



LANGUAGE; FRENCH

IMPACTS DES CONSULTATIONS PRENATALES SUR LA SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT ET SUR LA STABILITE FAMILIALE A KADUTU

Bagalwa Bulonza Francine

Received; 3/01/2022

Accepted; 26/01/2022

Online Published; 17/02/2022

ARTICLE INFO

En guise d'introduction

Mots clés:

Consultations prénatale

Stabilité familiale

Santé de la reproduction

Grossesse et accouchement

La vie humaine est sacrée. Plusieurs techniques et stratégies ont été initiées pour atténuer ou éradiquer la mortalité infantile au Monde, en Afrique, en République Démocratique du Congo, en général et dans la province du Sud-Kivu, en particulier. Parmi les mesures prises et qui se sont avérées indispensables à la santé de la mère, des enfants et au déséquilibre familial, il y a les consultations prénatales pour leurs indications sur l'état de la mère gestante et de l'enfant tant attendu par la communauté pour sa perpétuité. Néanmoins, malgré les performances fort remarquées des consultations prénatales, il existe encore des entraves et des survivances culturelles qui entraînent les mères gestantes à ne pas fréquenter à temps ou pas du tout les consultations prénatales. Ainsi, avons-nous proposé l'installation des Centres des concertations et de formations familiales pour parer à toute forme d'impénétrabilité et d'impraticabilité des consultations familiales au sein de familles du Sud-Kivu.

Introduction

La santé est une matière qui concerne tout être vivant. Depuis ses origines, l'humanité milite et lutte de façon permanente pour la santé des populations. Dans les sociétés traditionnelles, il existait des guérisseurs qui, sur base de plantes, soignaient certaines maladies, non pas parce qu'ils en avaient l'expérience, la qualité et la compétence, mais tout simplement parce qu'ils se souciaient de la santé des populations. Dans cette dynamique thérapeutique fondée sur des essais et des erreurs, beaucoup de patients mourraient atrocement, soit par surdosage, soit par incompatibilité des produits en rapport avec la maladie. Le taux de mortalité était donc très élevé.

Chez les femmes enceintes, la situation était encore plus déplorable, car la femme enceinte était soumise à beaucoup de supplices : ignorance totale en rapport avec la conception, l'évolution de la grossesse, les maladies durant la grossesse, les complications de l'accouchement, etc.

Pire encore durant sa grossesse, il lui était imposé de travailler durement : travaux des champs, longues distances à parcourir, travaux de puisage et toutes les activités domestiques, relations sexuelles, ... On se souviendra de cette qualification que Ngoma Binda attribue aux femmes africaines : « les femmes aux mille bras » (Binda, 1999)). Beaucoup de femmes mourraient pendant la grossesse et surtout au moment de l'accouchement à domicile sous l'assistance des sages-femmes sans aucune notion en la matière. Il en était de même des bébés naissants.

A l'heure, actuelle, avec les efforts de l'OMS en République Démocratique du Congo en général et à Bukavu en particulier, les maternités ont été créées au sein des hôpitaux et centres de santé. Il fallait ainsi interdire tout accouchement à domicile et sensibiliser toutes les femmes enceintes à participer activement aux consultations prénatales dès le quatrième mois de la grossesse. L'engouement n'a pas été important tout au début suite à

certaines résistances culturelles liés aux us et coutumes de différentes tribus. Aujourd'hui, on semble avoir ces barricades culturelles. Seules de contraintes liées à l'absence d'une structure sanitaire proche et la distraction de la femme enceinte peuvent encore entrainer un accouchement à domicile.

Cet article voudrait analyser les impacts socioéconomiques qui ont résulté de la fréquentation des consultations prénatales par les femmes enceintes au sein de la zone de santé de Kadutu. Il sera question de décrire sommairement les avancées réalisées face à. Cependant l'analyse sera fondée sur deux questions. Pourquoi certaines femmes, malgré les avancées fort visibles de la science dans le domaine de la santé hésitent-elles à aller ou ne vont pas du tout en consultations prénatales ? Comment évaluer les effets de consultations prénatales sur les communautés ? Quel mécanisme mettre en place pour décourager définitivement les

accouchements dont les grossesses n'ont pas été suivies et ceux à domicile ?

