

Utilisation des services de santé prénatale et connaissance des risques liés à la grossesse dans les districts sanitaires de l'ex-province du Katanga en RDC

[Use of prenatal health services and knowledge of the risks associated with pregnancy in the health districts of the former Katanga province in the DRC]

Fortuna Kalam Kamb¹, Christophe Kaswala Nyamb², Jean-Baptiste Kakoma Sakatolo², and Françoise Malonga Kaj²

¹Institut Supérieur de Statistique de Lubumbashi (ISS, L'SHI), Lubumbashi, RD Congo

²Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi (ESP, UNILU), Lubumbashi, RD Congo

Copyright © 2023 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Introduction:* our study describes the state of knowledge of the risks associated with pregnancy and analyzes the factors that influence the use of ANC services by women aged 15 to 49 living in the former province of Katanga. *Methodology:* the study is descriptive and analytical. The data analyzed were collected by the survey conducted in 2014 by the PARSS II / RDC project. We used SPSS.20 software for data processing. *Results:* 86.8% of women who gave birth in the last 12 months declared having followed ANC. More than 90% of them had consulted nurses or midwives; over 49% believe that consultation costs are either relatively expensive or very expensive. More than 30% of women say they were not educated on danger signs during ANC. Knowledge of the danger of pregnancy; pregnancies too close together and the cost of consultations are significant factors in the decision to use antenatal consultation services. *Conclusion:* the low proportion of women who know the signs of risk during pregnancy, the low proportion of those who have received information on these signs and the high cost of ANC advocate for the strengthening of health education in rural areas, the training and motivation of health personnel working in rural areas and the assumption by the community of the costs of ANC.

KEYWORDS: Prenatal consultation, maternal mortality, risks, Katanga, Democratic Republic of Congo.

RESUME: *Introduction:* notre étude décrit l'état de connaissance des risques liés à la grossesse et fait l'analyse des facteurs qui influencent l'utilisation des services de consultation prénatale (CPN) par les femmes de 15 à 49 ans résidant dans l'ex-province du Katanga. *Méthodologie:* l'étude est descriptive et analytique. Les données analysées ont été collectées par l'enquête menée en 2014 par le projet PARSS II/RDC. Nous avons utilisé le logiciel SPSS.20 pour le traitement des données. *Résultats:* Les femmes ayant accouché les 12 derniers mois, avant l'enquête (86,8%), déclarent avoir suivi les CPN. Plus de 90% d'entre elles avaient consulté les infirmiers ou accoucheuses; plus de 49% estiment que les coûts de consultations sont soit relativement chers ou très chers. Plus de 30% des femmes déclarent n'avoir pas été renseignées sur les signes de danger lors des CPN. La connaissance du danger que représente une grossesse, les grossesses trop rapprochées et le coût des consultations sont les facteurs significatifs dans la décision d'utilisation des services de consultation prénatale. *Conclusion:* la faible proportion des femmes qui connaissent les signes de risque pendant la grossesse, la faible proportion de celles ayant reçu des informations sur ces signes et le coût élevé des CPN militent pour le renforcement de l'éducation à la santé dans les milieux ruraux, la formation et la motivation du personnel de santé œuvrant dans les milieux ruraux et la prise en charge par la communauté des coûts de CPN.

MOTS-CLEFS: Consultation prénatale, mortalité maternelle, risques, Katanga, République Démocratique du Congo.

1 INTRODUCTION

Aujourd'hui, grâce aux différentes techniques existant dans le domaine obstétrical, les décès maternels peuvent être évités et les risques liés à la grossesse sensiblement réduits. Il faut pour ce faire donner une information correcte à toutes les femmes, à leurs conjoints et membres de famille. Si chaque femme peut être bien nourrie avant et pendant la grossesse, si elle peut se faire examiner au moins

quatre fois pendant sa grossesse et suivre les recommandations prescrites par un personnel de santé qualifié (médecin, infirmier, sage-femme), si elle est assistée pendant son accouchement dans un milieu hospitalier approprié et recevoir des soins postnataux de qualité auprès d'un agent de santé, les taux de mortalité maternelle et de mortinatalité s'en trouveront considérablement réduits [1], [2].

