majorité des femmes ne veulent pas que leur grossesse soit publiquement connue avant qu'elles ne soient sûres de la mener à terme (61). Au Ghana, il ressort d'une étude sur l'utilisation des services maternelle et infantile (62), qu'il faut que l'état de santé de la femme soit assez grave, pour justifier le coût d'une consultation dans les services modernes de santé. Les normes de la CPN, vont donc alors à l'encontre de la perception africaine de la grossesse, ce qui pourrait expliquer le faible niveau de fréquentation des services de CPN au cours du premier trimestre de la grossesse, en l'absence d'un besoin pressant de soins.

6.2.2 Perceptions individuelles

Le respect des normes de la CPN est surtout déterminé à ce niveau par l'état de santé de la femme et le déroulement de la grossesse. Au Sénégal par exemple, la probabilité d'utilisation des services par les grandes multipares est déterminée par la perception d'une menace sur leur grossesse (60). Par conséquent, plus la femme perçoit une menace sur sa grossesse, plus elle est disposée à suivre adéquatement ses CPN. Des études (52) ont montré qu'en Afrique, parmi toutes les pathologies d'ordre féminin, ce sont les pathologies associées à la grossesse et à l'accouchement, qui retiennent le plus l'attention de la société et sont susceptibles de déclencher une mobilisation sociale. Cependant, plusieurs études (62-63) ont montré que dans ces même pays, les antécédents gynécologiques et obstétricaux chargés de la femme, l'incitent plus au recours à la médecine traditionnelle qu'à la médecine moderne, qu'elle ne sollicite qu'en situation d'extrême urgence.

6.3 Facteurs d'habileté

6.3.1 Responsabilité relative aux décisions de santé

Selon Kroeger (1983) (40), les familles étendues peuvent être plus proches de la médecine traditionnelle que les familles nucléaires. Le respect des structures

traditionnelles d'autorité, peut alors constituer un frein à l'utilisation adéquate des services de CPN. En effet, la position sociale de la femme au sein de ces sociétés, entraîne, qu'elle est sous la dépendance de son mari et de sa belle-famille. Des études au Népal ont montré que 75 % des belles-mères, jugeaient le contrôle prénatal superflu (64) alors que leur position est déterminante dans l'utilisation des services de CPN par leurs belles-filles. Au Nigeria, une étude (16) a révélé que la presque totalité des femmes ont besoin même pour des soins vitaux, de l'autorisation de leur mari ou de leur belle-famille avant d'utiliser les services modernes de santé. D'après Foster (65), dans une société traditionnelle, même si la femme a l'intention de respecter les normes des services de CPN, « les coûts sociaux » subséquents à cette décision, si elle n'est pas appuyée par son mari ou sa belle-famille, peuvent l'empêcher de le faire.

6.3.2 *Accessibilité des services*

Selon Parquet (66), l'accès aux services de santé est freiné par plusieurs obstacles qui peuvent être des barrières financières ou liées à l'organisation du système de santé ou dus à la manière dont les services sont délivrés, et au rapport de forces entre les valeurs des professionnels et celles de leurs clientes.

Comme l'objectif de notre étude est d'identifier les liens entre les caractéristiques des femmes et l'utilisation des services de CPN, la littérature sur l'accessibilité des services sera uniquement axée sur les facteurs inhérents aux femmes.

➤ Accessibilité financière

Des études menées à Rhode Island (67) ont constaté une augmentation du taux d'utilisation de 10,3 à 31,2 après la mise à la disposition des femmes en grossesse d'un service gratuit pour les soins prénataux. Au Niger, où une enquête a révélé que les hommes sont peu disposés à payer les services de CPN pour leurs femmes, l'augmentation des coûts des services de CPN, a entraîné une baisse drastique de l'utilisation des services (57). Cette baisse de l'utilisation des services de CPN, a été également constaté au Nigeria (68), après le passage des services de CPN gratuits aux services payants.

➤ Accessibilité temporelle

Une méta-analyse de 17 études (69) réalisées sur la charge de travail des femmes africaines a démontré que ces dernières, peuvent consacrer jusqu'à 16 heures par jour

dans les tâches ménagères, avec une moyenne de 9H30. Des études (70) ont montré que, la plupart des femmes enceintes du Tiers Monde doivent d'un côté, consacrer un certain temps à leur santé, et de l'autre, s'acquitter de multiples tâches domestiques. Ce manque de disponibilité associé à la méconnaissance de l'intérêt de la CPN, constitue un obstacle important à l'accessibilité aux services.

➤ Accessibilité culturelle

L'accessibilité culturelle est déterminée par des facteurs se retrouvant dans les trois groupes de variables indépendantes, et tel que discuté ci-dessus. Selon l'OMS (1998) (71), le facteur le plus déterminant de l'accessibilité culturelle des femmes aux services de CPN, est le fait qu'elles aient peu de pouvoir de décision en matière de procréation et de sexualité. C'est presque toujours la belle-mère ou le mari qui prend la décision dans les soins maternels.

6.3.3 *Acceptabilité des services*

Plusieurs études menées (72) dans des pays du Tiers-Monde ont montré que la grossesse y est considérée comme un état normal et physiologique, qui par conséquent ne nécessite pas de soins de santé. Alors que d'après ces mêmes études, la santé reproductive des femmes de ces pays est marquée par la malnutrition, l'anémie, le rachitisme et plusieurs types de maladie. Ce qui pourrait expliquer le grand écart constaté entre les taux de mortalité maternelle et néonatale de ces pays et ceux des pays développés et justifie la conclusion de ces études sur le besoin impératif, d'informer les femmes du Tiers-Monde sur l'utilité des services de CPN. Au Sénégal, la grossesse est assimilée à un « mauvais état de santé », que la femme doit stoïquement supporter (60). Par ailleurs, plusieurs évaluations de la qualité de la CPN réalisées à travers les différentes régions du Sénégal (29-31-36) ont permis de constater qu'en plus de l'absence de séances d'éducation au cours des CPN, les résultats de la consultation sont rarement communiqués aux femmes. L'insuffisance de communication, associée à la perception sénégalaise de la grossesse, pourrait donc constituer un frein à l'acceptabilité des services de CPN dans ce pays.

CHAPITRE III
CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1. CADRE CONCEPTUEL

Comme, il a été mentionné dans la recension des écrits, il existe diverses approches méthodologiques et conceptuelles dans les études sur les facteurs d'utilisation des services de santé. Nous avons choisi le modèle de Kroeger qui est mieux adapté aux pays africains et à nos objectifs de recherche. D'après ce modèle, la variété des ressources et les conceptions étiologiques de la maladie dans les pays en développement, entraînent la possibilité de choix entre la médecine moderne et d'autres types de médecine. Ce choix est déterminé par la nature du besoin et les perceptions de la maladie, les facteurs prédisposants ou caractéristiques des malades et les facteurs d'habileté (figure1)

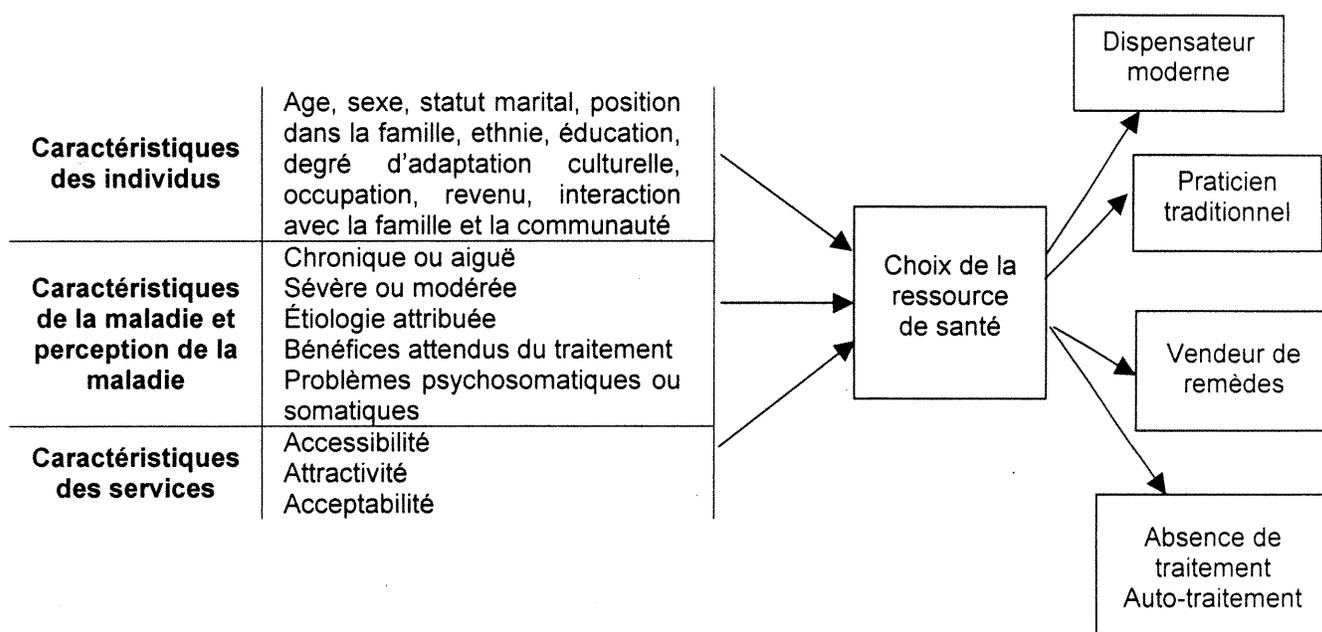


Figure 1 : Choix des ressources de santé Kroeger (1983)

Le modèle conceptuel d'utilisation des services de santé de Kroeger a été retenu pour construire notre modèle conceptuel. Comme nous nous intéressons aux liens entre les caractéristiques des femmes et l'utilisation d'un service moderne de santé : les services de CPN, nous avons remplacé le choix de ressources de Kroeger par l'utilisation des services de CPN dans notre modèle. Nous conservons les caractéristiques des femmes ou facteurs prédisposants comme tels, pour les caractéristiques et perception de la maladie, comme il s'agit de grossesse et non de maladie, nous prenons le terme de problèmes de la grossesse et perceptions individuelles, les caractéristiques des services

ne seront étudiées que par rapport aux facteurs inhérents aux femmes ou facteurs d'habiletés, comme l'accessibilité financière, temporelle, culturelle et l'acceptabilité.

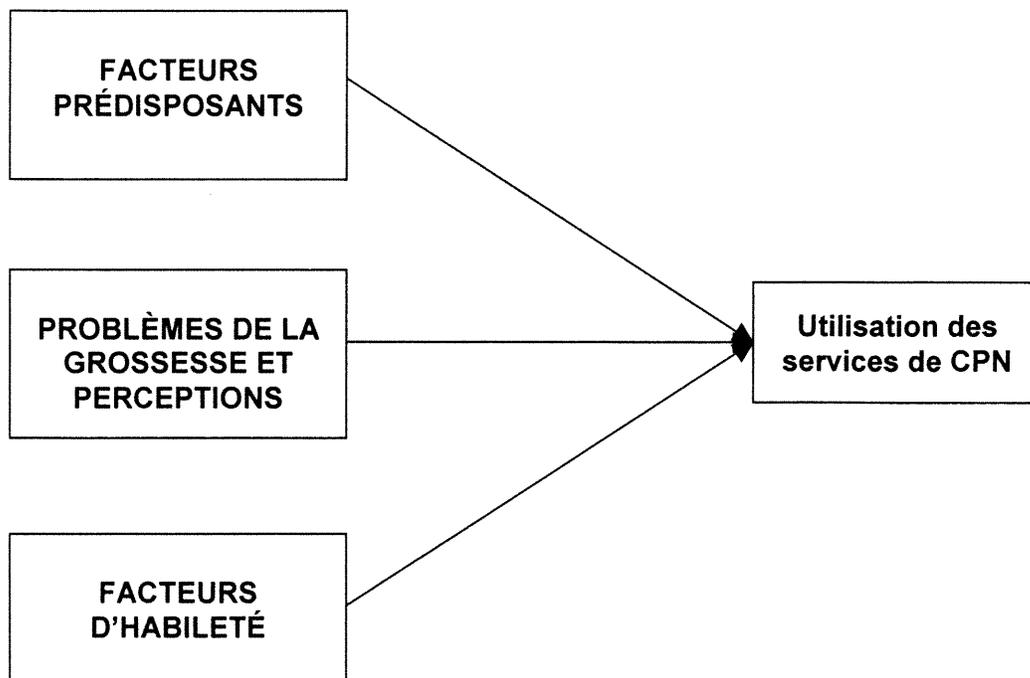


Figure 2 : Modèle conceptuel d'utilisation des services de CPN

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Objectif général : Identifier les facteurs maternels associés à l'utilisation des services de CPN à Dakar.

Plus spécifiquement :

- 1) Identifier les liens entre les caractéristiques des femmes accouchées et l'utilisation adéquate des services de CPN.
- 2) Identifier les liens entre les caractéristiques des femmes accouchées et l'utilisation tardive (première CPN au dernier tiers de la grossesse) des services de CPN.
- 3) Déterminer les rapports entre le niveau d'information des femmes accouchées et l'utilisation adéquate des services de CPN.
- 4) Identifier les liens entre le niveau d'information des femmes accouchées et l'utilisation tardive des services de CPN.

3. MÉTHODE ET PROCÉDURE DE RECHERCHE

3.1 Population à l'étude

L'étude concerne les accouchées de la maternité de Roi Baudoïun, structure située au centre de santé du district de Guédiawaye. Ce district est une des banlieues de Dakar qui, constituée avec celle de Pikine, le territoire géographique le plus peuplé du Sénégal avec une densité moyenne de 3600 habitants au kilomètre carré avec 17,5% de femmes en âge de procréer. La population est composée de toutes les couches sociales de la ville de Dakar. A l'instar des districts de cette ville, la disponibilité des structures sanitaires à un rayon moyen de 1,5 kilomètres, entraîne que 98 % des femmes de Guédiawaye accouchent dans une formation sanitaire (73). La maternité Roi Baudoïun est le centre de référence pour toutes les structures sanitaires du département de Pikine avec un nombre moyen de 300 accouchements par mois. Par ailleurs, des études sur l'incidence de FPN (74) menées dans ce district, ont donné des résultats très proches du taux moyen national. La similitude entre la composition de notre population d'étude et celle de la ville de Dakar, nous font penser pouvoir généraliser nos résultats à l'ensemble des accouchées de cette ville.

Notre population d'étude est constituée par les accouchées naturelles de la maternité Roi Baudoïun à la période du 2 mai au 2 juillet 2001.

Par la consultation des dossiers médicaux des accouchées, nous avons exclu toutes les femmes ayant accouché d'un mort-né, pour éviter le biais de mémoire découlant du fait que ces femmes, sont souvent à la recherche d'une justification de la perte de leur bébé et peuvent avoir une façon différente de celles des autres accouchées à se souvenir du déroulement de leur dernière grossesse. Les femmes non sénégalaises ont été également exclues pour contrôler le biais de sélection puisque notre étude recherche des caractéristiques inhérentes aux femmes sénégalaises.

3.1.1 Échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage retenue est de nature non probabiliste de type circonstanciel.

3.1.2 Taille de l'échantillon

Nous avons prévu une taille de 300 femmes pour avoir une précision de 5 % dans l'estimation de la proportion qui a eu une couverture adéquate, basée sur la proportion estimée de couverture adéquate de 24 % dans une étude précédente (20).

$$N = (Z_{1-\alpha/2} : \text{delta})^2 * p * q$$

$$P = 0.24$$

$$Q = 1 - P = 0.76$$

$$\text{Delta} = 0.05$$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$N = (1.96 : 0.05)^2 (0.24) * (0.76) = 280$$

Par mesure de sécurité, nous avons ajouté 20 femmes pour pallier à l'éventualité d'un refus à répondre à toutes les questions posées lors de l'interview.