On peut penser, de prime à bord que certaines survivances culturelles et d'autres croyances religieuses et métaphysiques constitueraient des handicaps aux consultations prénatales (CPN) pour certaines femmes. En outre, on pourrait évaluer les résultats des consultations prénatales en se fondant sur l'évolution démographique. Enfin, la mise en place des centres d'éducation sanitaires et économiques au sein de chaque avenue aiderait certaines femmes à éviter des conceptions rétrogrades.

Sur le plan méthodologique, nous sommes principalement servi des observations, des interviewees, focus groups... Notre échantillon repose sur sept centres de santé enquêtés sur les treize composant la zone de santé de Kadutu, 384 femmes gestantes interviewées, 7 infirmiers titulaires, 15 accoucheuses formées et 25 pères de familles et des relais

communautaires. Le tableau ci-dessous en fait illustration.

Tableau n°1. *Echantillon dans 7 aires de santé composant la zone de santé de Kadutu*

Source : nous-même

N°	Catégories	Effectif
1	Femmes enceintes	384
2	Relais communautaires	35
3	Pères des familles	21
4	Accoucheuses	14
5	Infirmiers titulaires	07
Total		461

Commentaire

Les femmes enceintes constituent les témoins privilégiés de cette étude car elles demeurent les personnes cibles. Elles ont été plus concernées par l'enquête compte tenu de leur importance dans la reproduction et l'éducation des enfants. Quant aux relais communautaires, ils sensibilisent la communauté pour participer aux séances des consultations prénatales, la vaccination des enfants et

d'autres aspects liés à la santé au sein de la communauté. Les pères des familles ont été pris compte en tant que responsables des familles. Leur rôle est important dans le comportement de leurs épouses. S'agissant des infirmiers et des accoucheuses, ils ont été enquêtés du fait qu'ils mènent la gestion de la santé au quotidien.

Trois niveaux caractérisent l'échelonnement de cette étude, notamment la description et explication des faits, la discussion des résultats et une proposition thérapeutique.

1. Description et explication des faits

En République Démocratique du Congo en général et dans la ville de Bukavu en particulier, la mortalité maternelle et infantile est encore au rendez-vous compte de plus aspects :

1°. Les survivances culturelles et croyances religieuses

Les aspects culturels disposent d'une force sur le comportement des femmes enceintes. En effet, l'estime Masson, « la culture chez les bashi comme

chez tout autre peuple façonne l'individu qui en est régi (Masson, 1974). Ce qui justifie à la fois l'imperméabilité aux conseils prodigués par les agents sanitaires et les relais communautaires et ensuite le retard dans la fréquentation des services des consultations prénatales.

Certaines prédictions religieuses semblent avoir de l'emprise sur les comportements des femmes enceintes en croyant que Seul Dieu peut les conduire à l'accouchement. Dans l'un de ses écrits, Pierre Bakenga relate ce qui suit à Bukavu : « au-delà de leurs performances sociales, les églises, dans un pays où l'Etat s'occupe très peu de la misère de ses populations, au lieu d'inciter leurs fidèles à plus de responsabilité et d'autopromotion, les entraînent dans un mythisme dogmatique à utiliser la prière comme une arme et pire encore, une arme contre tout : contre le diable, l'ignorance, la maladie, la faim, et comme un atout qui procure tout à celui qui prie » (Shafali, 2017). Pourtant, le service prénatal permet de dépister certains

risques majeurs pour lesquels les actions sont possibles, de prévenir ou dépister et de prendre en charge certaines affections susceptibles de menacer la santé de la mère et de l'enfant, et de conseiller, soutenir et informer les femmes enceintes et leurs familles. Tout semble reposer sur la religion et la culture.