La consultation prénatale constitue le cadre privilégié qui offre une grande opportunité pour suivre la santé de la mère et de l'enfant en son sein, cette prise en charge de la mère à travers le service de Consultation prénatale permet du point de vue psychologique et comportemental de rapprocher la femme et sa famille au système de santé existant [3]. Lors de ces consultations on peut soigner et prévenir certaines maladies, informer la femme sur les éventuels risques liés à la grossesse et faire certains tests nécessaires au dépistage des maladies à risque, comme le VIH, le diabète, ..., pour elle-même et pour son enfant [4]. La consultation prénatale est surtout une occasion privilégiée pour établir avec la femme enceinte son plan d'accouchement, afin de diminuer le risque de complications généralement observées lors des accouchements [5].

Selon les estimations données par l'OMS, UNICEF, UNFPA, la Banque mondiale et la division de la population de Nations Unies, le taux de mortalité maternelle dans les pays de l'Afrique subsaharienne est, en 2017, de 542 (I.C. = [498; 649]), contre 211 (I.C. = [199; 243]) dans le monde. On note cependant d'importantes disparités entre les pays, à l'intérieur d'un même pays, entre les populations à faible revenu et à revenu élevé et entre les populations rurales et urbaines [6].

À l'échelle mondiale, une femme sur 190 risquait en 2017 de mourir de complications liées à la grossesse ou l'accouchement, au cours de son existence, contre une sur 100 en 2000. Si ce risque a été divisé de près de la moitié dans le monde, c'est en Afrique subsaharienne qu'il reste le plus élevé: une femme sur 38 y meurt encore d'une cause liée à la maternité. Un chiffre qui s'explique par le niveau élevé des risques de décès par naissance et des taux de fécondité. 295 000 femmes dans le monde sont mortes des suites d'une grossesse ou d'un accouchement en 2017. C'est l'Afrique subsaharienne qui possède le taux de mortalité maternelle le plus élevé parmi les sept régions du monde, avec 534 décès pour 100 000 naissances vivantes (68 %). Elle est suivie de l'Asie du Sud (19 %), région qui a toutefois accompli le plus de progrès entre 2000 et 2017, avec un taux de mortalité maternelle qui a chuté de 395 à 163 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit une baisse de 59 %. La région Asie de l'Est et Pacifique en concentre 7 %, tandis que les 5 % restants sont répartis dans le reste du monde [7]. Parmi les complications les plus citées dans les décès maternels on note: l'hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement); les infections (habituellement après l'accouchement); l'hypertension durant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie) [8]; les complications dues à l'accouchement; l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité [1].

Les signes de danger suivants: le saignement, les convulsions / perte de connaissance, la fièvre, les pertes d'eau ou de liquide verdâtre, les violents maux de ventre, la respiration difficile ou rapide, les violents maux de tête, trouble de la vue/vision floue, le visage et/ou les mains enflées, le bébé qui bouge moins, exigent que la femme enceinte sollicite sans délai l'intervention d'un personnel qualifié de santé [9], [10]. Pour que la femme enceinte arrive à réagir correctement et rapidement à l'égard de ces risques éventuels, il lui faut une bonne connaissance de danger que ces signes présentent.

La République démocratique du Congo (RDC) est un pays caractérisé par un niveau élevé de mortalité maternelle et néonatale. L'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence demeure encore faible [11].

La RDC compte parmi les pays de l'Afrique Sub-saharienne, dont la charge de décès maternels, figure parmi les plus élevées. En 2015, la RDC a le 43^{ème} taux de mortalité le plus élevé du monde, avec 10,07 morts pour 1000 personnes et le 17^{ème} taux de mortalité maternelle le plus élevé du monde, avec 693 morts pour 100000 naissances vivantes [12]. Les progrès enregistrés dans la lutte contre la mortalité maternelle restent bien minces. D'après les statistiques sanitaires de la Banque Mondiale, le taux de mortalité maternelle dans ce pays, est passé de 760 (I.C: 578 – 992) pour 100 000 Naissances vivantes en 2000 à 473 (I.C: 341 – 693) en 2017, soit une réduction annuelle de à peu près 2,8% (I.C: 0,1- 4,7) [7], [13].