3.2 Devis de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale de type corrélationnel. Elle vise à déterminer la nature des relations, qui existent entre deux niveaux de la variable dépendante : le niveau d'utilisation adéquate et le niveau d'utilisation tardive des services de CPN, 17 variables indépendantes dont neuf variables prédisposantes à l'utilisation des services de CPN; six variables de besoins : la nature des problèmes de la grossesse et les perceptions individuelles et deux variables d'habileté.

3.3 Définition opérationnelle des variables de l'étude

3.3.1 Variable dépendante

La variable dépendante de l'étude est l'utilisation des services de CPN. Cette variable comporte plusieurs niveaux, mais nous nous intéressons principalement au niveau d'utilisation adéquate des consultations prénatales effectuées par la femme, tel que décrit dans son carnet de santé. Secondairement nous allons nous intéresser au niveau d'utilisation tardive, tel que déclaré par la femme et expliqué plus loin.

D'après l'index de consultation adéquate de Kotelchuck (44), le niveau adéquat d'utilisation des services de CPN est déterminé par la première consultation au premier trimestre et le nombre requis de consultation, qui est ajusté par rapport à l'âge de la grossesse. Au Sénégal, le niveau d'utilisation adéquate a été évalué selon les critères, par rapport aux normes du programme de CPN en vigueur. Comme il est difficile de connaître l'âge exact de la grossesse au moment de l'accouchement (absence d'échographie chez plus de 80 % des accouchées) le nombre requis de consultations est fixé à quatre pour toutes les femmes au moment de l'accouchement, et la période requise pour la première consultation, est le premier trimestre de la grossesse.

Notre variable dépendante : utilisation des services de CPN comporte quatre niveaux :

- niveau 1 ou niveau minimal d'utilisation : avoir consulté au moins une fois;
- niveau 2 ou niveau suffisant d'utilisation : avoir effectué au moins quatre consultations;
- niveau 3 ou niveau adéquat d'utilisation : avoir effectué sa première consultation au premier trimestre de la grossesse et avoir effectué au moins quatre consultations.
Suite à cette classification, et compte tenu des objectifs de notre étude, nous allons procéder de manière dichotomique. Toutes les femmes qui se situent au niveau 3, seront considérées comme la proportion de femmes ayant effectué un niveau adéquat d'utilisation. Toutes les autres femmes seront considérées comme la proportion de femmes ayant un niveau inadéquat d'utilisation;
- niveau 4 ou niveau d'utilisation tardive : avoir effectué sa première consultation au troisième trimestre de la grossesse.

Parmi la proportion de femmes classées au niveau inadéquat d'utilisation, le niveau d'utilisation tardive sera déterminé par la proportion de femmes, ayant déclaré avoir effectué leur première consultation prénatale, au troisième trimestre de leur grossesse.

3.3.2 Variables indépendantes

Celles-ci sont les données socio-démographiques; la nature des problèmes de la grossesse et les perceptions individuelles; et les facteurs d'habileté tels que présentés dans le modèle conceptuel de la figure 2. Pour mesurer ce modèle, un questionnaire a été élaboré et pré-testé (comme démontré dans la méthodologie). L'administration du questionnaire, nous a permis d'explorer les différents facteurs inhérents aux femmes et

susceptibles d'influencer l'utilisation des services de CPN tel que considéré dans notre modèle conceptuel. Le questionnaire utilisé, peut être consulté en annexe 2.

3.3.2.1 Les variables prédisposantes

Les variables prédisposantes ou caractéristiques de la femme selon notre modèle ont été recueillies par 21 questions directes concernant :

- ❖ âge recodé en cinq catégories : inférieur ou égal à 20 ans, de 21 à 25 ans, de 26 à 30, de 31 à 35, supérieur à 35 ans;
- ❖ éducation
 - niveau de scolarité : analphabète, primaire, secondaire, supérieur;
 - savoir lire : aucune langue, arabe, langue locale, français;
 - savoir écrire : aucune langue, arabe, langue locale, français;
- ❖ situation matrimoniale : mariée, séparée, divorcée, veuve, célibataire;
- ❖ langue parlée à domicile : wolof, toucouleur, autre;
- ❖ religion : musulmane, catholique, autre;
- ❖ Type de ménage : famille élargie, belle-famille, famille nucléaire
 - Famille élargie : femme vivant toujours dans sa famille d'origine, ce qui peut signifier un célibat caché ou le mariage avec un homme dont les revenus sont insuffisants pour entretenir sa femme;
 - belle-famille : femme vivant avec la famille d'origine de son mari en présence ou en l'absence de ce dernier (parfois émigré);
 - famille nucléaire : femme vivant seule avec son mari et ses enfants;
- ❖ interactions avec la famille et la communauté :
 - première personne informée de la grossesse : personne, mari, belle-famille, autre personne;
 - conseiller pour aller à la CPN : personne, mari, belle-famille, autre personne;
- ❖ occupation
 - ouvrière non qualifiée, ménagère, ouvrière qualifiée, salariée :
 - ouvrière non qualifiée : femme obligée d'avoir un travail très mal rémunéré pour vivre par exemple : femme de ménage, laveuse, vendeuse...
 - ménagère : femme au foyer et financièrement dépendante;
 - ouvrière qualifiée : femme travaillant à son propre compte. coiffeuse, commerçante, couturière...
 - salariée : femme occupant un emploi bien rémunéré;

- ❖ niveau de vie :
 - type de bâtiment, électricité, eau courante, dépense quotidienne, TV, téléphone, radio;
 - niveau de présence des commodités : 0, 1, 2, 3, 4, 5 : présence de l'eau, l'électricité, la radio, la télévision, le téléphone. Chaque type de commodité compte pour un point;
 - nombre de personnes par chambre : = < 3 personnes par chambre, 4 et plus de personnes par chambre ou existence de promiscuité.

3.3.2.2 Les variables de besoin

Les données relatives à la nature des problèmes liés à la grossesse et les perceptions individuelles selon notre modèle ont été mesurées par huit questions :

- ❖ présence de maladie : signes et symptômes pouvant être associés à la grossesse, maladie chronique, MST et douleurs pelviennes, douleurs et autres symptômes;
- ❖ raison de la première consultation prénatale : maladie, autres causes;
- ❖ perception par la femme de la dernière grossesse : grossesse normale, grossesse à risque;
- ❖ perception par la femme de son état de santé par rapport aux femmes de son âge : perception favorable, plus ou moins favorable, défavorable de l'état de santé;
- ❖ nombre d'accouchements expérimentés par la femme : 1 enfant, de 2 à 5 enfants, 6 enfants et plus;
- ❖ présence d'antécédents de mortalité infantile antérieure chez la femme : oui, non;
- ❖ raison du nombre de CPN effectué : respect RV, autre réponse;
- ❖ connaissance de la femme sur l'intérêt CPN : information, prévention, ne sait pas.

3.3.3 Les variables d'habileté

Les variables d'habileté selon notre modèle sont mesurées par six questions :

- ❖ accessibilité : existence de barrières, liberté de choix :
 - barrières culturelles : la femme a besoin d'autorisation pour aller à la CPN : oui non;
 - responsable d'autorisation de consulter : la femme elle-même, mari, belle-famille, autre personne;
 - barrières financières : la femme rencontre des difficultés d'ordre financier pour aller à la CPN: Oui Non;

- ❖ acceptabilité :
 - type de soignant : sage femme, médecin, infirmier;
 - connaissances de la femme sur la date de la première consultation : premier trimestre, deuxième trimestre, troisième trimestre, ne sait pas;
 - connaissances de la femme sur le nombre de visites requis : inférieur ou égal à 3, 4 et plus, ne sait pas;
 - connaissances de la femme sur les normes de la consultation adéquate : première consultation au cours du premier trimestre et nombre de visite supérieur ou égal à 4, autre réponse;

3.4 Méthode de collecte des données

Les données ont été collectées à travers deux sources : les carnets de santé des femmes et le questionnaire.

- Les carnets de santé des femmes comportent deux parties : l'une des parties contient les renseignements généraux et médicaux sur la mère pendant la période de la grossesse avec le rapport de toutes les CPN effectuées et l'âge de la grossesse à la première consultation; l'autre partie précise les conditions de l'accouchement de même que le poids de naissance et les différentes pathologies constatées chez le nouveau-né.
- Le questionnaire élaboré a été administré verbalement aux femmes.

Pour assurer la validité et la fidélité de nos instruments après l'élaboration du questionnaire, nous avons procédé à la démarche suivante :

- Du 2 au 7 mars, nous avons procédé à un premier pré-test des instruments avec 30 femmes accouchées à la maternité de Abass Ndao qui présentent les mêmes caractéristiques que notre population d'étude. Après révision du questionnaire, et en fonction des résultats du pré-test, nous avons jugé utile de procéder à un deuxième pré-test au niveau de notre champ d'étude auprès de 30 femmes.
- Nous avons administré le questionnaire par entrevue à l'ensemble des femmes de l'étude pour d'une part, limiter le taux de données manquantes à cause de l'analphabétisme chez la plupart des femmes, et d'autre part pour éviter les biais d'interprétation des questions.
- Nous prévoyions de former des enquêtrices qui devaient se charger d'administrer les questionnaires pour contrôler le biais d'attente du chercheur. Par faute de moyens,

nous avons dû nous contenter de demander à une collègue sage-femme après l'avoir formée pendant deux jours, d'assurer une partie des entrevues (30 %), le reste des questionnaires a été administré par nous-même.

L'enquête s'est déroulée du 2 mai au 2 juillet. Le taux de participation est 70 % soit 301 femmes interviewées sur 428 accouchées. Les 30 % de femmes n'ayant pas participé à l'étude concernent les femmes césarisées, celles ayant accouché d'un mort-né et les femmes non sénégalaises. Toutes les femmes éligibles ont accepté de participer à l'étude et de répondre à toutes les questions. L'effectif des femmes de l'étude est de 301, cependant compte-tenu du petit nombre de femmes n'ayant pas été à la consultation ($N = 4$), pour des raisons d'ordre pratique nous avons choisi de considérer comme population de l'étude, les femmes ayant été au moins une fois à la consultation, qui constitue un effectif de 297 femmes. Les données relatives aux quatre femmes n'ayant pas été à la consultation, ne seront prises en compte que dans la discussion.

3.5 Méthode d'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par SPSS (Statistical Package for Social Science, 2000) selon les techniques d'analyse bi et multivariées. Nous avons d'abord fait des analyses bivariées afin d'identifier les caractéristiques des femmes associées au niveau d'utilisation des services de CPN. Le Chi carré est la statistique utilisée pour tester s'il y a une association significative entre d'une part, la consultation prénatale adéquate et les différentes caractéristiques des femmes et d'autre part, l'utilisation tardive et les caractéristiques des femmes. Le seuil de signification est établi à 0,05.

Par la suite, nous avons procédé à une analyse multivariée de type régression logistique avec une stratégie d'inclusion des variables dans le modèle selon le cadre conceptuel proposé. Nous avons retenu pour cette analyse, les variables associées à l'utilisation adéquate dans l'analyse bivariée ayant un seuil de signification inférieur à 0,20. En premier lieu, nous avons introduit les variables prédisposantes, puis secondairement les variables de besoin et finalement les variables d'habileté. Dans chacun de ces blocs, les variables ont été introduites selon la procédure hiérarchique pas à pas (*step wise*). Les critères d'inclusion et d'exclusion des variables sont de $p = 0,05$ et $p = 0,10$ respectivement. Compte-tenu de notre petit effectif, nous avons considéré pour l'estimation du ratio de cote de toutes les variables, le point de vue de Rothman et

Greenland (1998)(75) selon lequel, l'intervalle de confiance de 90 % présente par rapport au traditionnel intervalle de 95%, l'avantage de correspondre approximativement à l'intervalle exact pour un échantillon de petite taille. Nous n'avons pas pu prendre en compte la situation matrimoniale dans la régression logistique parce que, aucune des femmes célibataires n'a eu un niveau adéquat d'utilisation. Ce manque de variabilité empêche l'étude de cette variable dans l'analyse multivariée.

Les résultats du niveau d'utilisation tardive n'ont pas également pu être analysés dans l'analyse multivariée à cause du petit nombre de femmes ayant eu un niveau d'utilisation tardive (N = 9).

3.6 Considérations éthiques

L'étude a satisfait aux exigences éthiques de l'Université de Montréal : l'approbation du comité éthique de la recherche de la faculté de médecine est disponible en annexe 3. L'enquête reposait sur le volontariat des accouchées de la maternité Roi Baudoïun qui ont accepté de participer à l'étude. Les exigences éthiques de respect de la vie privée de chaque individu, de confidentialité, de consentement ou de refus de consentement ont été rigoureusement respectées. Ainsi aucune contrainte n'a été appliquée pour obliger les femmes à adhérer à la démarche de recherche. Nous étions conscientes que cette étude est menée à une période où la femme a besoin de repos pour récupérer après la dure période de travail et d'accouchement. Compte tenu du retour précoce à domicile (24 heures au maximum après l'accouchement), nous n'avons interrogé les femmes qu'entre la 12^e et la 24^e heure qui suit l'accouchement. Comme la plupart des femmes sont analphabètes, nous avons fait devant témoin, une lecture et une explication du formulaire de consentement traduit en langue locale pour ces dernières. Le formulaire de consentement a été signé aussi bien par l'ensemble des femmes de l'étude, que par les témoins attestant que les participantes ont bien compris le contenu du formulaire (le formulaire de consentement est disponible en annexe 1).

CHAPITRE IV
PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre comporte cinq parties. La première présente les données descriptives des caractéristiques de la population de l'étude. La deuxième décrit la distribution des variables dépendantes de l'étude. La troisième expose les résultats de l'analyse bivariée entre les caractéristiques des femmes de l'étude et l'utilisation adéquate des services de CPN. La quatrième montre les résultats de l'analyse bivariée entre l'utilisation tardive et les caractéristiques de la population d'étude. Et enfin, la dernière partie présente les principaux déterminants de l'utilisation adéquate des services de CPN à partir de l'analyse multivariée.

1. DISTRIBUTION DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE

1.1 Distribution de la population de l'étude selon les facteurs prédisposants

Le tableau I. a, résume les résultats des 21 questions concernant les facteurs prédisposants qui peuvent être répartis en trois groupes : les caractéristiques démographiques; les facteurs sociaux ou d'interactions entre la femme et la famille et la communauté et enfin, le niveau de vie.

1.1.1 Les caractéristiques démographiques

La population de l'étude a un âge qui varie entre 15 et 47 ans. Elle est relativement jeune avec une moyenne d'âge de 25 ans et un mode de la distribution dans la classe d'âge de 21 à 25 ans. La grande majorité des femmes (95 %) déclarent être mariées, mais plus de la moitié de ces femmes (56,6 %) vivent toujours avec leur famille d'origine. Le wolof (48 %) constitue l'ethnie dominante, suivi du toucouleur (24 %), les six autres ethnies regroupées représentent 28 % de la population de l'étude. La plupart des femmes (96%) sont musulmanes et les catholiques ne représentent que 4 %. C'est une population analphabète à 61 %, sur les 34 % scolarisées, 11,4 % seulement ont eu un niveau de scolarité supérieur à six ans.

1.1.2 Les facteurs sociaux

Plus de la moitié des femmes (56,6 %) vivent avec leur famille d'origine, 38,4 % vivent avec leur belle-famille et il n'y a qu'une minorité (5 %) qui sont en famille nucléaire. La majorité des femmes soit 70,7 %, déclarent avoir informé en premier leur mari de la grossesse, 6 % un membre de leur belle-famille, 17,8 % ont informé en premier diverses personnes de leur entourage (mère, tante, amie, sœur, etc.) et 5,4 % déclarent n'avoir

informé personne de leur grossesse. Après avoir donné l'information, 58,2 % des femmes déclarent avoir reçu un conseil pour aller à la consultation prénatale. Parmi celles qui ont reçu un conseil pour aller à consultation, 65,3 % déclarent avoir été conseillées par leur mari. La mesure d'agrément entre la première personne informée et celle qui a donné le conseil pour la consultation, donne un kappa de 0,294.