Faut-il, à l'heure actuelle, que les familles, dans leur détermination, fondent leur raisonnement et leurs actions sur la culture et les dogmes ? Ou faut-il, comme l'estiment les *Cosmopolites-scientistes-modernisants* adopter cette pensée ? « Fouiller dans les décombres du passé pour y trouver une civilisation africaine est une perte de temps devant l'urgence des problèmes de l'heure, une attitude, pour le moins, périmée » (Diop, 1979).

A notre avis, il y a dans la culture et des dans la religion, des aspects constructifs de l'individu dont on doit s'inspirer. Ce sont des modèles de vie et d'actions. Mais, il y a aussi, avouons-le, des éléments rétrogrades qu'il faut

transcender à tout prix. Gérer l'accouchement avec légèreté en professant qu'elle dépendant des aspects culturels ou des êtres surnaturels, est pour nous une aberration. Toute femme enceinte doit se dépasser quant à ce, et pratiquer les services de consultation prénatale dès qu'elle se reconnaît enceinte.

En outre la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA estiment que « les consultations prénatales sont reconnues comme étant l'un des trois principaux piliers de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile ; les deux autres piliers étant la planification domestique, et les soins obstétricaux essentiels dont l'accouchement dans les conditions optimales d'hygiène et de sécurité. L'importance des soins prénataux est apparue avec la reconnaissance des facteurs de risque liés à la grossesse tels que l'anémie et la pré éclampsie » (Adjamagbo, 2013).

Il paraît donc une nécessité d'améliorer la santé maternelle en Afrique

subsaharienne est une urgence, car non seulement, les femmes sont des piliers économiques essentiels et leur santé joue un rôle très important dans le développement économique durable de cette région du monde. Pour le cas de la République Démocratique du Congo, pays d'Afrique subsaharienne, écrit Nanfosso, « est l'un de ceux dont le ratio de mortalité maternelle (RMM) est très élevé, se situant à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes. En 2014, le taux de fréquentation à la CPN en République Démocratique du Congo, était de 88,4%. Il était supérieur à la moyenne africaine qui se situait à 77 %. En dépit de tous ces efforts consentis, la République Démocratique du Congo n'a pas atteint son objectif en matière de réduction de la mortalité maternelle en 2015 dont les prévisions fixaient le taux à 322 décès pour 100 000 naissances vivantes » (Kasiwa, 2015). Par contre dans la province du Sud-Kivu, poursuit cet auteur, « la proportion des femmes enceintes vues en CPN1 reste en deçà du

niveau atteint au plan international. En effet, il était de 77,5% en 2014. En 2015, pour une proportion de 85% de femmes enceintes ayant fait la CPN, seules 83,8% ont été vues à la première CPN » (Kassiwa, 2015).

2°. Des aspects métaphysiques

Dans nos sociétés congolaises, il y a des croyances souvent inexplicables qui, malheureusement, hantent les femmes enceintes. Ce sont des croyances liées à la sorcellerie à travers lesquelles l'individu est dénué de sa force de réfléchir efficacement car exposé de façon permanente à la peur de mourir ou d'être mangé par un quidam. C'est ce qu'écrit Georges Balandier : « l'enquête sommaire que nous avons conduite, nous a révélé qu'il existe chez les Bakongo, des personnes accusées d'avoir la capacité de manger l'âme de leurs semblables » (Balandier, 1955).

Ainsi, certaines femmes enceintes hantées par ces conceptions rétrogrades, refusent de se déplacer de chez-elles pour

ne pas être vues par certaines personnes qualifiées de sorciers et qui pourraient leur faire du mal : faire disparaître leur grossesse, provoquer leur avortement ou tout simplement mourir. Sous cette peur permanente, certaines femmes enceintes ne vont pas aux CPN et se contentent d'ingurgiter des médicaments traditionnels sous formes des boissons obtenues sur base des feuilles des plantes pilées et imbibées dans l'eau froide ou chaude. Ce sont ces pratiques encouragées par les féticheurs et guérisseurs de villages.