Comme dit ci-dessus, la bonne information et une sensibilisation de la population à un comportement adéquat permettraient de conduire le plus grand nombre possible de femmes à fréquenter les services de santé et particulièrement, à suivre les consultations prénatales pendant la grossesse et postnatales après accouchement. La présente étude, permet d'évaluer le niveau de connaissance des signes de risque liés à la grossesse, le niveau d'utilisation des services de consultation prénatale et de prévention contre certaines maladies liées à l'état de grossesse, dans les milieux ruraux de deux districts sanitaires échantillonnés dans l'ex-province du Katanga, en vue d'améliorer le suivi de la santé de la mère pendant sa période de grossesse.

2 OBJECTIFS

2.1 OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif poursuivi dans cette étude est d'apporter notre contribution à l'amélioration de la santé maternelle dans l'ex-province du Katanga, particulièrement dans les zones de santé rurales des districts sanitaires du Haut-Katanga et du Lualaba.

2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cette étude cherche à:

- Déterminer le taux de fréquentation des services de consultation prénatale (CPN);
- Déterminer le taux de prévention contre les maladies récurrentes pendant la grossesse;
- Déterminer le niveau de connaissance des signes de risque majeur pendant la grossesse;
- Expliquer par un modèle mathématique, l'utilisation des services de consultation prénatale

3 MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données utilisées dans cette étude ont été collectées du 16 janvier au 16 février 2014, par le Projet d'Appui à la Réhabilitation des Structures de Santé (PARSS. II/RDC). Notons que le projet PARSS avait pour but d'apporter une contribution significative aux efforts consentis par le Gouvernement de la RDC pour améliorer la situation socio-sanitaire de la population à travers l'amélioration de l'accès et l'utilisation de soins et services de santé de base [14]. Nous avons retenu les informations en rapport avec les grossesses, accouchements, soins pré et postnatals dans les districts sanitaires de Haut-Katanga et Lualaba, dans l'ex-province du Katanga. Les femmes enquêtées résident dans les zones de santé rurales. Pour l'évaluation des connaissances relatives aux dangers et signes de dangers, nous avons considéré toutes les femmes de 15 à 49 ans échantillonnées dans ces deux districts, soit un total de 1672 femmes répartie 848 dans le Haut-Katanga et 824 dans le Lualaba. Seules les femmes qui avaient accouché au cours des douze mois avant l'enquête ont été retenues pour évaluer l'utilisation des services de consultation prénatale et prévention contre les maladies pendant la grossesse, soit un échantillon de 358 femmes, 232 dans le Haut-Katanga et 126 dans le Lualaba.

3.1 TYPE D'ÉTUDE

Nous avons fait une étude transversale descriptive et analytique.

3.2 ANALYSES STATISTIQUES

La variable « suivi des consultations prénatales », est la variable principale dans cette étude, nous cherchons à l'expliquer en fonction des autres variables considérées comme exogènes. Nous avons considéré, par ailleurs que les mesures préventives pour une maternité sans risque sont intégrées dans les soins prénatals, aussi pour mettre en évidence les facteurs pouvant favoriser le choix des consultations prénatales, nous avons pris en compte les variables telles: le plus haut niveau d'étude, l'état matrimonial de la femme enceinte, la connaissance du danger que présente la grossesse, le coût de la consultation et l'âge de la femme catégorisé en trois groupes: l'âge inférieur à vingt ans, l'âge entre vingt et trente-cinq ans et l'âge supérieur a trente-cinq ans [15]. Nous considérons que les femmes ayant l'âge inférieur à 20 ans sont précoces et ont des risques plus élevés de connaître des complications de grossesse [16], [1].

Celles dont l'âge est supérieur à 35 ans sont placées parmi des cas de grossesses tardives et sont sujettes à beaucoup des complications [2].