1.1.3 *Le niveau de vie*

La grande majorité (78,1 %) des femmes sont des ménagères et sont donc sans revenu, 8,8 % sont des ouvrières non qualifiées, 5,7 % sont des ouvrières qualifiées et les femmes salariées ne représentent que 7,4 %. La plupart des femmes (67 %) vivent dans une maison appartenant au responsable de leur famille, et un peu plus de la moitié des maisons (51,5 %) sont en dur. La présence de promiscuité (quatre personnes et plus par chambre) est soulignée par 45,1 % des femmes. Le niveau de vie est relativement bas avec une estimation de la dépense personnelle journalière inférieure à 250F (équivalent à 50 cents canadiens) chez 79,5 % des femmes. Les dépenses familiales sont assumées par une seule personne dans 86,1% des ménages.

Par contre les autres facteurs de niveau de vie comme l'eau, l'électricité, la radio, la télévision sont présentes chez la plupart des femmes à l'exception du téléphone qui n'existe que chez 42 % des femmes. Par ailleurs, il n'y a une absence de toutes les commodités que chez 3,4 % des femmes et plus du tiers des femmes (37,4 %) déclarent une présence totale de commodités.

Tableau la
Distribution des femmes de l'étude selon les facteurs prédisposants

		Caractéristiques des accouchées	Effectif	Pourcentage
Caractéristiques démographiques	Âge (N = 284)	= < 20 ans	82	29,0
		21-25 ans	84	29,7
		26-30 ans	49	17,7
		31-35 ans	43	15,1
		> 35 ans	23	8,5
	Situation matrimoniale (N = 297)	Mariée	282	94,9
		Célibataire	15	5,1
Langue parlée (N = 297)	Wolof	142	47,8	
	Toucouleur	71	23,9	
	Autre langue	84	28,3	
Religion (N = 297)	Musulmane	286	96,2	
	Catholique	11	3,7	
Niveau d'instruction (N = 297)	Analphabète	180	60,6	
	Alphabétisée	17	5,7	
	Primaire	66	22,2	
	Secondaire	34	11,5	
Sait lire (N = 297)	Illettrée	191	64,3	
	Arabe	13	4,4	
	Langue locale	5	1,7	
	Français	88	29,6	
Sait écrire (N = 297)	Arabe	12	4,0	
	Aucune langue	202	68,0	
	Langue locale	5	1,7	
	Français	78	26,3	
Facteurs sociaux	Type de famille	Élargie	168	56,6
		Belle-famille	114	38,4
		Nucléaire	15	5,0
	Première personne informée (N = 297)	Personne	16	5,4
Mari		210	70,7	
Membre de la belle-famille		18	6,1	
Autre personne		53	17,8	
A été conseillée pour CPN (N = 297)	Oui	173	58,2	
	Non	124	41,8	
A été conseillée par (N = 297)	Personne	124	41,7	
	Mari	113	38,1	
	Belle-famille	23	7,7	
	Autre personne	37	12,5	

		Caractéristiques des accouchées	Effectif	Pourcentage
Niveau de vie	Occupation (N = 297)	Ouvrière non qualifiée Ménagère Ouvrière qualifiée Salariée	26 232 17 22	8,8 78,1 5,7 7,4
	Locataire (N = 297)	Oui Non	98 199	33,0 67,0
	Type de logement (N = 297)	En dur Autre type	153 144	51,5 48,5
	Nombre de personne/chambre (N = 297)	= < 3 = > 4	163 134	54,9 45,1
	Dépenses quotidiennes (N = 297)	< 250 FCFA 250-500 FCFA > 500 FCFA	236 47 14	79,5 15,8 4,7
	Nombre de personnes contribuant à la dépense quotidienne (N = 295)	1 2 3 et plus	254 35 6	86,1 11,9 2,0
	Eau (N = 297)	Oui Non	252 45	84,8 15,2
	Électricité (N = 297)	Oui Non	268 29	90,2 9,8
	Radio (N = 297)	Oui Non	255 42	85,9 14,1
	Télévision (N = 297)	Oui Non	190 107	64,0 36,0
	Téléphone (N = 297)	Oui Non	126 171	42,4 57,6
	Présence de commodités (N = 297)	0 1 2 3 4 5	10 14 32 62 68 111	3,4 4,7 10,8 20,9 22,9 37,4

1.2 Distribution des femmes de l'étude selon la nature du besoin

Le tableau I. b résume les résultats des huit questions relatives aux facteurs de besoin. Une femme sur quatre (25 %) évoque la maladie comme cause de la première consultation prénatale. La majorité des femmes (79 %), justifient le nombre des CPN effectuées par le respect des rendez-vous. Bien que la grande majorité des femmes de l'étude (90 %) se perçoivent comme étant en bonne santé, 21,5 % déclarent par la suite, dans une question ultérieure, souffrir d'une maladie dont : 4 % de signes et symptômes pouvant être associés à la grossesse, 6,7 % de maladie chronique, 10,8 % d'autres symptômes et douleurs. La plupart des femmes (68,7 %) considèrent leur dernière grossesse comme une grossesse normale et 31,3 % déclarent avoir eu une grossesse à risque. Bien que la population soit relativement jeune, plus de la moitié des femmes (59,3 %), ont au moins deux enfants, par contre les grandes multipares (six enfants et plus) ne représentent que 16,5 % des femmes de l'étude. Un peu plus du quart des femmes (25,3 %) de l'étude a au moins, antérieurement perdu un enfant. La grande majorité des femmes (87,5 %) reconnaissent un intérêt à la CPN : 63 % pensent que c'est un moyen de prévenir les complications de la grossesse et 24 % pensent que c'est un moyen pour recevoir les informations sur le déroulement de la grossesse. Les 12,5 % restant, déclarent ignorer l'intérêt des CPN.

Tableau Ib
Distribution des femmes de l'étude selon les facteurs de besoin

Nature du besoin et perceptions individuelles	Effectif (N = 297)	Pourcentage (100,0)
Cause CPN1		
Maladie	73	24,6
Autre cause	224	75,4
Raison du nombre de CPN effectuées		
Respect RV	235	79,1
Autre réponse	62	20,9
Perception état de santé		
Bonne	266	89,6
Passable	27	9,1
Mauvaise	4	1,3
Présence de maladie		
Aucune maladie	233	78,5
S & D associés à G	12	4,0
Maladie chronique	20	6,7
Autres douleurs et S	32	10,8
Perception dernière grossesse		
Grossesse normale	204	68,7
Grossesse à risque	93	31,3
Nombre d'enfants		
1 ^{er} enfant	121	40,7
2-5 enfants	127	42,8
6 enfants et plus	49	16,5
Mortalité infantile antérieure		
Oui	75	25,3
Non	222	74,7
Intérêt CPN		
Ne sait pas	37	12,5
Prévention	187	63,0
Information	73	24,5

1.3 Distribution des femmes selon les facteurs d'habileté

Le tableau I. c résume les résultats des six questions relatives aux facteurs d'habileté. Pour ce qui est de l'accessibilité, la grande majorité des femmes (90 %) ont besoin d'autorisation pour aller à la consultation prénatale, et le mari détient la responsabilité d'autorisation dans 74,7 %. Indépendamment de ces barrières culturelles, 74,4 % des femmes évoquent des barrières financières comme obstacle à l'utilisation des services de CPN. En ce qui concerne l'acceptabilité, la presque totalité des femmes (96,3 %) ont été suivies par des sages femmes durant leur grossesse, les médecins ne représentent que 2,4 % et les infirmiers 1,3 %. La plupart des femmes (75 %) connaissent la date requise pour la première consultation prénatale, mais il n'y a que 40 % qui connaissent le nombre de CPN requis. L'ensemble des femmes retenues dans l'analyse ont effectué au moins une consultation, et 72,1 % ont expérimenté au moins trois fois le programme de CPN au cours de leur dernière grossesse cependant, il n'y a que 37,4 % qui savent les normes de ce programme.

Tableau Ic
Distribution des femmes de l'étude selon les facteurs d'habileté

	Caractéristiques des femmes	Effectif (N = 297)	Pourcentage (100,0)
Accessibilité	Besoin d'autorisation		
	Oui	267	89,9
	Non	30	10,1
	Responsable autorisation		
	Mari	222	74,7
	Belle-famille	18	6,1
Autres personnes	27	9,1	
Femme elle-même	30	10,1	
Existence de barrières financières	Oui	221	74,4
	Non	76	25,6
Acceptabilité	Type de soignant		
	Sage femme	286	96,3
	Médecin	7	2,4
	Infirmier	4	1,3
	Connaissance période requise pour CPN1		
	Oui	223	75,1
	Non	74	24,9
	Connaissance du nombre de CPN requis		
Oui	120	40,4	
Non	177	59,6	
Connaissance consultation adéquate			
Oui	111	37,4	
Non	186	62,6	

2. DISTRIBUTION DES VARIABLES DÉPENDANTES DE L'ÉTUDE

La grande majorité des femmes (98,7%) ont au moins consulté une fois. Plus de la moitié, 63,3 % déclarent avoir eu leur première consultation au cours du premier trimestre de la grossesse, 52,5 % déclarent avoir un niveau suffisant de consultation, mais 39,1 % seulement déclarent avoir effectué un niveau adéquat de consultation. Alors que l'exploitation des carnets de santé donne un taux de consultation au premier trimestre de la grossesse à 42,6 %, un niveau suffisant d'utilisation à 40,7 % et un niveau de CPN adéquat à 22 %. L'âge moyen de la grossesse à la première consultation est de 4,2 mois, et le nombre moyen de consultations effectuées par les femmes de l'étude se situe à 3,2.

Pour ce qui est de l'utilisation tardive, seules 3,2 % des femmes reconnaissent avoir eu leur première consultation au troisième trimestre de la grossesse alors qu'il ressort de l'exploitation des carnets de santé un taux de 11,4% pour ce comportement. L'exploitation des carnets de santé montre également que 13,8 % des nouveau-nés de l'étude ont un FPN.

L'indice de discordance entre les données du carnet et celles de l'interview des femmes sur le niveau adéquat d'utilisation des services de CPN est égal à 0,454.

Nous allons considérer les données du carnet de santé, pour déterminer la proportion de CPN adéquate tel que préconisé dans la méthodologie. Ce choix est dû, d'une part à l'ignorance d'un grand nombre de femmes de l'âge de leur grossesse à la première consultation, et d'autre part, nous ne pouvons pas nous fier aux dires des femmes qui, à cause l'analphabétisme, n'ont pas souvent un repère exact de la date de leurs dernières règles. De plus, tous les carnets de santé des femmes rencontrées étaient complètement remplis à partir du moment où la femme a acheté son carnet de santé. Par contre, en ce qui concerne l'utilisation tardive, compte tenu du fait qu'il y a des femmes qui n'ont pas acheté leur carnet à leur première consultation, nous avons jugé plus pertinent, de nous baser sur les déclarations des femmes, qui reconnaissent délibérément d'avoir attendu le troisième trimestre, pour aller à leur première consultation prénatale.

Tableau II
Distribution des variables dépendantes de l'étude

Variables dépendantes	Données recueillies	Des déclarations de la femme		Du carnet de santé	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Niveau minimum de CPN	Avoir été consulté au moins une fois	Oui 297 Non 4	98,7 1,3	297 4	98,7 1,3
Niveau suffisant de CPN	Nombre de CPN = > 4	Oui 156 Non 141	52,5 47,5	121 176	40,7 59,3
Niveau adéquat de CPN	1 ^{ère} CPN = < 3 mois & nombre de CPN = > 4	Oui 116 Non 181	39,1 60,9	65 232	21,9 78,1
Niveau tardif de CPN	CPN1 > 6 mois	Oui 9 Non 271	3,2 96,8	34 263	11,4 88,6

3. ÉTUDE DES ANALYSES BIVARIÉES ENTRE LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS, DE BESOINS ET D'HABILITÉ ET LA CONSULTATION PRÉNATALE ADÉQUATE

3.1 Facteurs prédisposants et niveau adéquat de consultation prénatale

Le tableau III. a présente les résultats des analyses bivariées entre les facteurs prédisposants et le niveau adéquat d'utilisation des services de CPN.

3.1.1 *Caractéristiques démographiques et consultation prénatale adéquate*

Dans ce groupe, la situation matrimoniale est la seule variable qui est significativement associée au niveau de consultation adéquate : aucune des femmes célibataires n'a respecté les normes d'utilisation adéquate des services de CPN.

Le pourcentage de femmes utilisant adéquatement les services de CPN est plus faible dans les classes d'âges extrêmes, que dans les classes d'âge de 21 à 30 ans, et les femmes de plus de 35 ans, battent le record d'utilisation inadéquate avec un niveau d'utilisation adéquate de 8,3 %. Cependant, Il n'y a pas de variation dans la fréquence de consultation adéquate pour les femmes de moins de 35 ans.

La langue parlée n'est pas statistiquement associée au niveau d'utilisation, même si on note un niveau d'utilisation plus grand chez certaines ethnies par rapport à d'autres.

La religion et le niveau d'instruction n'ont pas une association statistiquement significative avec le niveau d'utilisation.

3.1.2 *Facteurs sociaux et consultation prénatale adéquate*

Le type de famille est associé au niveau d'utilisation adéquat des services de CPN : les femmes vivant avec leur belle-famille sont plus susceptibles d'avoir un niveau adéquat d'utilisation alors que, les femmes en famille élargie sont plus enclines à une utilisation inadéquate des services de CPN. Cette association a une répercussion sur les liens entre les autres variables d'interactions sociales et la variable dépendante. C'est ainsi que la personne conseillère en CPN est fortement associée au niveau d'utilisation : les femmes sont plus susceptibles d'avoir un niveau adéquat d'utilisation si elles sont

conseillées par un membre de leur belle-famille, de même que quand un membre de la belle-famille constitue la première personne informée de la grossesse.

3.1.3 Niveau de vie et consultation prénatale adéquate

L'occupation est associée au niveau de consultation adéquate : les femmes salariées sont plus susceptibles d'avoir un niveau adéquat d'utilisation. Par contre, les ouvrières non qualifiées sont plus enclines d'avoir un faible niveau d'utilisation adéquate des services de CPN.

On note une tendance et également un gradient entre le niveau de l'utilisation adéquate et la valeur de la dépense quotidienne.

En dehors de l'électricité qui est fortement associée avec le niveau d'utilisation adéquate, toutes les autres variables de commodité n'ont pas d'association statistiquement significative avec le niveau d'utilisation adéquate.

En résumé, l'analyse bivariée entre les facteurs prédisposants et la consultation prénatale adéquate, montre une association statistiquement significative entre cette dernière et la situation matrimoniale, le type de famille, la personne conseillère en CPN, l'occupation, la présence d'électricité. On note une tendance et un gradient entre la dépense quotidienne et le niveau adéquat d'utilisation des services de CPN.