3°. Non estime de soi

La pauvreté n'a jamais un atout pour personne. Dans nos milieux ruraux, les filles grandissent et éblouissent les hommes. La jeune fille n'échappe pas aux regards des hommes, ils la regardent, l'envient et lui sollicitent, pour ceux qui en ont le courage, des relations intimes passagères, immédiates ou durables. Chaque jeune fille est fière d'une telle considération, elle est ravie de ces diverses sollicitations à son passage par les

hommes. Elle s'en vante, elle est fière de sortir tout le temps, non pas pour un besoin quelconque mais pour se faire voir, se faire draguer par les hommes, elle en parle avec succès presque de la même manière qu'un conquérant se vante de ses victoires. Elle change de styles d'habillement, son corps, par divers rondelettes corporelles, attire.

Enfin, elle se marie. Devenue mère, cette ossature qui attirait devient déplaisante tout dépendant bien sûr de la situation économique dans laquelle elle vit. Mariées très souvent à des jeunes sans emploi, les jeunes se livrent à de travaux des champs à la maternité. Alors, le mode de vie change : amaigrissement, teint fané, fatiguée par divers travaux, habillement indécent (délavé et monotone), la jeune femme n'est plus l'ombre d'elle-même. Aucun regard ne se retarde plus sur elle, même pas celui de son mari. Elle se réprime sur elle et perd tout fierté d'elle. Elle se fondre socialement. Elle refuse d'aller à des endroits bondés du monde de peur de se sentir diminuée. De telles

femmes, du fait qu'elles ne satisfont plus à aucun de leurs besoins, n'ont pas envie d'aller aux CPN de peur d'être l'objet de comméragement d'autres femmes bien vêtues et qui ont bonne mine. On se rappellera ainsi de la classification des besoins selon Abraham Maslow : « les besoins physiologiques ou besoins fondamentaux (manger, boire, se vêtir...) ; les besoins de sécurité ou de protection physique (abri, emploi) ; les besoins sociaux ou d'appartenance (être aimé, accepté ou compris, donner, recevoir...) ; les besoins d'estime de soi (être utile, valorisé, respecté...) ; et les besoins de réalisation de soi et d'accomplissement (créativité...) (Aïm, 2014 - 2015)

Au vu de cette classification des besoins de Maslow, une femme fort appauvrie ne peut pas fréquenter les CPN, car elles déroulent au sein d'une structure sanitaire (hôpital ou centre de santé) à une seule date au cours du mois et d'autant plus que l'hôpital ou le centre de santé est fréquenté par de nombreuses jeunes

femmes et qui ne s'empêchent pas de jacasser au sujet du revers de la médaille d'une autre qui n'a pas fait bon ménage.

4°. Distanciation physique et les impondérables climatiques

La distance entre domicile et les raisons climatiques ne permettent aussi aux femmes enceintes de se rendre aux CPN. Même si la grossesse n'est pas une maladie, mais parfois elle déséquilibre la gestante surtout dans les pays où la femme doit parcourir de longues distances par montées et descentes raides sous le soleil ou la pluie. Voici à titre illustratif, la distance entre Centre de santé (CS) et le bureau de la zone de santé (ZS) dans le territoire de Fizi au Sud Kivu en République Démocratique du Congo.

Tableau n° 2. Aperçu sur les distances entre les CS et le bureau de la ZS de Fizi (Bakenga, 2017)

Structure de référence	CS ou poste de santé (PS)	Effectifs démographiques	Distance en km
KILEMBWE	CS Lubitcha	6 995	145
	CS Lubondja	5 446	148
	PS Kipimo	15 812	183
	CS Butale	5 619	136
	PS Ndolo	7 973	215
	CS Misisi	19 218	132
	CS Luemba	6 790	111
	PS Kanani	6 790	171
	CS Ngalula	10 215	175
	PS Mbilikila	5 351	152

Source : Aperçu extrait du Rapport annuel 2015 du Bureau d'Informations sanitaires, Surveillance épidémiologique, Recherche et Communication / Division provinciale de la santé/ Sud - Kivu

Par cette illustration, on peut comprendre qu'il est dit difficile, en cas de besoin de s'engager à parcourir une telle distance à pied ou à moto sous le soleil ou sous la pluie en d'un transfert dans une zone sans route et où seule la moto et la marche à pied sont les seuls moyens de transport. La République Démocratique du Congo avec sa vaste superficie de 2 345 000 Km² est subdivisée en 145 territoires dont certains sont plus étendus que

certains Etats du monde. Voici, à titre illustratif, les superficies de territoires composant la province du Sud-Kivu.