Pour faire ressortir la liaison entre la variable principale et les autres variables exogènes, nous avons fait recours à la régression logistique. Le test de Hosmer et Lemeshow a permis d'apprécier la significativité du modèle de l'ajustement, les OR ont été présentés, de même que leurs intervalles de Confiance au seuil d'acceptation de 95%. Pour les différentes analyses statistiques, nous avons utilisé le logiciel de traitement des données statistiques SPSS.20.

4 RESULTATS

4.1 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES

Tableau 1. Profils des femmes échantillonnées

Variables	Haut-Katanga		Lualaba		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de femmes	848	50,7	824	49,3	1672	100
Niveau d'étude						
Aucun	458	54,1	478	58,0	936	56
Primaire	283	33,4	149	18,1	432	26
Secondaire	98	11,6	185	22,5	283	17
Supérieur	8	0,9	12	1,5	20	1
Etat matrimonial						
Mariée	654	77,4	611	74,2	1265	76
Union libre	32	3,8	58	7,0	90	5
Non mariée	159	18,8	155	18,8	314	19
Avaient dormi sous MILD	577	68,0	550	66,7	1127	67
Avaient accouché les 12 derniers mois	232	27,4	126	15,3	358	21,4

L'âge moyen des femmes de 15 à 49 ans ayant fait partie de l'échantillon est de 29,1 ans (I.C.95%: 28,7 – 29,5ans).

Le tableau 1 nous renseigne, en rapport au niveau d'étude, que 56% des femmes enquêtées sont sans niveau d'étude, elles représentent 49% dans le Haut-Katanga et 51% dans le Lualaba. Plus de 70% des femmes échantillonnées dans les deux districts sanitaires sont mariées. Plus de 65% d'entre elles dorment sous les moustiquaires MILD. Notons que 68,7% des femmes s'étaient accouchées dans un centre de santé public et 9,8% dans un hôpital public. Plus de 11% déclarent avoir accouché hors des structures de santé approuvées; ce comportement ne présente pas de différence significative entre les deux districts.

4.2 CONNAISSANCE SUR LE DANGER ET LES SIGNES DU DANGER PENDANT LA GROSSESSE

Tableau 2. Connaissance sur le danger et les signes du danger

Variables	Haut-Katanga		Lualaba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Grossesse un danger	197	95,2	92	88,5	289	92,9
Saignement un danger	128	61,8	93	89,2	221	71,1
Maux de tête prononcés	117	56,5	63	60,6	180	57,9
Convulsions	69	33,3	84	80,8	153	49,2
Douleurs abdominales	157	75,8	89	85,6	246	79,1
Mouvements fœtaux	118	57,0	82	78,8	200	64,3
Gonflement du visage/pieds	100	48,3	59	56,7	159	51,1
Perte de liquide vaginal	81	39,1	60	57,7	141	45,3
fièvre	95	45,9	48	46,2	143	46,0
Grossesses trop précoces	137	66,2	70	67,3	207	66,6
Grossesses trop rapprochées	130	62,8	56	53,8	186	59,8
Grossesses trop nombreuses	99	47,8	63	60,6	162	52,1
Grossesses trop tardives	108	52,2	66	63,5	174	55,9

Les questions de connaissances sur le danger que présente la grossesse et les différents signes de dangers pendant la grossesse ont été exclusivement posées aux 311 femmes ayant suivi les consultations prénatales. Les résultats obtenus dans le tableau 2 renseigne que 92,9% des femmes interrogées dans les deux districts sanitaires sont conscientes du fait que la grossesse présente un danger pour la femme. Plus de 50% des femmes interrogées ignorent que les convulsions constituent un très grand danger pour la grossesse (plus de 65% dans le Haut-Katanga). Plus de 54% ne savent pas que la perte de liquide vaginal est un danger pour la grossesse. Plus de 33% des femmes interrogées ne savent pas qu'une grossesse à moins de 20 ans présente un danger pour la femme enceinte; plus de 47% ignorent

le danger que présentent les grossesses nombreuses; Cette ignorance est encore plus prononcée quand on considère les femmes rurales du district du Haut-Katanga (plus de 52%).