Tableau IIIa
Facteurs prédisposants et consultation prénatale adéquate

		Caractéristiques des accouchées	Effectif	% de CPN adéquate	Valeur P
Caractéristiques démographiques	Âge (N = 284)	= < 20 ans	82	20,7	0,324
		21-25 ans	84	22,6	
		26-30 ans	49	30,0	
		31-35 ans	43	20,9	
		> 35 ans	23	8,3	
	Situation matrimoniale (N = 297)	Mariée	282	23,0	0,048
		Célibataire	15	0,0	
Langue parlée (N = 297)	Wolof	142	25,4	0,135	
	Toucouleur	71	23,9		
	Autre langue	84	14,3		
Religion (N = 297)	Musulmane	286	22,0	0,762	
	Catholique	11	18,2		
Niveau d'instruction (N = 297)	Analphabète	180	21,7	0,364	
	Alphabétisée	17	5,9		
	Primaire	66	24,2		
	Secondaire	34	26,5		
Sait lire (N = 297)	Illettrée	191	21,3	0,907	
	Arabe	13	15,4		
	Langue locale	5	20,0		
	Français	88	23,9		
Sait écrire (N = 297)	Arabe	12	8,3	0,710	
	Aucune langue	202	22,3		
	Langue locale	5	20,0		
	Français	78	23,1		
Interactions avec la famille et la communauté	Type de famille (N = 297)	Élargie	168	16,1	0,014
		Belle-famille	114	30,7	
		Nucléaire	15	20,0	
	Première personne informée (N = 297)	Personne	16	18,8	0,116
Mari		210	20,0		
Membre belle-famille		18	44,4		
A été conseillée par CPN (N = 297)	Autre personne	53	22,6	0,331	
	Oui	173	24,1		
A été conseillé par (N = 297)	Non	124	19,4	0,009	
	Personne	124	18,5		
	Mari	113	23,0		
	Belle-Famille	23	47,8		
Autre personne	37	13,5			

		Caractéristiques des accouchées	Effectif	% de CPN adéquate	Valeur P
Niveau de vie	Occupation (N = 297)	Ouvrière non qualifiée Ménagère Ouvrière qualifiée Salariée	26 232 17 22	11,5 20,3 35,3 40,9	0,038
	Locataire (N = 297)	Oui Non	98 199	21,1 22,1	0,838
	Type de logement (N = 297)	En dur Autre type	153 144	21,6 22,2	0,892
	Nombre de personne/chambre (N = 297)	= < 3 = > 4	163 134	24,5 18,7	0,260
	Dépenses quotidiennes (N = 297)	< 250 FCFA 250-500 FCFA > 500 FCFA	236 47 14	19,1 31,9 35,7	0,066
	Nombre de personnes contribuant à la dépense quotidienne (N = 295)	1 2 3 et plus	254 35 6	22,0 17,1 33,3	0,630
	Eau (N = 297)	Oui Non	252 45	22,3 17,8	0,561
	Électricité (N = 297)	Oui Non	268 29	23,9 3,4	0,006
	Radio (N = 297)	Oui Non	255 42	21,6 23,8	0,693
	Télévision (N = 297)	Oui Non	190 107	23,2 19,6	0,359
	Téléphone (N = 297)	Oui Non	126 171	24,6 19,9	0,394
	Présence de commodités (N = 297)	0 1 2 3 4 5	10 14 32 62 68 111	0,0 21,4 21,9 24,2 16,2 26,1	0,362

3.2 Nature du besoin et consultation prénatale adéquate

Le tableau IIIb montre que parmi les variables de besoin, il n'y a que la raison du nombre de consultations effectuées qui est statistiquement associée avec le niveau adéquat d'utilisation. Les femmes qui évoquent le respect des rendez-vous des prestataires pour justifier le nombre de consultations effectuées, sont plus susceptibles d'avoir un niveau adéquat d'utilisation, que celles qui évoquent d'autres raisons.

Il y a une tendance entre la raison de la première consultation prénatale et le niveau d'utilisation adéquate : on note un pourcentage d'utilisation adéquate plus grand pour les femmes qui évoquent la maladie comme raison de leur première consultation que pour celles qui évoquent d'autres raisons.

Il existe une tendance entre la parité de la femme et le niveau d'utilisation adéquate : on note que plus on a une expérience en accouchement, plus on a tendance à un faible niveau d'utilisation adéquate des services de CPN.

Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre l'existence de maladie et le niveau d'utilisation adéquate bien que, les femmes souffrant de symptômes et signes pouvant être associées à la grossesse, ont un pourcentage d'utilisation adéquate beaucoup plus grand que les autres femmes.

Les autres variables de besoins n'ont pas d'association statistiquement significative avec le niveau d'utilisation adéquate.

Bref, l'analyse bivariée entre les facteurs de besoin et le niveau adéquat de consultation prénatale, montre une association statistiquement significative entre la justification du nombre de CPN effectués et le niveau adéquat d'utilisation. Il existe également une tendance entre le niveau de consultation adéquate et la raison de la première consultation prénatale, de même qu'avec la parité des femmes.

Tableau IIIb
Facteurs de besoin et consultation adéquate

Nature du besoin et perceptions individuelles	Effectif (N = 297)	Pourcentage de CPN adéquate	Valeur P
Cause CPN1 Maladie Autre cause	73 224	30,1 19,2	0,051
Raison du nombre de CPN effectuées Respect RV Autre réponse	235 62	24,3 12,9	0,036
Perception état de santé Bonne Passable Mauvaise	266 27 4	22,2 22,2 0,0	0,567
Présence de maladie Aucune maladie S & D associés à G Maladie chronique Autres douleurs et S	233 12 20 32	21,0 41,7 20,0 18,8	0,378
Perception dernière grossesse Grossesse normale Grossesse à risque	204 93	22,6 21,6	0,845
Nombre d'enfants 1 ^{er} enfant 2-5 enfants 6 enfants et plus	121 127 49	28,1 19,7 12,2	0,056
Mortalité infantile Oui Non	75 222	22,7 21,6	0,872
Intérêt CPN Ne sait pas Prévention Information	37 187 73	13,5 21,9 26,0	0,325

3.3 Facteurs d'habileté et consultation adéquate

Les données du tableau III. c montrent que la personne responsable de l'autorisation est fortement associée à l'utilisation adéquate: les femmes sous autorisation de leur belle-famille (bien que sous-représentées (n = 18), sont plus susceptibles d'avoir un niveau adéquat d'utilisation que toutes les autres femmes. Par contre, les femmes qui n'ont pas besoin d'autorisation, ont un pourcentage d'utilisation adéquate plus faible que les femmes sous autorisation de leur mari et de leur belle-famille. Les femmes qui ont besoin d'une autorisation, autre que celle du mari ou de la belle-famille, ont le plus faible niveau d'utilisation parmi les femmes de l'étude.

L'existence de barrières financières est associée au niveau d'utilisation : les femmes qui ont évoqué des barrières financières sont plus susceptibles d'avoir un faible niveau d'utilisation adéquate des services de CPN.

Pour ce qui est de l'acceptabilité, la connaissance des normes de CPN est statistiquement associée au niveau adéquat d'utilisation. Les femmes qui connaissent les normes de CPN adéquat, sont plus enclines à avoir un niveau adéquat d'utilisation.

Le type de soignant n'a pas une association statistiquement significative avec le niveau adéquat d'utilisation.

En résumé, les facteurs d'habileté statistiquement associés avec la CPN adéquate sont : la personne responsable de l'autorisation, l'existence de barrières financières et la connaissance des normes de CPN.

Tableau IIIc
Facteurs d'habileté et consultation adéquate

	Caractéristiques des femmes	Effectif (N = 297)	Pourcentage (100,0)	Valeur P
Accessibilité	Besoin d'autorisation Oui Non	267 30	22,5 30,0	0,466
	Responsable autorisation Mari Belle-famille Autres personnes Femme elle-même	222 18 27 30	21,2 44,4 11,1 16,7	0,003
	Existence de barrières financières Oui Non	221 76	19,0 30,3	0,041
Acceptabilité	Type de soignant Sage femme Médecin Infirmier	286 7 4	21,7 28,6 25,5	0,899
	Connaissance période requise pour CPN1 Oui Non	223 74	23,3 17,6	0,300
	Connaissance du nombre de CPN1 requis Oui Non	120 177	25,8 20,1	0,388
	Connaissance CPN adéquate Oui Non	111 186	31,5 16,1	0,002

4. ANALYSE BIVARIÉE DES RELATIONS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET LE NIVEAU D'UTILISATION TARDIVE DES SERVICES DE CPN

4.1 Facteurs prédisposants et utilisation tardive

Le tableau IV. a présente les résultats des analyses bivariées entre les facteurs prédisposants et l'utilisation tardive des services de CPN.

4.1.1 Variables démographiques et utilisation tardive

L'âge est associé à l'utilisation tardive : les femmes de plus de 35 ans sont plus susceptibles d'avoir une utilisation tardive des services de CPN. La langue parlée est associée à l'utilisation tardive : les femmes appartenant au groupe multiethnique, sont plus susceptibles d'avoir une utilisation tardive des services de CPN. Les autres facteurs démographiques n'ont pas d'association statistiquement significative avec l'utilisation tardive.

4.1.2 Variables d'interactions sociales et utilisation tardive

La personne conseillère est associée à l'utilisation tardive : il n'y a pas d'utilisation tardive si c'est le mari qui est le conseiller pour la consultation. L'association entre les autres variables indépendantes d'interactions sociales et l'utilisation tardive n'est pas statistiquement significative.

4.1.3 Niveau de vie et utilisation tardive

L'occupation est fortement associée avec l'utilisation tardive : les ouvrières non qualifiées sont plus susceptibles d'avoir une utilisation tardive. La présence de commodités est associée à l'utilisation tardive: les femmes qui ont une absence totale de commodités sont plus susceptibles d'avoir une utilisation tardive. Les autres variables de niveau de vie n'ont pas une association statistiquement significative avec l'utilisation tardive.

Ainsi, parmi les facteurs prédisposants, l'âge, la langue parlée à domicile, la personne conseillère en CPN, l'occupation et l'absence de commodités sont statistiquement associés à l'utilisation tardive des services de CPN.

Tableau IVa
Facteurs prédisposants et utilisation tardive

		Caractéristiques des accouchées	Effectif	% d'utilisation tardive	Valeur P
Caractéristiques démographiques	Âge (N = 268)	= < 20 ans	73	4,1	0,013
		21-25 ans	81	0,0	
		26-30 ans	48	0,0	
		31-35 ans	43	4,7	
		> 35 ans	23	13,0	
	Situation matrimoniale (N = 280)	Mariée	266	3,0	0,393
		Célibataire	14	7,1	
Langue parlée (N = 297)	Wolof	142	2,7	0,043	
	Toucouleur	71	0,0		
	Autre langue	84	7,1		
Religion (N = 280)	Musulmane	269	3,0	0,260	
	Catholique	11	9,1		
Niveau d'instruction (N = 280)	Analphabète	163	4,3	0,791	
	Alphabétisée	17	0,0		
	Primaire	65	3,0		
	Secondaire	35	0,0		
Sait lire (N = 290)	Illettrée	175	4,0	0,758	
	Arabe	13	0,0		
	Langue locale	5	0,0		
	Français	87	2,3		
Sait écrire (N = 280)	Arabe	12	0,0	0,840	
	Aucune langue	186	3,8		
	Langue locale	5	0,0		
	Français	77	2,6		
Interactions avec la famille et la communauté	Type de famille (N = 280)	Élargie	158	5,1	0,840
		Belle-famille	108	0,9	
		Nucléaire	14	0,0	
	Première personne informée (N = 280)	Personne	15	6,7	0,432
Mari		201	2,5		
Membre belle-famille		15	0,0		
Autre personne		49	6,1		
A été conseillée par CPN (N = 280)	Oui	159	3,5	0,887	
	Non	121	3,2		
A été conseillé par (N = 280)	Personne	121	3,3	0,020	
	Mari	105	0,0		
	Belle-Famille	20	10,0		
	Autre personne	34	8,8		

	Caractéristiques des accouchées	Effectif	% d'utilisation tardive	Valeur P	
Niveau de vie	Occupation (N = 280)	Ouvrière non qualifiée Ménagère Ouvrière qualifiée Salariée	25 217 16 22	16,0 1,8 0,0 4,5	0,002
	Locataire (N = 280)	Oui Non	90 190	2,2 3,7	0,517
	Type de logement (N = 280)	En dur Autre type	149 131	2,0 4,6	0,224
	Nombre de personne/chambre (N = 280)	= < 3 = > 4	155 125	1,9 4,8	0,108
	Dépenses quotidiennes (N = 280)	< 250 FCFA 250-500 FCFA > 500 FCFA	221 45 14	3,6 2,2 0,0	0,652
	Nombre de personnes contribuant à la dépense quotidienne (N = 280)	1 2 3 et plus	240 34 6	2,5 8,8 0,0	0,137
	Eau (N = 280)	Oui Non	236 44	3,2 4,4	0,586
	Électricité (N = 280)	Oui Non	253 27	2,8 7,4	0,194
	Radio (N = 280)	Oui Non	243 37	2,9 5,4	0,417
	Télévision (N = 280)	Oui Non	183 97	2,2 5,2	0,180
	Téléphone (N = 280)	Oui Non	123 157	2,4 3,8	0,515
	Présence de commodités (N = 280)	0 1 2 3 4 5	10 11 31 55 65 108	20,0 0,0 0,0 5,5 1,5 2,8	0,035

4.2 Facteurs de besoin et utilisation tardive

Le tableau IIIb montre que la perception de la dernière grossesse est associée à l'utilisation tardive : les femmes ayant déclaré avoir eu une grossesse normale, sont plus susceptibles d'avoir une utilisation tardive. De plus, l'utilisation tardive n'est notée chez aucune des femmes ayant considéré leur dernière grossesse comme une grossesse à risque.

Il existe une tendance entre la raison de la première consultation et l'utilisation tardive en CPN: aucune utilisation tardive n'est notée chez les femmes ayant évoqué la maladie comme raison de leur première consultation.

Bien que les autres variables de besoin n'aient pas une association statistiquement significative avec l'utilisation tardive, aucune utilisation tardive n'est notée chez les femmes ayant déclaré avoir un état de santé passable ou mauvaise.

En résumé, parmi les facteurs de besoin, la perception de la dernière grossesse est la seule variable associée à l'utilisation tardive. Cependant, il existe une tendance entre l'utilisation tardive et la raison de la première consultation prénatale.

Tableau IVb
Facteurs de besoin et utilisation tardive

Nature du besoin et perceptions individuelles	Effectif	Pourcentage de CPN adéquate	Valeur P
Cause CPN1			
Maladie	70	0,0	0,078
Autre cause	210	4,3	
Raison du nombre de CPN effectuées			
Respect RV	224	3,1	0,865
Autre réponse	56	3,6	
Perception état de santé			
Bonne	252	3,6	0,597
Passable	25	0,0	
Mauvaise	3	0,0	
Présence de maladie			
Aucune maladie	219	2,7	0,369
S & D associés à G	12	0,0	
Maladie chronique	19	10,5	
Autres douleurs et S	30	4,8	
Perception dernière grossesse			
Grossesse normale	204	4,8	0,038
Grossesse à risque	93	0,0	
Nombre d'enfants			
1 ^{er} enfant	110	1,8	0,332
2-5 enfants	123	3,3	
6 enfants et plus	47	6,4	
Mortalité infantile			
Oui	75	4,0	0,725
Non	222	3,2	
Intérêt CPN			
Ne sait pas	31	6,5	0,552
Prévention	183	2,7	
Information	66	3,0	

4.3 Facteurs d'habileté et utilisation tardive

Le tableau IVc montre qu'aucune des variables d'accessibilité n'a une association statistiquement significative avec l'utilisation tardive. Par contre pour l'acceptabilité, le niveau de connaissance sur la date de la première consultation et la connaissance du nombre de CPN requis sont associés au niveau d'utilisation tardive: les femmes qui ne connaissent pas la date de la première consultation et celles qui ignorent le nombre requis de CPN, sont plus susceptibles d'avoir une utilisation tardive. Les autres variables de l'acceptabilité n'ont pas une association statistiquement significative avec le niveau d'utilisation tardive.

Tableau IVc
Facteurs d'habileté et utilisation tardive

	Caractéristiques des femmes	Effectif)	% d'utilisation tardive	Valeur P
Accessibilité	Besoin d'autorisation Oui Non	250 30	3,2 3,3	0,969
	Responsable autorisation Mari Belle-famille Autres personnes Femme elle-même	209 16 25 30	2,9 0,0 8,0 3,3	0,484
	Existence de barrières financières Oui Non	206 74	3,4 2,7	0,771
Acceptabilité	Type de soignant Sage femme Médecin Infirmier	269 7 4	3,3 0,0 0,0	0,827
	Connaissance période requise pour CPN1 Oui Non	211 69	1,8 8,1	0,009
	Connaissance du nombre de CPN1 requis Oui Non	120 160	0,8 9,1	0,016
	Connaissance CPN Oui Non	104 176	2,7 3,8	0,624

5. ANALYSE MULTIVARIÉE AVEC UNE ÉQUATION DE RÉGRESSION LOGISTIQUE

Pour déterminer les variables qui influencent le plus l'utilisation adéquate des services de CPN, nous avons procédé tel qu'expliqué dans la méthodologie à une régression logistique. Le tableau V présente les estimations de ratio de cotes pour la consultation adéquate de notre modèle selon les résultats de la régression logistique.