Tableau n° 3. Subdivisions territoriales de la province du Sud-Kivu

N°	Dénomination du Territoire	Superficie en Km ²
1.	Shabunda	25. 216
2.	Fizi	15. 501
	Mwenga	11. 172
4.	Kalehe	5. 789
5.	Uvira	3.146
6.	Kabare	1.960
7.	Walungu	1.800
8.	L'île d'Idjwi	310

Source : Cellule d'analyse des indicateurs du développement, CAID / RDC, 2017.

En considérant toutes ces vastes étendues, le délabrement ou l'inexistence de routes, le mauvais relief, les conditions climatiques parfois atroces et la pauvreté, on constate que les femmes congolaises ont beaucoup souffert. Faut-il pour autant leur permettre des pratiques presque suicidaires ? Non. Il faut transcender la peur et aller de l'avant.

5°. La confiance en soi et la négligence des agents de santé

Certaines multipares n'ayant pas fréquenté les CPN jusqu'à une troisième grossesse estiment peu nécessaire de fréquenter les CPN, elles accouchent même à domicile prétextant les accouchements à domicile ont moins de risque que les accouchements au sein de CS et PS. D'un côté, il y a une naïveté à outrance pour ces femmes, d'un autre côté, il y a la négligence de certains animateurs de santé et accoucheuses qui prestent avec légèreté en appliquant le principe de Lampedusa qui disait « *qu'il faut faire croire que tout change pour que tout puisse rester la même chose* » (Rist, 2013). En effet, certaines mortalités maternelles et infantiles ou des morts fœtales connues dans certains centres frustrant beaucoup femmes à aller à la maternité.

D'autre part, l'immoralité de beaucoup d'infirmiers repoussent les jeunes femmes à fréquenter les CPN suite aux multiples avances leur faites par le personnel soignant masculin. A Kadutu, où cette étude a été menée, dix jeunes femmes

nous ont rapporté avoir été soit harcelées sexuellement, soit violées par des infirmiers lors de CPN, lors de soins ambulatoires ou des soins en observation entre 2018 et 2021. Il s'agit là des antivaleurs. Il est peu convenable que le milieu du travail se transforme en un champ d'ébats sexuels et des délires d'amoureux. La société va-t-elle à la dérive. Kilani se pose la question suivante : « la société existe-t-elle encore » ? (Kilani, 2012). En effet, la société, à travers ses dimensions formelles, notamment l'activité, la relation, la conscience collective et les normes et valeurs, se trouve en déphasage, de telle sorte qu'il est une interpellation pour tous de s'engager sur les voies de refonder une société normale ou prime le respect des règles et normes sociales, et ce dans la vision de la sauvegarde de notre identité. Celle-ci, selon Kaufmann, « n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers

processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (Kaufmann, 2004). C'est à l'issue de ce parcours descriptif et explicatif du phénomène que nous présentons les résultats issus de notre univers.

2. Présentation et discussion des résultats

A. Présentation des résultats

Tableau n° 3. Caractéristiques obstétricales et reproductives des gestantes à Kadutu, mai 2019

Variables	n=384	%
Parité		
Nullipare	43	11,2
Primipare	37	9,6
Paucipare	61	15,9
Multipare	243	63,3
Antécédent d'avortement		
Oui	93	24,2
Non	291	75,8
Antécédent de mort fœtale in utero		
Oui	19	4,9
Non	365	95,1
Antécédent d'accouchement à domicile		
Oui	34	8,9
Non	350	91,1
Grossesse actuelle est planifiée		
Oui	95	24,7
Non	289	75,3
Antécédent d'hémorragie de la délivrance		
Oui	25	6,5
Non	359	93,5
Antécédent d'un syndrome vasculo-rénal		
Oui	33	8,6
Non	351	91,4
Déroulement de l'accouchement antérieur		
Bien	318	82,8
Mauvais	66	17,2
Avoir été aux CPN pour la grossesse passée		
Oui	302	78,6
Non	82	21,4