4.3 SUIVI DES SOINS PRÉNATALS

Tableau 3. Soins prénatals

Variables	Haut-Katanga		Lualaba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Avoir suivi la CPN	207	88,1	104	82,5	311	86,8
Personne consultée						
Médecin	20	9,7	2	1,9	22	7,0
Infirmier	115	55,6	39	37,5	154	49,5
Accoucheuse (sage-femme)	67	32,4	63	60,6	130	41,8
Accoucheuse traditionnelle	1	0,5	0	0	1	0,3
Agent de santé communautaire	3	1,4	0	0	3	0,9
Nombre de fois la CPN						
Une fois	6	2,9	2	1,9	8	2,5
Deux fois	35	17,0	3	2,9	38	12,2
Trois fois	58	28,2	19	18,3	77	24,7
Quatre fois	54	26,2	16	16,4	70	22,5
Plus de quatre fois	40	19,4	27	25,9	67	21,5
Coût de consultation						
Moins cher	91	44,0	22	21,2	113	36,3
Acceptable	18	8,7	7	6,7	25	8,0
Relativement cher	26	12,6	21	20,2	47	15,1
Très cher	43	20,8	19	18,3	62	19,9

Pour estimer le taux de fréquentation des services CPN, nous avons considéré exclusivement les femmes ayant accouché au cours de 12 derniers mois avant le passage des enquêteurs. Un total de 358 femmes de 15 à 49 ans a été ainsi échantillonné, soit 232 pour le Haut-Katanga et 126 pour le Lualaba (voir tableau 1). Sur le total de 358 femmes, 311 avaient suivi les soins prénatals, soit 86,9%. Plus 90% avaient consulté un infirmier ou une accoucheuse. 52,7% avaient suivi au moins 4 fois les consultations prénatales pendant leurs grossesses. 50,1% estiment que le coût de consultation est soit moins cher (9,0%), soit acceptable (41,1%).

4.4 SOINS PRÉVENTIFS REÇUS PENDANT LA GROSSESSE

Tableau 4. Soins préventifs reçus

Variable	Haut-Katanga		Lualaba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Prise d'une injection contre le tétanos	163	78,7	84	80,8	247	79,4
Avoir reçu un vaccin antitétanique (VAT)	132	64,1	49	47,6	181	58,6
Avoir reçu ou acheté le fer-folate	125	60,7	46	44,2	171	55,2
Avoir pris des médicaments contre le paludisme	111	47,8	49	38,9	160	44,7
Avoir pris le SP/fansidar	71	63,4	42	87,5	48	55,0 ¹
Avoir parlé des signes de danger lors des CPN	146	70,5	62	59,6	208	66,9

¹51,8% des non-réponses

Plus de 55% des femmes observées ayant suivi les consultations prénatales déclarent n'avoir pas pris un médicament pour empêcher de contracter le paludisme. Moins de 80% de ces femmes ont reçu les soins préventifs cités dans le tableau 4. Ci-dessus. Notons que le résultat obtenu pour la prise de sulfadoxine périméthamine/fasidar ne nous semble pas fiable étant donné le nombre important des non-réponses (55%).

4.5 MODÈLE RÉGRESSIF DE L'UTILISATION DES SERVICES DE CONSULTATION PRÉNATALE

Nous avons estimé que les soins prénatals constituent un cadre idéal pour suivre la santé de la mère et prévenir tout danger susceptible d'arriver pendant le cours normal d'une grossesse. Quels sont les facteurs qui sont susceptibles d'influencer les femmes vivant dans les milieux ruraux à suivre les consultations prénatales ?

Tableau 5. Résultats obtenus à l'aide d'une régression logistique binaire.

Variables	A	E.S.	Sig	Exp (B)	I.C pour Exp (B) 95%	
Grossesse un danger	1,535	0,471	0,001	4,641	1,844	11,684
Grossesses trop rapprochées	1,052	0,405	0,009	2,863	1,295	6,331
Coût de consultation acceptable	3,203	1,052	0,002	24,606	3,131	193,410