Tableau V
Estimation de Ratio de Cotes pour la consultation adéquate selon un modèle de régression logistique

Variables prédisposantes	RC	90 % IC	Valeur P
Dépense (réf. : <250 F) 250-500 vs <250 > 500 vs < 250	2,67 2,21	1,27; 4,75 0,72; 6,75	0,062
Accès à l'électricité (réf. : non) Oui vs non	8,70	1,54; 49,31	0,040
Type de famille (réf. : famille élargie) Belle-famille vs famille élargie Famille nucléaire vs famille élargie	1,82 0,71	1,06; 3,12 0,19; 2,61	0,138
Conseillère (réf. : autre personne) Personne vs autre personne Mari vs autre personne Belle-famille vs autre personne	1,86 2,07 6,06	0,72; 4,81 0,78; 5,48 1,91 ;19,20	0,063
Variables de besoin	RC	90 % IC	Valeur P
Justification du nombre de CPN (réf. : Autre réponse) Respect RV vs Autre réponse	2,23	1,09; 4,58	0,066
Variables d'habileté	RC	90 % IC	Valeur P
Existence de barrières financières (réf. : oui) Non vs oui	1,83	1,01; 3,28	0,091
Connaissance CPN adéquate (réf. : non) Oui vs Non	2,33	1,33; 3,74	0,010

5.1 Facteurs prédisposants déterminant l'utilisation adéquate dans l'analyse multivariée

Il ressort du tableau V, que parmi les facteurs prédisposants, les variables associées à l'utilisation adéquate des services de CPN sont la dépense quotidienne, l'accès à l'électricité, la personne conseillère en CPN et le type de famille. Les femmes ayant une dépense personnelle quotidienne supérieure à 250 FCFA, ont une plus grande probabilité d'avoir un niveau adéquat d'utilisation des services de CPN. Les femmes ayant accès à l'électricité, ont approximativement huit fois plus de chance d'avoir un niveau adéquat de CPN que celles n'en bénéficiant pas. Si la femme est conseillée par un membre de sa belle-famille, elle a approximativement six fois plus de chance d'avoir un niveau adéquat d'utilisation que si elle est conseillée par une autre personne. Enfin les femmes qui vivent avec leur belle-famille ont approximativement deux fois plus de chance d'avoir un niveau adéquat d'utilisation que les femmes vivant dans leur famille d'origine.

Dans notre modèle, l'absence d'accès à l'électricité constitue donc le facteur le plus déterminant, suivi de la dépense quotidienne, puis de la personne conseillère, et enfin, du type de famille dans l'association entre les facteurs prédisposants et l'utilisation des services de CPN. Cependant c'est après l'introduction du bloc de variables d'habileté dans la régression logistique que l'association entre l'utilisation adéquate et le type de famille perd sa signification statistique. Par contre, la variable d'interaction entre le type de famille et l'existence de barrières financières n'est pas significative ($p = 0,32$). Même si l'association entre l'utilisation adéquate et le type de famille n'a plus une signification statistique, l'examen des intervalles de confiance suggère que l'effet du type de famille a la même magnitude que l'existence de barrières financières.

5.2 Facteurs de besoins déterminant l'utilisation adéquate de la CPN

Parmi les facteurs de besoins, la justification du nombre de CPN effectuées a été retenue dans l'analyse multivariée. Les femmes qui justifient le nombre de CPN effectuées par le respect des rendez-vous sont plus susceptibles d'avoir un niveau adéquat d'utilisation. Les raisons de la première consultation et la parité n'ont pas été retenues.

5.3 Facteurs d'habileté déterminant l'utilisation adéquate de la CPN

Parmi les facteurs d'habileté, l'existence de barrières financières et la connaissance des normes de CPN ont été retenues. Les femmes qui connaissent les normes de la CPN ont deux fois plus de chance d'avoir un niveau adéquat d'utilisation que celles qui l'ignorent. Les femmes n'ayant pas évoqué l'existence de barrières financières ont une probabilité plus grande d'avoir un niveau adéquat d'utilisation.

En résumé, l'analyse multivariée de notre modèle conceptuel montre que parmi les facteurs prédisposants : l'absence d'accès à l'électricité, la dépense quotidienne, la personne conseillère, et le type de famille sont déterminants dans l'utilisation adéquate des services de CPN. Par contre pour les facteurs de besoin, il n'y a que la justification du nombre de CPN effectuées qui a été retenue. Pour les facteurs d'habileté l'existence de barrières financières et la connaissance des normes de la CPN ont été retenues.

CHAPITRE V
DISCUSSION

1. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

Notre étude avait pour objectif d'étudier les facteurs maternels à la base du processus qui pousse une femme à utiliser les services de CPN. Quel est le pourcentage d'utilisation adéquate des services de CPN par les femmes de l'étude ? Quels sont les facteurs inhérents aux femmes et déterminant l'utilisation adéquate des services de CPN ? D'autre part, quels sont les facteurs maternels associés à l'utilisation tardive des services de CPN ? Ce chapitre, rendra compte des réponses obtenues à ces différents questionnements, des limites et des forces de l'études et enfin des recommandations susceptibles d'améliorer l'utilisation des services de CPN.

1.1 Utilisation adéquate des services de CPN

Les résultats de l'étude situent le taux d'utilisation adéquate à 22 % selon les carnets de santé des femmes rencontrées. La population de l'étude est relativement jeune avec une grande proportion de femmes déclarées mariées; une prédominance du wolof sur les autres ethnies; un niveau d'instruction très faible. Par contre, parmi toutes ces caractéristiques démographiques, il n'y a que la situation matrimoniale qui ait une association significative avec l'utilisation adéquate des services de CPN dans l'analyse bivariée. Par ailleurs, toutes les variables d'interaction sociale sont plus ou moins liées à l'utilisation adéquate des services de CPN, avec une probabilité plus grande d'utilisation adéquate pour tous les liens avec la belle-famille. L'association entre le niveau de vie (relativement bas) et l'utilisation adéquate des services de CPN, est significative avec les trois principales variables de situation socio-économique, à savoir : la dépense quotidienne, l'autonomie financière ou occupation et l'extrême pauvreté ou absence d'électricité. Pour ce qui est de la nature des problèmes de la grossesse et des perceptions individuelles de la femme, on observe une tendance entre l'utilisation adéquate des services de CPN et différentes variables comme : les raisons évoquées pour la première consultation, la justification du nombre de CPN effectué et la parité des femmes. Pour les facteurs d'habileté, la personne responsable de l'autorisation, l'existence de barrières financières et le niveau d'information des femmes sont associées à l'utilisation adéquate des services de CPN.

La régression logistique confirme les résultats sur l'importance de : la situation économique de la femme, l'interaction sociale, la connaissance par les femmes des

normes de la CPN et le respect des rendez-vous comme déterminants dans l'utilisation adéquate des services de CPN. Ainsi, les variables retenues dans notre modèle conceptuel comme déterminants de l'utilisation adéquate sont : la dépense quotidienne, l'électricité, la personne conseillère en CPN pour les facteurs prédisposants, la justification du nombre de CPN effectué pour les facteurs de besoin et l'existence de barrière financière et la connaissance des normes de la CPN pour les facteurs d'habileté. Contrairement aux résultats obtenus dans d'autres pays africains (31-61), ni le niveau d'instruction de la femme, ni les conditions du logement, ni le nombre des commodités n'ont une influence sur l'utilisation adéquate des services de CPN.

1.2 Utilisation tardive des services de CPN

Parmi les facteurs sociodémographiques, l'âge et la langue parlée ont une association significative avec l'utilisation tardive de la CPN. Le problème se concentre dans les groupes de femmes plus âgées et les ethnies minoritaires. La personne conseillère est la seule variable d'interaction sociale associée à l'utilisation tardive. Les femmes qui ont été conseillées par leur mari semblent avoir moins de probabilité de consulter tardivement. La distribution de la personne qui a donné le conseil est la même pour la consultation adéquate que pour la consultation tardive. Comme on peut s'y attendre, la première personne qui donne le conseil est souvent le mari. On peut assumer que la raison pour laquelle le mari n'était pas informé en premier, a été que le mari était absent ou que la femme est célibataire. Pour un tiers des femmes le recours à la famille élargie ou à la belle-famille est la norme. La famille peut donc jouer un rôle clé dans l'utilisation des services de CPN. L'occupation et la présence de commodités sont associées à l'utilisation tardive. En ce concerne les facteurs de besoin, on note une tendance entre la raison de la première consultation et l'utilisation tardive des services de CPN, de même qu'entre la perception de la dernière grossesse et l'utilisation tardive. Pour les facteurs d'habileté, le niveau de connaissance de la femme sur les normes de la CPN est fortement associé à l'utilisation tardive des services de CPN.

2. REVUE DE LITTÉRATURE SOUS LES PERSPECTIVES DE RÉSULTATS

2.1 Le niveau d'utilisation des services de CPN

2.1.1 *Le niveau minimal d'utilisation*

Le taux de 98,7 % de niveau minimal d'utilisation des résultats de notre étude, correspond aux données des études sur l'utilisation des services urbains de CPN au Sénégal (17).

Les quatre femmes n'ayant pas été à la consultation prénatale, présentent des caractéristiques sociodémographiques similaires à celles décrites dans la littérature (48-55). Trois femmes sur les quatre sont célibataires et évoquent la honte comme obstacle à l'utilisation des services de CPN.

Ce taux du niveau minimal d'utilisation des services de CPN en milieu urbain est supérieur à la plupart des taux obtenus dans les autres pays africains même dans ceux qui sont plus développés que le Sénégal. Par exemple, il est de 78,9 % en milieu urbain au Maroc (76) et de 85,3 % en Tunisie (59).

2.1.2 *Le niveau adéquat d'utilisation*

Le taux de 22 % de niveau adéquat d'utilisation est favorablement comparable aux études antérieures menées au Sénégal. Ce taux bien que probablement sous-estimé, pourrait être de loin supérieur au taux des autres pays africains de la sous-région subsaharienne si les mêmes critères sont retenus pour déterminer le niveau d'utilisation adéquate. Les résultats les plus récents des enquêtes démographiques de santé à travers le monde (77) montrent qu'au Sénégal, l'âge médian de la grossesse à la première consultation (3,9 mois) est plus petit que celui de ses voisins directs, et le plus proche des trois mois retenus dans notre étude comme un des critères de CPN adéquate. Le Sénégal y a également, le taux le plus élevé de consultation prénatale avant le sixième mois de grossesse par rapport à l'ensemble des pays subsahariens.

Même dans les pays industrialisés, comme les États-Unis par exemple, l'utilisation adéquate des services de CPN chez les noires américaines était considérée comme un problème de santé publique dans les années 1970, à cause du retard constaté à la première consultation chez plus de la moitié des femmes noires (47). Cependant,

actuellement dans les pays développés, la couverture adéquate en CPN atteint la presque totalité de la population. En France par exemple (78), bien que le nombre de consultation soit fixé entre 10 et 14, comme au Canada (79), et la première consultation dès la suspicion de la grossesse, 95% de la population française ont un niveau adéquat d'utilisation.

2.2.3 Le niveau tardif d'utilisation

Le niveau tardif d'utilisation de 3,2 % est très en deçà du niveau tardif d'utilisation des services de CPN en Afrique (77). Ce taux est comparable au taux d'utilisation tardive de 2,2 % décelé par une étude sur l'utilisation des services de CPN (25), en 1988 dans la population défavorisée au Canada, où l'accessibilité aux soins est universelle.

2.2 Les déterminants de l'utilisation des services de CPN

2.2.1 Les facteurs prédisposants

2.2.1.1 Les caractéristiques démographiques

Les résultats de l'étude corroborent les résultats des études antérieures (46-48-55), selon lesquelles, les femmes célibataires ont un niveau d'utilisation adéquate plus faible que les femmes mariées. Au Sénégal, la maternité chez la femme célibataire est très mal vue à cause des facteurs sociaux et religieux qui recommandent la chasteté jusqu'au mariage. Cette situation rend difficile aux femmes célibataires la fréquentation des centres de planification familiale qui pourraient limiter le taux élevé de grossesses non désirées. En nous référant à la littérature (48-80) et par expérience professionnelle, nous savons que la première consultation prénatale chez ces femmes célibataires, ne survient souvent qu'après l'échec de plusieurs tentatives clandestines d'interruption de la grossesse. Ce qui pourrait expliquer d'une part, le fait qu'aucune des femmes célibataires de l'étude n'ait un niveau adéquat d'utilisation et d'autre part, le faible pourcentage d'utilisation adéquate constaté au niveau de la famille élargie, à cause du pourcentage élevé de célibataires non déclarées dans ce type de famille.

Il ressort de la littérature (21-60) et de notre étude que d'une part, plus les femmes africaines sont âgées et plus elles ont tendance à négliger la CPN et d'autre part, plus les femmes africaines ont expérimenté des accouchements, plus elles sont enclines à un niveau tardif d'utilisation. Comme l'âge est corrélé avec la parité, par expérience

professionnelle, nous pensons que la parité est plus déterminante que l'âge dans l'utilisation des services de CPN. En effet, l'exploitation des rapports statistiques des services de CPN de notre champ d'étude (73), montre que l'âge est plutôt un facteur de confusion dans l'utilisation des services de CPN. Cependant, la régression logistique ne retient ni l'âge, ni la parité, parmi les déterminants de l'utilisation adéquate des services de CPN.

La confirmation par la présente étude de l'existence d'une association entre l'ethnie et l'utilisation tardive des services de CPN, démontré dans des études antérieures (53-81), pourrait être attribuée au niveau socio-économique très bas des groupes multiethniques où se retrouve la plupart des ouvrières non qualifiées.

Les variables prédisposantes : l'absence d'électricité, la personne conseillère en CPN, la dépense quotidienne et le type de famille, retenues par l'analyse multivariée confirment le premier bloc de notre modèle conceptuel. Les déterminants socio-économiques retenus, la dépense quotidienne et l'absence d'électricité, corroborent l'hypothèse de Hughes et Simpson (1995) (82) pour qui, le déterminant le plus incriminé dans l'utilisation des services est le niveau socio-économique, à cause de sa répercussion sur tous les phénomènes sociodémographiques. En effet, le seuil de pauvreté actuel du Sénégal est fixé à une dépense quotidienne journalière inférieure à 250 FCFA (83), les quatre cinquième de notre population d'étude se situent en dessous de ce seuil contre les deux tiers au niveau de la population nationale. Ce qui pourrait expliquer en partie, le faible niveau constaté dans l'utilisation adéquate des services de CPN car une consultation coûte au minimum 1000 F CFA (10FF): 300 F de coût direct de la consultation, le coût de la médication (fer, chloroquine plus vaccin antitétanique) en plus du transport. Par contre, les résultats de notre étude sur la présence de commodités plutôt élevée est contradictoire avec ce niveau de vie et sont de loin supérieurs à ceux de l'enquête démographique de santé (EDS 1997)(77). Cette situation est probablement due au fait que dans notre étude, les questions relatives à la présence de commodités portaient plus sur l'accessibilité qu'à la propriété des commodités.

2.2.1.2 Les facteurs sociaux

Dans les articles scientifiques sur l'utilisation des services de CPN (16-71), nous retrouvons l'impuissance de la femme face aux décisions qui concerne sa propre santé dans les pays du Tiers Monde. D'après Kroeger(1983), le type de famille, conditionne le

recours à l'utilisation moderne des services de santé. Cette affirmation est vérifiée dans notre étude : les femmes vivant en famille élargie, ont un niveau d'utilisation adéquate plus faible que les autres femmes.