Source : Données de terrain : janvier 2019 – avril 2021

Commentaire

Plus de la moitié des gestantes étaient des multipares et ont été aux CPN pour les grossesses antérieures. Certaines gestantes ont signalé avoir déjà fait un avortement, une mort fœtale in utéro, un accouchement à domicile, de l'hémorragie de la délivrance et d'un syndrome hypertensif. La grossesse actuelle n'était ni planifiée ni désirée pour la plupart. L'accouchement antérieur s'était bien passé dans la majorité des cas.

2.1. Connaissances des gestantes sur les CPN

Tableau n° 4. Connaissances des gestantes sur les CPN à Kadutu, mai 2019.

Variables	n=384	%
Avoir été conseillée avant de commencer la CPN		
Oui	157	40,9
Non	227	59,1
Sources d'information sur la CPN		
Personnel de santé	71	18,5
Relais communautaires	54	14,1
Proches	183	47,7
Amies	76	19,8
Moment de commencer la CPN en mois		
4 mois	61	15,9
5 mois	110	28,6
6 mois	185	48,2
7mois	28	7,3
C'est important de commencer tôt les CPN		
Oui	245	63,8
Non	139	36,2
Avantages de commencer tôt les CPN		
Confirmation de la grossesse	92	24,0
Détection des facteurs de risque	45	11,7
Réception des soins préventifs	178	46,4
Réception d'une IEC focalisée	16	4,2
Traitement des pathologies dépistées	53	13,8
Nombre de CPN à faire en temps normal		
2	80	20,8
3	191	49,7
4	71	18,5
Ne sait pas	42	10,9
Nombre de CPN à faire en cas de problème		
3	46	12,0
4	84	21,9
5	153	39,8
6	85	22,1
7	16	4,2

Plus de la moitié des gestantes ont reçu des conseils sur les CPN à travers leurs proches principalement. Seul un quart des gestantes connaissaient quand commencer les CPN bien que la plupart reconnaissaient l'importance de les commencer tôt. Le fait de bénéficier de soins préventifs et la confirmation de la grossesse étaient les avantages les plus connus des CPN. La majorité des gestantes croyait qu'il faut faire trois CPN en l'absence de problèmes de santé pendant qu'en cas de problèmes, cette majorité a parlé de cinq CPN.

2.2. Paramètres d'utilisation des CPN par les gestantes.

Tableau 4. Paramètres d'utilisation des CPN par les gestantes à Kadutu

Variabes	n=384	%
Age gestationnel au début des CPN (en mois)		
3 mois	37	9,6
4 mois	53	13,8
5 mois	45	11,7
6 mois	155	28,6
7 mois	103	26,8
8 mois	27	7,0
9 mois	9	2,3
Nombre des visites déjà réalisées		
1	103	26,8
2	197	51,3
3	52	13,5
4	23	7,6
5	3	0,8
Pense que la grossesse doit être cachée avant		
Oui	87	22,7
Non	297	77,3
Raisons de cacher la grossesse (n=87)		
Peur de la sorcellerie	31	35,6
Avoir honte	48	55,2
En cas d'une grossesse non désirée	8	9,2

L'âge gestationnel moyen était de $5,6 \pm 1,2$ mois avec des extrêmes allant de 3 à 8 mois.