L'analyse montre que seules les variables « connaissances du danger que présente la grossesse » $p < 0,05$ OR=4,611 [I.C.95%: 1,84 – 11,68]; « la connaissance que les grossesses trop rapprochées sont un danger » $p < 0,05$ OR=2,86 IC.95%= [1,29 – 6,33]; et « le coût de consultation de CPN acceptable » $p < 0,05$ OR=24,60 IC.95%= [3,13 – 193,4] ont une influence significative sur le choix d'utiliser les services de consultation prénatale par une femme enceinte durant sa période de grossesse. Lorsque le coût de consultation est acceptable par la population, la femme enceinte a 24,6 fois plus de chance de suivre les soins prénatals; Pour une femme enceinte, consciente du fait que la grossesse présente un danger, elle a 4,6 fois plus de chance de suivre les soins prénatals que celle qui ne le sait pas. Les femmes ayant des grossesses trop rapprochées ont 3 fois plus de chance de suivre les soins prénatals. Les autres variables: l'âge de la femme, le niveau d'étude, l'état marital n'influence pas les soins prénatals.

5 DISCUSSION

Notre recherche a choisi comme cible principale les femmes rurales de 15 à 49 ans vivants dans les districts sanitaires du Haut-Katanga et Lualaba dans l'ex-province du Katanga, soit un total de 1672 femmes. Pour besoin d'analyse, nous avons parfois considéré seulement les femmes ayant accouché au cours de 12 derniers mois avant le passage des enquêteurs, soit un total de 358 femmes. L'âge moyen de toutes les femmes ayant accouché 12 mois avant est de 27,6ans (I.C.95%: 26,8–28,3ans), cet âge moyen n'est pas très différent de 28 ans (I.C.95%: 26,4 – 29,6) obtenu par BIAKABUSWA MATONDO [17] sur un échantillon des femmes enceintes du centre Luyindu dans la ville de Kinshasa et non plus différent de celui obtenu par les recherches de XAVIER KINENKINDA et collaborateurs, de 28,83 ans auprès des femmes ayant accouché par césarienne dans les cinq formations hospitalières de référence de la ville de Lubumbashi [18].

13,9% de femmes ayant accouché au cours de 12 mois avant le passage des enquêteurs ont un âge d'au moins 35 ans et 20% d'entre elles n'avaient pas suivi les consultations prénatales lors de leur dernière naissance. 20% représente un risque de morbidité et de mortalité très élevé quand on tient compte du risque encouru. Chez la femme de plus de 35 ans, le risque de malformation chromosomique est important ($> 1/100$). L'inconvénient majeur pour cette tranche d'âge est qu'elles développent plus facilement une hypertension artérielle (HTA), un diabète, une infection urinaire, et les intoxications tabagiques ou alcooliques sont plus fréquentes, un degré de contraction spontanée réduite par rapport à une réponse normalisée de potassium ; la CPN permettrait alors d'intervenir rapidement et d'anticiper autant que possible l'occurrence de certains risque [8] [19]. En rapport avec le niveau d'instruction, nos résultats montrent que 56% des femmes enquêtées sont sans niveau. Comparé au taux d'achèvement du primaire de 53,1% chez les femmes de l'ex-province du Katanga, tel que donné par l'annuaire statistique 2015 [20], nous pensons que ce taux reflète bien la réalité des femmes rurales dans le Katanga. La conséquence majeure de cette situation est la difficulté de communication pour un changement de comportement.

Selon nos résultats 92,9% des femmes interrogées savent que la grossesse constitue un danger pour la femme enceinte, cependant elles ignorent pour la plus part les signes de risque pendant la grossesse, particulièrement les convulsions (50,8%), la perte de liquide vaginal (54,7%), la fièvre (54%) et les facteurs prédisposant aux risques tels les grossesses nombreuses (47,9%), les grossesses tardives (44,1%) et les grossesses rapprochées (40,2%). Ces résultats corroborent les recherches de Kahindu Mbeva pour qui : dans environ 4 cas sur 10, les décès sont survenus sur des grossesses soit nombreuses soit rapprochées [21].