Élément intéressant par contre, l'hypothèse avancée au Népal (64) où la détention de l'autorisation d'utiliser les services de CPN par la belle-famille, constituait un obstacle, est infirmée dans notre étude où la belle-famille est plutôt un avantage pour l'utilisation des services de CPN. Ce résultat pourrait être attribué à la conception sénégalaise de la grossesse selon laquelle « toute femme enceinte a un pied dans la fosse » (60) à cause du taux élevé de mortalité maternelle (d'après les statistiques sanitaires (84), une femme sénégalaise sur 16 risque de mourir des suites d'une grossesse ou d'un accouchement). La belle-famille et plus particulièrement la belle-mère doit se justifier si sa belle-fille n'arrive pas à survivre à une grossesse, d'autant plus quand le mari est absent. Cet état de faits entraîne que la belle-famille est souvent plus motivée que le mari et la femme elle-même, pour que cette dernière soit correctement prise en charge au cours de la grossesse. Il ressort de notre étude que les femmes qui ont besoin de l'autorisation de leur belle-famille, ont plus de chance d'avoir une consultation adéquate que si elles sont sous l'autorisation de leur mari, de même que si elles sont libres d'aller à la CPN à leur guise. La détention de l'autorisation par la belle-famille, signifie souvent que le mari est absent (émigré), ce qui implique également un niveau de vie plus élevé que la moyenne au Sénégal. Ce qui pourrait également expliquer la probabilité plus grande de CPN adéquate, chez les femmes déclarant une intervention de la belle-famille, dans l'utilisation adéquate des services de CPN. Ce rôle de la belle-famille est confirmé par l'analyse multivariée, qui retient la personne conseillère en CPN, avec une probabilité six fois plus grande de CPN adéquate chez celles qui sont conseillées par un membre de leur belle-famille.

2.2.2 Facteurs de besoin

Les résultats de notre étude se rapprochent de ce qui se trouve dans les articles consultés (52-60-61). Les femmes qui ont évoqué la maladie comme raison de leur première consultation, ont plus tendance à avoir un niveau adéquat d'utilisation que les autres femmes. Par ailleurs, les femmes ayant déclaré avoir souffert de signes et symptômes pouvant être associés à la grossesse, sont plus susceptibles d'avoir un niveau adéquat d'utilisation que les autres femmes. De plus l'utilisation tardive n'est

notée chez aucune des femmes ayant déclaré avoir mené une grossesse à risque. La crainte de l'accouchement compliqué telle qu'expliquée ci-dessus, pourrait être à la base d'une utilisation plus optimale des services de CPN en cas de perception par la femme, d'une menace sur la grossesse. Cependant, l'analyse multivariée ne retient que la justification du nombre de CPN effectuées, comme facteur déterminant parmi les facteurs de besoin dans l'utilisation adéquate des services de CPN. Ce résultat est conforme aux données de la littérature (63) selon lesquelles, les femmes africaines ayant eu des problèmes au cours d'une grossesse sont d'abord orientées vers la médecine traditionnelle, et ne sollicitent les services obstétricaux qu'en situation d'extrême urgence.

2.2.3 Facteur d'habileté

Les résultats de l'étude appuient les résultats décrits dans la littérature sur l'accessibilité financière des services de CPN (57-66). Les femmes de l'étude ayant évoqué des barrières financières (74 %), ont moins de chance d'avoir un niveau adéquat de CPN. De plus, 79,5 % des femmes de l'étude, ont une dépense personnelle journalière estimée en dessous d'un demi-dollar canadien (250 FCFA), et on observe un gradient entre la valeur de la dépense quotidienne et l'utilisation adéquate des services de CPN. Cependant, les barrières financières semblent constituer un obstacle majeur dans l'utilisation des services de CPN, surtout dans la famille élargie où, le pourcentage de CPN adéquate des femmes qui déclarent avoir des barrières financières est la moitié du pourcentage de CPN adéquat des autres femmes (valeur $p = 0,06$). Dans ce type de famille, on retrouve souvent des femmes stigmatisées à cause du statut de célibataire ou au fait d'avoir épousé un homme incapable de les prendre complètement en charge. Le réseau de soutien social caractérisé par la solidarité du groupe social face aux dépenses de santé (85), n'intervient pas dans de telles circonstances. Par comparaison, l'existence de barrières financières ne constitue pas une si grande différence au niveau du pourcentage d'utilisation adéquate, chez les femmes vivant en belle-famille.

Le fait que le niveau de connaissance des femmes soit retenu dans l'analyse multivariée, et qu'il soit aussi bien associé à l'utilisation adéquate, qu'à l'utilisation tardive dans l'analyse bivariée, renforce les résultats des études antérieures (16-86-87) sur l'existence de liens entre le niveau d'information des femmes et l'utilisation des services de CPN. Par ailleurs, le faible pourcentage des femmes de l'étude, connaissant

les normes de la CPN (37,4 %), alors qu'elles ont toutes expérimenté le programme en question, confirme les résultats des études antérieures réalisées au Sénégal, sur la qualité des services de CPN (29-31-34-36) et qui, signalaient l'insuffisance de communication entre les prestataires et les femmes au cours des séances de CPN.

La rétention de l'existence de barrière financière et la connaissance des normes de CPN, comme déterminants relatifs aux facteurs d'habileté de l'utilisation adéquate des services de CPN dans la régression logistique, justifie d'une part, la position de Hughes et Simpson (82) sur l'intérêt des facteurs socio-économiques dans l'utilisation des services de CPN, et démontre d'autre part, la nécessité d'améliorer la collaboration entre les sages femmes qui détiennent l'exclusivité de la CPN et la population cible.

3. LIMITES DE L'ÉTUDE

Nos résultats doivent être regardés en tenant compte des limites de notre étude.

Notre population d'étude est uniquement constituée par des femmes dakaroises qui accouchent en milieu hospitalier. C'est une limitation parce que des études menées dans des pays du Tiers Monde ont montré que ce sont les femmes qui utilisent les services de CPN, qui sont plus enclines à accoucher en milieu hospitalier (88). Nous ne connaissons rien des 2 % des femmes enceintes de Dakar, qui n'accouchent pas à l'hôpital et qui auraient pu nous donner plus de renseignements sur les déterminants de l'utilisation des services de CPN. En plus, le fait de les trouver en milieu hospitalier, ne nous permet pas de connaître la nature des liens entre le recours à la médecine traditionnelle et l'utilisation parallèle des services de CPN, car les femmes ont tendance à cacher ces types de pratique, quand elles sont dans une structure moderne de santé.

Les données manquantes pour l'âge, réduisent l'effectif et par la même occasion peuvent réduire la puissance statistique ou masquer une association statistiquement significative, entre l'âge et les deux niveaux d'utilisation.

Nous sommes consciente que, ce sont les femmes des groupes défavorisés qui sont le plus à risque, donc, plus susceptibles d'avoir un besoin pressant de services. Cet état de fait peut créer un biais de confusion dans l'étude, bien que les consultations exclusivement curatives au cours de la grossesse n'aient pas été prises en compte dans le décompte des CPN.

Les participantes de l'étude ont été choisies dans une maternité où les prix des services sont très abordables. Les femmes de la classe favorisée, risquent moins d'accoucher dans cette maternité et par conséquent, de participer à l'étude. Ce qui pourrait expliquer le fait que 79,5 % des femmes de l'étude se situent en dessous du seuil de pauvreté. Nous avons donc les biais associés à l'échantillonnage non probabiliste que nous avons été contraints d'utiliser à cause de nos moyens limités. Cette situation n'est pas souhaitable puisqu'on perd la variabilité entre les femmes à cause de ce mode de sélection. Par conséquent chaque femme renseigne moins sur l'ensemble de la population que si elle avait été choisie aléatoirement dans celle-ci.

La généralisation des résultats est limitée à la population présentant des caractéristiques similaires à la population de l'étude, alors que les femmes constituant la population de l'étude proviennent d'un milieu relativement homogène et sont caractérisées par les revenus très faibles de la classe défavorisée. En effet, d'après le rapport du programme de lutte contre la pauvreté au Sénégal (89), 65,6 % (2/3) de la population sénégalaise sont au-dessous du seuil de pauvreté contre 79,5% (4/5) dans notre étude.

Mises à part les données des carnets de santé sur la fréquence des consultations prénatales et sur le moment du début des CPN, l'information est recueillie par interview. Nous sommes donc à la merci de l'attitude des participantes et de leur désir de donner ce qu'elles peuvent considérer comme des réponses valorisantes. A ce biais, s'ajoute celui de la traduction du questionnaire en langue nationale responsable du taux élevé de présence de commodités : par exemple, on observe une présence de TV (accessibilité) à 64% dans l'étude en comparaison de 42% (propriété) dans des enquêtes statistiques et démographiques de santé (77). Les résultats de ces enquêtes montrent également que le pourcentage de femmes en âge de procréer et mariées au Sénégal se situe à 68 % par rapport à 95% dans notre étude. C'est ainsi que le pourcentage élevé de femmes déclarées mariées et vivant toujours dans leur famille d'origine est un biais. Compte tenu de la stigmatisation dont sont victimes les mères célibataires, beaucoup de femmes ont honte de déclarer leur statut de célibat quand elles sont à la maternité.

Dans notre protocole, nous avons projeté de recueillir les antécédents obstétricaux avec un tableau décrivant la chronologie des grossesses, le nombre de consultations effectuées pour chaque grossesse et l'issue de ces grossesses. Après deux pré-tests,

nous avons du renoncer au tableau, à cause de l'incapacité de plus de la moitié des femmes multipares de décrire cette chronologie. L'absence de ces données pourrait cacher d'importantes informations, car des études (90) ont montré une association fortement significative entre l'intervalle inter-génésique et l'utilisation des services de CPN dans les pays en développement.

La couverture adéquate mesurée dans cette étude porte sur 22 % des femmes visées par l'enquête. Ce taux d'utilisation adéquate peut en fait, être sous-estimé parce qu'il se base sur les données des carnets de santé. Or il est de pratique courante chez les Sénégalaises de ne pas acheter leur carnet de santé, lors de la consultation de confirmation de la grossesse. Le taux de consultation adéquate serait donc plus élevé que cette valeur quoique les chiffres exacts pour le confirmer ne soient pas disponibles, à cause du nombre important de femmes, ne sachant pas l'âge de leur grossesse à leur première CPN. Par ailleurs, le fait de n'avoir pas tenu compte de l'âge de la grossesse dans le décompte du nombre de CPN requis, entraîne également, une sous-estimation du taux d'utilisation adéquate, à cause du pourcentage assez élevé de faible poids de naissance (13,8 %) parmi les femmes de l'étude. L'importante réduction de ce taux d'utilisation adéquate plutôt faible, pour une enquête de couverture adéquate, entraîne une difficulté de puissance à mettre en évidence des différences entre les groupes.

En ce qui concerne l'utilisation tardive, la puissance statistique est certainement affaiblie par le peu de femmes ayant déclaré une utilisation tardive. Un effectif plus important aurait pu déceler des variables secondairement associées à l'utilisation.

La méthode utilisée a permis de recueillir beaucoup d'informations en peu de temps avec des moyens très limités. Les résultats de l'étude concordent cependant avec les hypothèses émises dans la littérature sur l'utilisation des services de CPN en Afrique.

4. CONCLUSION

Notre étude dresse un portrait de l'utilisation des services de CPN en milieu urbain au Sénégal. L'hypothèse de recherche selon laquelle les facteurs prédisposants, la nature des problèmes de la grossesse et les perceptions individuelles et les facteurs d'habileté sont associés à l'utilisation des services de CPN est vérifiée. En particulier, le modèle retenu montre que le niveau de vie, la personne conseillère en CPN, la justification du

nombre de CPN effectuées et le niveau de connaissance sur les normes de la CPN, sont associés à l'utilisation des services de CPN.

L'étude menée a permis de connaître le niveau de couverture adéquate de la CPN qui s'est avéré être 22 % et celui de l'utilisation tardive (3 %).

Les résultats les plus déterminants de l'étude ont été l'importance : du niveau de vie, des connaissances de la femme sur les normes de la CPN et du rôle déterminant de la belle-famille dans l'utilisation des services de CPN. Les résultats de l'étude nous amènent à la même conclusion que celle, donnée par une équipe de chercheurs dans une étude exploratoire, sur l'utilisation des services de CPN, menée dans trois pays d'Afrique occidentale (62). Nous dirons donc comme eux, que le comportement et l'attitude de la femme sénégalaise face à l'utilisation des services de CPN, sont déterminés par un complexe réseau d'interactions sociales et culturelles qui varient largement au niveau de la société sénégalaise. Ceci nous montre l'intérêt de tenir compte des facteurs d'interactions sociales dans la promotion de l'utilisation des services de CPN. De tels résultats renforcent l'idée que la promotion de l'accès aux services de CPN, passe par l'éducation et la mobilisation communautaire, pour faire savoir aux femmes et à leur famille, les normes de la CPN et la nécessité de les respecter.

En deuxième lieu, les politiques de recouvrement des coûts se sont matérialisées au Sénégal, par l'application des soins de santé primaire avec la participation communautaire et l'instauration du ticket modérateur pour chaque type de service fourni. Le Sénégal étant classé parmi les vingt pays les plus pauvres du monde (89), les barrières financières évoquées par 74 % de la population de l'étude constituent une réalité avec une dépense quotidienne inférieure à 50 cents du dollar canadien, chez 79,5 % des femmes. Ce qui pourrait expliquer en partie, le faible niveau constaté dans l'utilisation adéquate des services de CPN.

5. RECOMMANDATIONS

5.1 Recherche

Nous suggérons qu'une recherche qualitative soit faite pour les femmes qui n'accouchent pas dans les structures sanitaires en milieu urbain. Même si cette situation

ne concerne que très peu de femmes à Dakar, il faudra essayer de comprendre les raisons pour lesquelles, elles ou leur famille ont décidé qu'elles accouchent en dehors de ces structures, bien qu'elles soient disponibles à un rayon de 1,5 kilomètres à Dakar.

Une autre étude pourrait être menée sur les caractéristiques des accouchées et la CPN adéquate au niveau de différentes maternités de la ville de Dakar. Cette étude pourrait nous faire connaître davantage l'association entre les caractéristiques des femmes et la CPN adéquate, en comparant la variation de cette dernière entre les différentes classes sociales. Elle pourrait également apporter un approfondissement dans l'étude des relations entre les différents types de famille et l'utilisation des services de CPN.

Les données des enquêtes démographiques et santé du Sénégal pourraient être utilisées pour faire des analyses statistiques et obtenir des résultats sur l'utilisation des services de CPN au Sénégal, aussi bien en milieu rural qu'urbain. Le milieu rural abrite plus de la moitié de la population sénégalaise (56 %), et les facteurs sociaux et culturels sur l'utilisation des services modernes de santé, y sont encore plus influents. Ces études pourraient nous permettre d'avoir : une plus grande puissance statistique des associations constatées dans notre étude et une confirmation de notre modèle conceptuel.

5.2 Interventions

5.2.1 À court terme

Les autorités politiques devront à l'avenir, associer les populations aux efforts déployés pour améliorer l'utilisation des services de CPN. Les stratégies seront améliorées en tenant compte aussi bien des besoins exprimés que des besoins réels mais non ressentis par les femmes. Cette analyse des besoins de la femme enceinte en matière de CPN, devrait se faire selon le modèle de Green *et coll.* (1980) (91), qui permet d'identifier des stratégies éducationnelles susceptibles de favoriser l'adoption et le maintien des comportements positifs de santé. L'éducation et la mobilisation communautaire viseront surtout à sensibiliser les femmes et leur famille, sur l'intérêt d'aller à la CPN dans le premier trimestre de la grossesse, et la nécessité de respecter les quatre consultations requises pour une prise en charge efficace des grossesses à risque. Pour ce faire, les sages femmes, principales actrices en matière de CPN, devraient développer une grande capacité à la communication sociale et à l'analyse de

facteurs socioculturels et environnementaux. Elles devraient accepter de consentir davantage de leur temps, au bénéfice de la clientèle, en vue de parvenir à de meilleurs résultats dans l'utilisation des services de CPN. Ce qui pourrait se matérialiser par :

- La poursuite des campagnes d'IEC (information, éducation et communication) destinées aux femmes et réalisées par le service national d'éducation pour la santé. Les thèmes seront surtout axés sur :
 - la période adéquate pour dépister très tôt les femmes à risque et leur assurer un suivi spécifique pour aboutir à une issue favorable de la grossesse;
 - l'intérêt de respecter les quatre consultations pour identifier à temps l'apparition d'une menace sur la grossesse et la prendre en charge de manière efficace;
- L'élaboration d'un programme de causeries dans les séances de CPN pour les femmes enceintes, à l'instar des causeries instituées dans les cliniques modèles de planification familiale.