86,9% des femmes ont suivi les consultations prénatales ; 49,5% avaient consulté un infirmier, 41,8% avaient consulté une accoucheuse. 20% des femmes avaient moins de 4 mois de grossesse au moment de la première visite prénatale. 44,5% ont suivi au moins 4 fois les CPN. Les résultats semblables ont été obtenus par EDS-RDC 2013-2014 [22], pour qui, le pourcentage

des femmes du milieu rural ayant suivi 4 fois ou plus les CPN est de 42,1%, 17% seulement avaient moins de 4 mois de grossesse au moment de la première visite prénatale, 43,2% et 17,1% avaient respectivement consulté les infirmiers et les accoucheuses. Les recherches récentes de MICS-Palu, RDC 2017-2018 [23] donne les pourcentages des femmes ayant réalisé 4 visites ou plus de CPN, 49,6% et 28,1% respectivement pour les provinces du Haut-Katanga et du Lualaba. Ces différents résultats montrent que la situation de suivi des grossesses en RDC n'a pas beaucoup changé de 2013 à 2018. Si le pourcentage des femmes ayant suivi les consultations prénatales peut sembler important, il faut cependant noter que le calendrier des consultations est totalement perturbé du fait que la première visite intervient généralement avec un très grand retard, nous avons obtenu le nombre moyen des mois de grossesse au moment de la première visite de 5,1 mois [IC.95% : 4,94 – 5,31]. Les résultats obtenus par d'autres recherches expliquent ce retard par les facteurs tels : la multiparité, l'âge de la gestante au-delà de 35 ans, la taille de ménage supérieure à 4 personnes, et la perception élevée du prix appliqué par les structures de soins [24].

Pour leurs protections, 35,7% des femmes interrogées reconnaissent avoir reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique durant la grossesse. Ce résultat n'est pas très différent de 36,3% donné par EDS-RDC 2013-2014 pour toute la province du Katanga. 33,1% des femmes disent n'avoir pas été informées des signes de complication de la grossesse lors des consultations prénatales, ce résultat est inférieur à celui donné par EDS-RDC 2013-2014 pour toute la province du Katanga soit 41%. Cette différence pourrait se justifier par le fait que nos recherches sont basées exclusivement sur les zones de santé rurales alors que EDS-RDC 2013-2014 incorpore dans son étude les zones de santé urbaine. Nous pensons que l'exposition aux médias peut justifier aussi cette différence.

Nos recherches ont aussi montré que la connaissance du danger que représente une grossesse pour une femme enceinte, les grossesses trop rapprochées et le coût des consultations sont les facteurs significatifs dans la décision d'utilisation des services de consultation prénatale en milieu rural, particulièrement dans les districts sanitaires du Haut-Katanga et du Lualaba. Parmi les facteurs retenus dans l'étude faite par E.M. MAFUTA, le milieu de résidence de la femme (milieu rural) et la perception élevée des prix appliqués dans les structures de santé sont à la base du retard dans le suivi des consultations prénatales [24]. Les mêmes facteurs sont également évoqués dans une étude réalisée au Cameroun dans le district de santé de Maroua II [25]

6 CONCLUSION

Lorsque qu'une femme est suivie régulièrement dès le début de sa grossesse, à son accouchement et peu après son accouchement, il y a lieu d'améliorer l'identification des situations pouvant engendrer des complications maternelles, obstétricales et fœtales. Ceci permet de réduire l'incidence de la mortalité maternelle et néonatale. La fréquentation des services de CPN demeure encore un problème dans les milieux ruraux de notre pays la RDC. Notre étude nous a permis d'identifier quelques principaux facteurs qui déterminent le choix d'utilisation des services de CPN. La connaissance de ces facteurs permettra aux décideurs de promouvoir des stratégies ciblées, en vue d'influencer les comportements et les attitudes de la population en générale et des femmes enceintes en particulier. L'éducation sanitaire avec l'aide des relais communautaires, demeure la première stratégie et la plus importante dans le cas de nos villages où l'exposition aux médias est sensiblement réduit, l'implication du gouvernement ou de la communauté dans le paiement des frais relatifs aux consultations prénatales, pourrait inciter la population à utiliser les services de santé existant. Il est aussi important de recycler et motiver les prestataires se trouvant dans les milieux ruraux, à ce propos un accent particulier serait accordé aux sages-femmes du Lualaba qui reçoivent en consultations plus de 60% des femmes enceintes. Nous recommandons également d'encourager la politique de la promotion des mutuelles et celle des activités ayant trait au genre, car cela permettra d'accroître l'accès à l'information et l'utilisation des services de santé.

REFERENCES

- [1] Say L, Chou D, Gemmil A., Moller AB., et al. «Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis», *Lancet Global Health*. 2014; 2 (6).
- [2] UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, PNUD, ONUSIDA, PAM, BANQUE MONDIALE: *Savoir pour sauver*, 4e édition, 2010, disponible en ligne sur www.factsforlifeglobal.org
- [3] OMS. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. 2017; disponible en ligne sur <http://www.who.int/iris/bitstream/>.
- [4] Kalam Kamb, Munda Kalenge, Profil des soins prénatals dans le district sanitaire de l'Équateur en République Démocratique du Congo, *International Journal of Innovation and Applied Studies*, Vol. 27 No. 1 Aug. 2019, pp. 106-112 disponible en ligne sur <http://www.ijias.issr-journals.org/>.
- [5] Sophie Alexander, Anne-Françoise Bouvy, Frederic Debieve, Pierre Delvoe, Christine Kirkpatrick, Véronique Masson: *Guide de consultation prénatale*, Une collaboration de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et du Groupement des gynécologues de Langue Française de Belgique, édition De Boeck, disponible sur www.deboeck.com
- [6] OMS, *Mortalité maternelle*, 19 septembre 2019.
- [7] Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: *World Health Organization*; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- [8] J.Lansac. Obstétrique pour le praticien: Examen obstétrical et surveillance de la grossesse, *Elsevier Masson SAS*. 2013.
- [9] www.urc-chs.com/sites/files/beninnewborncards5_7.
- [10] P.A. Pradervand, F.Feihl, B.Waeber, Y.Vial, Hypertension et grossesse. *Revue Médicale Suisse*. 2009; 5: 1758-62.
- [11] Ministère de la Santé Publique/RDC, Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014.
- [12] Planification familiale en RDC 2015. En ligne sur planificationfamiliale-rdc.vet/fiche-pays.php
- [13] World Bank, 2019 en ligne sur: [blogs.worldbank.org>opendata](http://blogs.worldbank.org/pendata).
- [14] Banque Mondiale, Projet de réhabilitation du secteur de la santé « PARSS», protocole d'enquête finale PARSS II, Décembre 2013.
- [15] Ministère de la santé publique/PARSS-RDC, l'enquête des formations sanitaires et des ménages, rapport final 2014.
- [16] Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in latin America: cross-sectional study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 192: 342-349.
- [17] A. Biakabuswa Matondo, Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le centre hospitalier Luyindu à Kinshasa, mémoire de maîtrise, *Université de Lorraine*, 2016.
- [18] Xavier Kinenkinda, Olivier Mukulu, Faustin Chenge et al. Césarienne à Lubumbashi, République Démocratique du Congo: facteurs de risque de mortalité maternelle et périnatale. *Pan African Medical Journal*. 2017 <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/26/208/full>.
- [19] Belaish-Allart J. Grossesse et accouchement après 40 ans. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris). Gynécologie- Obstétrique, 5-016-B-10. 2000.
- [20] Ministère du plan. INS/RDC: *Annuaire statistique 2015*, Kinshasa 2017.
- [21] J-B. Kahindu Mbeva, H. Karemere, P. Mitangala Ndeba et al., facteurs explicatifs des décès maternels en milieu hospitalier: une étude au niveau de six zones de santé dans l'Est de la RDC, *IJIAS*, vol.23 no4, jul.2018, pp.559-568.
- [22] Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, Maryland, USA: MPSMRM, MSP et ICF International.
- [23] INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
- [24] E. Mafuta Musalu, P.K Kayembe, Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Équateur et du Katanga en République Démocratique du Congo, *Ann. Afr. Med.*, Vol. 4, N° 4, Sept. 2011.
- [25] Hourri BOUKAR, Facteurs associés à la non fréquentation des services de consultations prénatales à l'Extrême nord cas du district de santé de maroua II, *Journal of medicine and health sciences*, 2018.