Par ailleurs, un volet éducatif sur la CPN, focalisé d'avantage sur les hommes, devrait être programmé comme des intervalles publicitaires pendant la diffusion des programmes sportifs.

L'atteinte de cet objectif doit mener à l'intégration de la protection moderne (CPN) de la femme enceinte dans les normes sociales locales.

5.2.2 À long terme

Le gouvernement devrait planifier un système de prise en charge efficace des femmes démunies, aussi bien au niveau financier, qu'au niveau social, en planifiant les stratégies suivantes :

- Institutionnaliser la gratuité des services publics de CPN à toutes les femmes par la redistribution des richesses. En effet, au Sénégal contrairement au Canada, les taxes qui devraient être perçues sur le monde marchand sont souvent détournées par ce dernier, les impôts ne sont souvent payés que par les fonctionnaires avec le prélèvement direct à la source. Alors que, la perception de l'ensemble des impôts et des taxes, aurait permis à l'état, d'assurer au moins en partie, les frais médicaux de la population démunie. Pour faire face à cette situation, l'État devrait instaurer un type de réforme fiscale, en concentrant ses efforts sur le contrôle des taxes et des

impôts afin de procéder à une redistribution des ressources financières au bénéfice de la population démunie.

- Faire fonctionner les centres de planification familiale à des heures favorables à la discrétion, pour accueillir davantage de femmes célibataires et réduire ainsi, le taux élevé de grossesses non désirées.
- Former les prestataires dans le domaine du conseil et des relations interpersonnelles pour qu'ils soient plus attentifs au désir des femmes et à leur craintes. Pour ce faire, le curriculum de la formation des sages-femmes (96 % des prestataires en CPN) devrait être révisé dans l'optique de Tompson *et coll.* (1989)(92). Ces auteurs, perçoivent la sage-femme comme un professionnel, qui s'efforce de bâtir des connaissances, de comprendre la complexité des interrelations et de faciliter la rencontre des femmes et de leur famille avec les services de santé maternelle et infantile, dont la CPN.
- Initier des causeries pour éduquer les femmes sur la grossesse et l'accouchement. L'enseignement devrait être pratique et centré sur les facteurs de risque de la grossesse et l'intérêt d'une utilisation adéquate des services de santé maternelle et infantile dans le dépistage et le traitement de ces facteurs de risque. Il serait aussi judicieux, que cet enseignement déborde le cadre de la femme enceinte et ait également lieu, au niveau de la communauté pour prendre en compte, les décideurs familiaux en matière d'utilisation des services modernes de santé dont la CPN. Il est important, que tous les acteurs sociaux comprennent pourquoi il est nécessaire pour une femme enceinte, de respecter les normes établies pour les services de CPN.
- Accroître le pouvoir de décision des femmes par la promotion des programmes pour faire reculer la pauvreté et l'analphabétisme chez les femmes. L'instruction des jeunes filles et l'alphabétisation des femmes constituent un moyen de combattre l'ignorance à court terme et la dépendance financière à long terme. La participation des femmes aux groupements de promotion féminine, devrait leur permettre d'avoir accès à l'emploi et aux activités génératrices de revenu, et ainsi de jouir d'une autonomie financière et d'accéder au bien être. La réalisation de l'augmentation du pouvoir des femmes par les autorités sénégalaises, est non seulement une étape incontournable dans la lutte entreprise contre la pauvreté, mais elle constitue

également un moyen de renforcer la légitimité de l'État sénégalais. En effet, d'après Contandripoulos (1999) (93), tout état qui veut préserver son autonomie démocratique, doit pouvoir répondre aux attentes de la population en matière de santé. Tous les efforts consentis pour améliorer la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés s'inscrivent dans cette optique, car c'est de la sécurité de femme que dépend la sécurité de la famille et celle de toute la communauté.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Puffer, R.R et Serrano, C.V. *Patterns of Birth Weights*. Pan American Health Organization. Washington : World Health Organisation, 1987.
2. Erkkola, R.U et Kero, P.O. Impact of prematurity on perinatal mortality and morbidity. *Ann. Med.*, 1991, 23(6) : 663-9.
3. Nzingoula, S, Mayanda, H.F et Loumouamou, A. Petit poids de naissance à propos de 2000 cas colligés dans les maternités de Brazzaville. *Pédiatrie en Afrique*, 1992 : 9-13.
4. Chevalier, S., Choinière, R., Ferland, M., Pageau, M. et Sauvageau, Y. *Indicateurs sociosanitaires, définition et interprétation*. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé, 1995.
5. Paneth, N.S. The problem of low birth weight. *The Future of Children – Low Birth Weight*, Publ. by the Center for the future of children, 1995, 1(5).
6. Lewitt, E.M., Baker, L.S. et Shiono, P.H. The direct cost of low birth weight. *The Future of Children – Low Birth Weight*, Publ. By the Center for the future of children, 1995, 1(5).
7. Levitt, C., Watters, N., Chance, G., Walker, R. et Avard, D. Low birth weight symposium: summary of proceedings. *Can. Med. Ass. J.*, 1993, 148(5) : 767-71.
8. Stevens-Simon, C. et Orléans, M. Low-birth weight prevention programs : The enigma of failure. *Birth*, 1999, 26(3) : 184-191.
9. Katz, S.J., Amstrong, R.W., LoGerfo, J.P. The adequacy of prenatal care and incidence of low-birth weight among the poor in Washington State and British Columbia. *American Journal of Public Health*, 1994, 84(6) : 986-991.
10. Kaestner, R. Health Insurance, the Quantity and Quality of Prenatal Care and Infant Health. *Inquiry*, 1999, 36 : 162-75.

11. Schulman, E., Sheriff, D.J. et Momany, E. Primary care case management and birth outcome in the Iowa medicaid program. *American Journal of Public Health*, 1997, 87(1) : 80-84.
12. Barbara, J., Turner, M.D., Cocroft, J., Craig, J., Walter, W.N., Thomas, R. et Berlin, M. Sources of prenatal care data and their association with birth outcomes of HIV-infected women. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(1) :108-20.
13. Baldwin, L.M., Larson, E.H., Connell, F.A., Nordlund, D., Cain, C.K., Cawthon, M.L., Byrns, P. et Rosenblatt, R.A. The effect of expanding medicaid prenatal services on birth outcomes. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(11) :1623-29.
14. Pineault, R. et Goulet, L. Les indicateurs de santé :les utiliser, oui, mais ne pas en abuser. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*,1995, 2(2) : 140-50.
15. Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G. et Martin, C. *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Éditions A. St-Martin, 1992.
16. Abouzahr, C. *Improve Access to Quality Maternal Health Services*. Exposé fait à la consultation sur la maternité sans risque, Sri Lanka, 18-23 octobre 1997.
17. Division des statistiques démographiques. *Fécondité, planification familiale et santé de la mère et de l'enfant au Sénégal*. Dakar : Ministère de l'économie, des finances et du plan 1998.
18. UNICEF. *The State of the World's Children*. 1998.
19. Herz, B. et Measham, A.R. *Programme pour la maternité sans danger*. Programme d'action. Document de travail de la banque mondiale. Washington :Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ Banque Mondiale, 1989.

20. Diop, N.W. et Diack, P.A. *Services offerts par le poste de santé*. Ministère de la santé publique et de l'action sociale du Sénégal avec la collaboration de l'Organisation Mondiale de la Santé. Conférence internationale sur le poste de santé au Sénégal;20-22 novembre1997.
21. Diallo, F.B., Diallo, M.S., Sylla, M., Diaw, S.T., Diallo, Y et Diakité, S. Premature delivery, epidemiology, etiologic factors, prevention strategy. *Dakar Médical*, 1998, 43(2) : 70-3.
22. Division de la santé maternelle et infantile. *Stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle au Sénégal*. Dakar : Ministère de la santé publique et de l'action sociale du Sénégal, mars1998.
23. Jiménez, J. *Personnal Communication of Data Obtained from Caja Castarricense de Seguro Social*. Department of Maternal and Child Health. Ministry of Health. Costa Rica 1986.
24. Bouyer, J. et Papiernick, E.P. *Facteurs de risques élevés lors des consultations prénatales. La prématurité. Enquête périnatale de Haguenau*. Volume 1, INSERM Doin, Paris, 1987 : 25-58.
25. Cameron, A., Mustard, Sc.D. et Noralou, P. The relation of prenatal care and pregnancy complications to birth weight in Winnipeg, Canada. *American Journal of Public Health*, 1994, 84(9) : 1450-1457.
26. Organisation Mondiale de la santé. Les soins prénatals : la clé de la grossesse sans risque. *Maternité sans risque* juin 1993; (11).
27. Mash BT, Leke RJ, Boh AS, Formulu J, Njikam OM. The risk approach for reducing maternal mortality: the Yaounde experience. *International Journal of gynecology and Obstetric* 1991;36:195-201.

28. Bouillin D, Fournier G, Gueye A, Diadhiou F, Cissé T. Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. Cahiers de Santé 1994 ; 4 : 399-406.
29. Diagne A. Étude évaluative de la qualité de la pratique de la consultation prénatale dans le district de Louga (Sénégal) en 1992. Enquête sur le terrain et registres. Mémoire rédigé dans le cadre du CES de santé publique. Université Cheikh Anta Diop 1993 ; ISED : Promotion 3^{ème}. www.ised.sen.
30. Djiré, M. *Un aspect de la dynamique de la nuptialité en milieu urbain : l'entrée des hommes en première union à Dakar (Sénégal)*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 1993.
31. Touré ID. Étude évaluative de la qualité de la consultation prénatale dans le district de Dakar (Sénégal) en 1992. Enquête sur le terrain. Mémoire rédigé dans le cadre du CES de santé publique. Université Cheikh Anta Diop 1993 ; ISED: Promotion 3^{ème}. www.ised.sen.
32. Cissé, C.T., Ngoma, S.I., Martin, S.L., Tall-Diaw, C. et Diadhiou, F. Surveillance épidémiologique de la mortalité néonatale précoce au CHU de Dakar (Sénégal). *SO : Santé*, 1997, 7(2) : 109-112.
33. Fournier, P. et Haddad, S. *Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement*. Unité de santé internationale de l'Université de Montréal. Participation communautaire, mobilisation sociale et soins de santé primaires en république de Guinée. Rapport de recherche, novembre 1996.
34. Sanogo, D., Diop, N., Ndiaye, A.D., Cissé, M., Diop, C.B. et Mbow, B. *Évolution des services de santé de la reproduction et planification familiale de 1994 à 1998*. Dakar :Population Council/Ministère de la santé, 1998.

35. Godin G. Les fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé Partie I. *Santé et Société* 1990;2 : 5-25.
36. Tal-Dia, A., Garnier, P., Touré, K., Mbow, E.H. et Wone, I. Qualité technique des consultations prénatales au Sénégal. *Dakar Médical*, 1997, 42(2) :132-37.
37. Gueye, A. Programme de maternité sans risques. Sénégal. Dakar : Ministère de la Santé. *Revue PDIS*, 25 mai 1999.
38. Aday, L.A., Fleming, G.V. et Andersen, R. *Access to Medical Care in the US: Who has It, Who Doesn't*. Chicago : University of Chicago, Center for Health Administration Studies, 1984.
39. Anderson, R. et Newman, J. Societal and individual determinants of medical care utilization. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 1973, 51 : 95-124.
40. Kroeger, A. Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Social Science and medicine*, 1983, 17(3) : 147-59.
41. Kohn, R. et White, K.L, (dir.). *Health Care : An International Study*. London: Oxford University Press, 1976.
42. Poole, D.L. et Carlton, T.O. A model for analysing utilization of maternal and child health services. *Health and Social Work* 1986; 11(3): 209-222.
43. Fiscella, K. Does prenatal care improve birth outcomes ? A critical review. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 85(3) : 468-79.
44. Massé, R. Contribution de l'anthropologie à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé. *Culture et santé publique*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1995, 227-68.
45. Kotelchuck, M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *American Journal of Public Health*, 1994, 84(9) : 1414-19.

46. Babson, S.G. et Benson, R.C. *Mortalité et morbidité périnatales : Pratique du haut risque obstétrical et néonatal*. Paris : Masson et Cie Éditeur, 1974.
47. Jewell, N.A. et Russell, K.M. Increasing access to prenatal care : An evaluation of minority health coalitions' early pregnancy project. *Journal of Community Health Nursing*, 2000, 17(2) : 93-105.
48. Diop, N. *La fécondité des adolescentes au Sénégal*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, 1995.
49. Ndiaye, O., Ba, M., Diack-mbaye, A., Diouf, L., Sow, H.D., Sylla, A., Kuakwi, N. et Fall, M. Risks factors for low birthweight : Influence of maternal age, parity, gestational age, nutritional status and maternal pathology. *Dakar Medical*, 1998, 43(2) : 188-90.
50. Nancy, A. et Kathleen, M. Increasing access to prenatal care: An evaluation of minority health coalitions' early pregnancy project. *Journal of Community Health Nursing*, 2000, 17(2) : 93-105.
51. Tinker, A. *Initiatives for women's Health in the 1990's*. Paper presented at the International Conference. Washington, DC, 1991.
52. Paolisso, M. et Leslie, J. Meeting the changing health needs of women in developing countries. *Social Science and Medicine*, 1995; 40(1) : 55-65.
53. Bibeau, G. At work in the fields of public health :the abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly*, 1997, 11(2) : 246-55.
54. Deborah, D., Ingram, P.D., Makuc, D. et Kleinmam, J.C. National and state trends in use of prenatal care 1970-83. *AJPH*, 1986, 76(4) : 415-23.
55. Wangenderhuysen, C. et Souley, F.L. La grossesse chez la femme célibataire. *Afrique Santé Reproductive*, 2000, 5 (2) : 98-104.
56. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La politique de périnatalité du Québec*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 1991.

57. Abba, H. Consultation prénatale à Mirriah. *Société*, 2000, 260.
58. Leslie, J. et Ra, G.G. *Utilization of Formal Services for Maternal Nutrition and Health Care in the Third World*. Washington: International Center for Research on Women, 1987.
59. Ministère de la santé publique (République tunisienne). *Enquête tunisienne sur la santé maternelle et infantile. Résultats préliminaires*. 1995.
60. Ndir, B. *Insuffisance dans le suivi des grossesses à risque au centre de santé de Dominique*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers. Dakar : Université Cheikh Anta DIOP 1991.
61. Brieger, W.R., Luchok, K.J., Eng, E. et Earp, J.A. Use of maternity services by pregnant women in a small Nigerian community. *Health Care for Women International*, 1994, 15 :101-110.
62. Odoi-Agyarko, N. Dollimore, O. Owusu-Agyei. *Risk Factors in Maternal Mortality : A Community-Based Study in Kassena Nankani District*. Document présenté à la réunion consultative nationale sur la maternité sans risque, Accra (Ghana), 19-21 janvier 1993.
63. Maine, D. & Coll. Barriers to treatment of obstetric emergencies in rural communities of West Africa. *Studies in Family planning*, 1992; 23(5) : 279-291.
64. Challenge for the Nineties : Safe Motherhood in South Asia. *Rapport de la conférence sur la maternité sans risque pour l'Asie du sud, Pakistan*. New York: Family Care International, 1990.
65. Foster, G.M. Medical anthropology and international health planning. *Social Science and Medicine*, 1977, 11 : 527-34.
66. Parquet, G. *Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle*. Document de recherche no 21. Québec : Institut Québécois de Recherche sur la Culture, 1989.

67. Griffin, J.F, Hogan, J.W., Buechner, J.S. et Leddy, T.M. The effect of a medicaid managed care program on the adequacy of prenatal care utilization in Rhode Island. *American Journal of Public Health*, 1999, 89(4) : 497-501.
68. Harrison, K. Maternal mortality in Nigeria : the real issue. *African Journal of Reproductive Health*, 1997, 1(1) : 7-13.
69. Leslies, J., Lycette, M. et Buvinic, M. Weathering economic crises : The crucial role of women in health. *Health, Nutrition, and Economic Crises: Approaches to Policy in the Third World*. Dover, UK : Auburn House Publishing Company, 1988, 307-48.
70. Banque Mondiale. *A New Agenda for Women' Health and Nutrition*. Washington, DC, 1994.
71. Organisation Mondiale de la Santé. *Améliorer l'accès aux services de santé maternelle : Journée mondiale de la santé. Maternité sans risque*. Division de la santé reproductive. Genève, 1998.
72. Abou-Zahr, C. et Vlassoff, C. Quality health care for women : A global challenge. *Health Care for Women International*, 1996, 17 : 449-467.
73. Fall, M. et Diallo, M. *Rapport d'activités de santé maternelle et infantile au district de Guédiawaye en 2000*. Dakar.
74. Camara, B., Diak, B., Diouf, S., Signaté, H.S., Sall, M.G., Ba, M., Sarr, M., Hanne, K., Thiam, C., Sow, D. et Fall, M. Les faibles poids de naissance : fréquence et facteurs de risque dans le district de Guédiawaye. *Med. Afr. Noire*, 1997.
75. Rothman, K.J. et Greenland, S. Introduction to categorical statistics. *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998 p. 231.
76. Service des études et de l'information sanitaire du Maroc. *Enquête de Panel sur la Population et la santé (EPPS)*. 1995.

77. www.measuredhs.com.
78. Ministère des Affaires sociales et de Santé de la République française. *La santé des enfants et des familles*. 1999.
79. Corporation professionnelle des médecins du Québec. *The Practice of Obstetrics : Patient Care During Pregnancy*. Montréal, 1987.
80. Anochie, I.C. et Ikpeme, M. Prevalence of sexual activity and Outcome among female secondary school students in Port Harcourt, Nigeria. *African Journal Reproductive Health*, 2001, 5(2) : 63-67.
81. Colin C, Ouellet F, Boyer G, Martin C. Pauvreté, santé, services de santé: constat et question in Extrême pauvreté, maternité et santé. *Montréal : Éditions Saint Martin* 1992 :23-31.
82. Hughes, D. et Simpson, L. The role of social change in preventing low birth weight. *Low Birth Weight. By the Future of Children*, 1995; 5 (1).
83. Direction de la prévision et de la statistique de la république du Sénégal. *Enquête de la perception de la pauvreté au Sénégal*. Dakar 1997.
84. Ministère de la Santé publique, PNDU, OMS, Université de Colombia. *Programme nationale de lutte contre la mortalité maternelle au Sénégal*. Dakar, 1990.
85. Diedhiou K. Étude des déterminants du taux d'achèvement en CPN au niveau de la maternité du centre de santé de Goudiry (Sénégal). Mémoire rédigé dans le cadre du CES de santé publique. Université Cheikh Anta Diop 1996 ; ISED: Promotion 6^{ème}. www.ised.sen
86. Yonly T. Étude des déterminants du taux d'achèvement en CPN au centre de santé de Fatick (Sénégal). Mémoire rédigé dans le cadre du CES de santé publique. Université Cheikh Anta Diop 1996 ; ISED :Promotion 6^{ème}. www.ised.sen

87. Ayé, M. *Capital social, logiques de solidarité et accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne*. Thèse de doctorat en santé publique. Université de Montréal, 2001.
88. Bloom, S., Lippeveld, T. et Wypy, D. Does antenatal care make a difference to safe delivery ? A Study in urban Uttar Pradesh, India. *Health policy and planning. Oxford University*, 1999, 14(1) : 38-48.
89. Diarisso, S. Document de stratégies de réduction de la pauvreté au Sénégal. *Soleil*, 15 janvier 2002.
90. Klerman, L.V., Ba, C. et Gold, R.L. The impact of short interpregnancy intervals on Pregnancy outcomes in low income. *American Journal of Public Health*, 1998; 88(8) : 1182-85.
91. Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G. et Patridge, K.B. *Health Education Planning : A Diagnostic Approach*. Mayfield Publishing Company, 1980.
92. Thompson, J.E., Oakley, D., Burke, M., Jay, S. et Conklin, M. Theory building in nurse- midwifery. *The Care Process Journal of Nurse-Midwifery*, 1989, 34(3) : 120-129.
93. Contandriopoulos, A.P. Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? Quelques idées sur la transformation des systèmes de santé. Notes préparées pour la conférence « *Le managed care et les NOPS* » organisée à Lausanne par le département de la santé et de l'action sociale du Canton de Vaud, 24 mars 1999.

ANNEXES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTES

QUESTIONNAIRE

AUTORISATIONS D'ENQUÊTE



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTES

DESCRIPTION DU PROJET

Dans le cadre de la promotion de la maternité sans risque, nous menons, sous l'appui du ministère de la santé du Sénégal, une étude dont l'objectif est de déterminer les facteurs associés à la sous utilisation des services de Consultation Périnatale (CPN) au Sénégal.

Nous cherchons à mieux comprendre les obstacles à l'utilisation adéquate des services de CPN, dans le but de trouver des pistes d'intervention, pour rendre optimale l'utilisation adéquate des services de CPN.

Nous avons besoin de la collaboration d'au moins 300 accouchées de la maternité de Roi Baudoin, qui répondent aux critères de sélection de notre étude.

PROCÉDURES

Toutes les accouchées sénégalaises qui acceptent de faire partie de l'enquête, aurons un entretien de 45 minutes au maximum avec une sage femme. Vous serez questionnée à la maternité, un peu avant votre retour à domicile, et les questions débattues concernent vos caractéristiques, vos antécédents médicaux et obstétricaux et votre expérience sur la consultation périnatale.

Nous aimerions également consulter votre carnet de santé pour avoir une idée du nombre des consultations effectuées au cours de votre grossesse.

Les critères d'inclusion concernent les accouchées naturelles de la maternité de Roi Baudoin à la période du 1^{er} avril au 31 juillet 2001. Pour éviter certains biais, les femmes ayant accouché d'un mort-né et les accouchées non sénégalaises seront exclues de l'étude.

Les données recueillies seront conservées pendant une période de cinq ans.

AVANTAGES ET BÉNÉFICES

Les bénéfices individuels dont vous pourriez profiter se résument à la possibilité d'échanger avec une sage femme sur l'importance de la consultation périnatale adéquate et de vous y référer lors de vos grossesses ultérieures. Les résultats de cette recherche, serviront peut-être à mieux planifier le programme de consultation périnatale, pour rendre son utilisation optimale en vue de la promotion de la maternité sans risque.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Le seul inconvénient de cette étude est l'inconfort de subir un entretien, alors que, vous avez besoin de repos, après les dures périodes du travail et de l'accouchement. Il y a également le risque de gêne psychologique du au fait de parler de votre vie privée à une personne étrangère.

LA CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements recueillis seront traités de façon tout à fait confidentielle, et les données ne seront accessibles qu'aux personnes directement reliées à cette étude et ne serviront qu'à des fins exclusivement scientifiques. Pour ce faire, nous vous assignerons un numéro de code, et votre nom ne sera en aucun moment mentionné lors de la publication des résultats.

INDEMNITÉ

Aucune indemnité n'est offerte aux participantes de cette étude.

LIBERTÉ DU CONSENTEMENT

Vous êtes, bien entendu, entièrement libre de participer ou non à cette étude et de ne pas répondre aux questions qui vous semblent embarrassantes, de même que de refuser l'accès à votre carnet de santé, sans aucun préjudice sur la qualité ou la quantité des traitements que vous devez recevoir.

LIBERTÉ DE SE RETIRER

Vous êtes libre de vous retirer à tout moment de l'entretien, sans préjudice d'aucune sorte.

PERSONNES RESSOURCES

Identification du responsable du projet : Madame Bineta Ndir enseignante à l'École de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) BP : 5063 Dakar-Fann / Sénégal

Tél. B : 825 04 02

Tél. D : 825 39 51

Si vous avez des questions ou préoccupations sur des aspects éthiques, veuillez communiquer avec Dr Alioune Geuye médecin chef de la maternité de Roi Baudoïn (tél : 834 17 54). Il se chargera de communiquer vos préoccupations à Mme Dianne Audet de l'Université de Montréal.

SIGNATURES ET FORMULE D'ADHÉSION À L'ÉTUDE

Suite à la réception et à la clarification de toutes les informations contenues dans le présent formulaire, je certifie que tout m'a été expliqué verbalement, et dans une langue que je comprends. J'accepte de participer à l'étude sur l'utilisation des services de consultation prénatale, et à répondre aux questions qui me seront posées.

Je consens également à ce que mon carnet de santé soit consulté.

Je puis en tout temps, et sans préjudice de ma part, refuser de répondre à une ou à l'ensemble des questions ou de donner accès à mon carnet de santé.

Nom de la participante

Signature

Date

Le témoin atteste que la participante a bien compris le formulaire de consentement.

Nom du témoin

Signature

Date

COPIE AU SUJET

Une version du formulaire de consentement sera remise à la participante après la signature et l'autre version sera gardée par la chercheuse.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ACCOUCHÉES

1. Quel est votre âge ? _____
2. Savez-vous lire en : aucune langue français langue locale arabe
autre à spécifier _____
3. Savez-vous écrire en : aucune langue français langue locale arabe
autre à spécifier _____
4. Quel est votre niveau d'instruction ?
Aucun Alphabétisée Primaire Secondaire Supérieure
5. Quelle est votre situation matrimoniale?
Célibataire Mariée Séparée Divorcée Veuve
6. Quel est la langue parlée à votre domicile ?
Wolof Toucouleur Diola Sérère Autre
À spécifier _____
7. Quelle est votre religion ?
Musulmane Catholique Autre À spécifier _____

II. TYPE DE MÉNAGE

1. Dans quel type de ménage habitez-vous ?
Famille élargie
Belle-famille
Famille nucléaire
2. Quelle est la première personne à qui vous avez annoncé votre grossesse ?

3. Êtes vous allée à la consultation ?
Oui Non
Sinon pourquoi ? _____
4. Aviez vous reçu un conseil pour aller à la consultation ?
Oui Non
Si oui qui vous a donné le conseil ?

5. À quel type de soignant vous-êtes vous adressée au cours de votre grossesse ?
Médecin Sage femme Infirmier

Autre

À spécifier _____

III. RESPONSABILITÉ RELATIVE AUX DÉCISIONS DE SANTÉ

1. Est-ce que vous aviez besoin d'une autorisation pour aller à la CPN ?

Oui Non

Si oui, qui est ce qui détenait cette autorisation? _____

Mari Belle-mère Beau-frère Autre

À spécifier _____

2. En dehors du besoin d'autorisation, qu'est-ce qui pouvait vous empêcher d'aller en consultation à votre guise ? _____

IV. CONNAISSANCE SUR LA CONSULTATION PRÉNATALE

1. À combien de mois de grossesse êtes-vous allée à la première consultation prénatale ? _____

2. Pourquoi aviez-vous choisi cette période? _____

3. Combien de consultations avez-vous effectuées au cours de votre dernière grossesse ? _____

4. Pourquoi êtes-vous allée à la consultation ce nombre de fois ? _____

5. À votre avis à quel moment une femme en grossesse doit aller à la première consultation ?

1^{er} trimestre

2^e trimestre

3^e trimestre

Autre réponse

6. À votre avis quel est le nombre de CPN requis pour une grossesse ? _____

7. Quel est l'intérêt à respecter ce nombre? _____

V. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET OBSTÉTRICAUX

1. Souffrez-vous d'une maladie ?

Oui Non

Si oui de quelle maladie s'agit-il ? _____

2. Combien d'accouchements avez-vous eu ? _____

3. Combien d'enfants vivants avez-vous ? _____

4. Quelle est votre perception de votre dernière grossesse :

Grossesse à risque

Grossesse normale

VI. NIVEAU DE VIE

1. Quelle est votre occupation?

Salariée

Ménagère

Ouvrière qualifiée

Ouvrière non qualifiée

Autre

À spécifier _____

2. Dans quel type de logement habitez vous ?

Maison en dur

Maison en dur à moitié

Maison en bois

3. Êtes vous branché au réseau d'adduction d'eau ? Oui Non

4. Utilisez vous de l'électricité ? Oui Non

5. Êtes vous dans une maison en location ? Oui Non

6. À combien s'élève la somme des dépenses quotidiennes de la famille pour la nourriture ?

Moins de 1000 F

1000-3000 F

3000 F ou plus

7. Combien de personnes contribuent au revenu de la famille ? _____

8. Combien de personnes sont nourries par le revenu familial ? _____

9. Combien de chambres y a t-il dans votre maison ? _____

10. Disposez-vous de

Poste radio Oui

Non

Télévision Oui

Non

Téléphone Oui

Non

VII RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS DU CARNET DE SANTÉ

Nombre de consultations :

Âge de la grossesse à la première consultation :

Poids de naissance:

ANNEXE 3

AUTORISATIONS

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Le 23 janvier 2001

Madame Dianne Audet
Vice-décanat à la recherche
Faculté de médecine
Université de Montréal

Objet : Comité d'éthique

Protocole de recherche de Bineta Ndir
étudiante à la maîtrise en santé communautaire

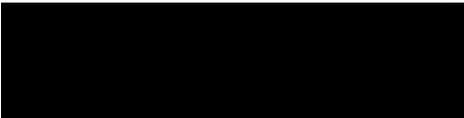
Titre du projet : Utilisation des services de consultation prénatale au Sénégal

Madame,

Nous avons réalisé l'évaluation scientifique du projet en titre qui sera le sujet du mémoire de maîtrise de la candidate et qui sera réalisé au Sénégal sous la direction du professeur Maria Victoria Zunzunegui.

Ce projet de recherche soulève une question pertinente et les méthodes proposées sont adéquates. Nous l'approuvons donc au niveau scientifique.

Veillez agréer, madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Jean-Marc Brodeur,
Professeur titulaire


Lise Gauvin,
Professeure agrégée

Comité scientifique de la recherche du département
de médecine sociale et préventive

AT//nsn
 REPUBLIQUE DU SENEGAL
 Un Peuple – Un But – Une Foi

 MINISTERE DE LA SANTE

Le Directeur

000393
 N°/MS/DERF/DF

Dakar, le 12 AVR. 2000

AUTORISATION D'ENQUETE

Madame DIOP Bineta NDIR, Etudiante en Santé Communautaire à l'Université de Montréal (Canada), est autorisée à mener des enquêtes à la Maternité du Centre de Santé Roi Baudouin sur le thème « L'utilisation des services de consultation prénatale », en vue de la rédaction de son mémoire de fin d'études.

AMPLIATIONS/ :

- MS/CAB
- DAGE/DP
- DERF/DF
- MC.RM.DAKAR
- MCD.GUEDIAWAYE
- INTERESSEE
- BO/CHRONO





APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé : **Utilisation des services de consultation prénatale au Sénégal**

présenté par : **Bineta Ndir et Dr Maria Victoria Zunzunegui**

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.


Dre Yvette Lajeunesse, Présidente intérimaire

Date d'étude : 20/02/01

Date d'approbation : 9 AVR. 2001

Numéro de référence : CERFM 30 (01) 4#4

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

Le Comité comprend que le chercheur se conformera à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et services sociaux.



Université de Montréal
Faculté de médecine
Vice-décanat
Recherche et études supérieures
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Télécopieur : (514) 343-5751
www.med.umontreal.ca/recherche