La plupart des gestantes ont commencé avec retard les consultations prénatales pour diverses raisons notamment l'ignorance par rapport au moment de commencer la CPN, le travail, la fatigue liée à son état gravide et le manque d'argent. La majorité avait déjà réalisé deux CPN

2.4. Facteurs sociodémographiques maternels associés à un début tardif des CPN.

Tableau 5. Facteurs sociodémographiques maternels associés à un début tardif des CPN à Kadutu

Variables	n=384	% CPN 1 tardive	Ond ratio brut (IC à 95%)	P	Ond ratio ajusté (IC à 95%)
Age					
≤ 24 ans	103	75,7	0,9 (0,5-1,5)	0,815	
≥ 25 ans	281	76,9	1		
Statut matrimonial					
Non mariée	34	76,5	1,0 (0,4-2,2)	0,989	
Mariée	350	76,6	1		
Niveau d'étude de la gestante					
≤ Primaire	89	85,4	2,0 (1,1-3,9)	0,024	1,1 (0,5-2,)
≥ Secondaire	295	73,9	1		
Profession de la gestante					
Ménagère	270	81,4	2,3 (1,4-3,8)	0,0000	2,1 (1,3-3,)
Autres	114	64,9	1		
Niveau d'étude du mari					
Illettré	64	88,9	7,5 (2,8-11,1)	0,000	5,1 (2,6-9,)
Lettré	286	72,5	1		
Grossesse actuelle planifiée					
Non	289	79,9	2,0 (1,2-3,3)	0,006	2,1 (1,2-3,)
Oui	95	66,3	1		

Les principaux facteurs sociodémographiques associés à un début tardif des consultations prénatales dans la Zone de Santé de Kadutu étaient le faible niveau d'études du mari, le faible niveau d'études de la femme, le fait que la femme travaille et le fait que la grossesse n'a pas été planifiée ($p < 0,05$). Parmi ces facteurs, seul le niveau d'études de la femme n'a plus été retenu dans le modèle de la régression logistique.

2.5. Facteurs socioculturels et organisationnels de service associés à un début tardif de CPN.

Tableau n° 6. Facteurs socioculturels et organisationnels de service associés à un début tardif de CPN

Facteurs associés	n=384	% CPN1 tardive	Or brut (IC à 95%)	p	Or ajusté (IC à 95%)
Attitude du prestataire					
Défavorable	201	83,1	2,1 (1,3-3,5)	0,0015	1,9 (1,1-3,5)
Favorable	183	69,4	1		
Temps d'attente					
Long	148	82,4	1,7 (1,1-2,9)	0,0315	1,2 (0,6-2,1)
Abordable	236	72,9	1		
Coût de soins prénatals					
Chers	213	81,7	1,8 (1,2-3,0)	0,0081	1,1 (0,5-2,1)
Abordables	171	70,2	1		
Satisfaite de soins antérieurs					
Non	201	83,1	2,1 (1,3-3,5)	0,0015	1,4 (0,3-2,1)
Oui	183	69,4	1		
Pas de confiance envers prestataires					
Non	259	85,8	8,0 (4,6-13,9)	<0,0001	4,8 (2,4-9,1)
Oui	125	42,7	1		
Informée du début de CPN					
Non	323	83,6	7,8 (4,3-14,1)	<0,0001	4,2 (2,1-8,1)
Oui	61	39,3	1		
Connait l'intérêt de CPN1					
Non	139	88,5	3,3 (1,8-5,9)	<0,0001	2,8 (1,4-5,1)
Oui	245	69,8	1		

Les facteurs socioculturels et organisationnels associés au retard dans le début des consultations prénatales dans la Zone de Santé de Kadutu étaient l'attitude défavorable des prestataires, le manque de confiance envers les prestataires ; la non satisfaction des soins antérieurement reçus ; le coût des soins prénatals jugés chers ; le temps d'attente jugé long ; le manque d'information sur le début des consultations prénatales et sur

l'importance de commencer tôt les visites prénatales ($p < 0,05$). Le modèle de régression logistique a éliminé parmi ces facteurs le temps d'attente, la non satisfaction des soins antérieurs et le coût des soins prénataux jugés cher.

B. Discussion des résultats

A ce niveau, nous comparons nos résultats avec ceux trouvés par d'autres chercheurs ayant travaillé sur cette thématique précédemment.

Caractéristiques sociodémographiques des gestantes.

Les résultats du tableau n°3 montrent que l'âge moyen des gestantes était de $27,6 \pm 6,3$ ans avec des extrêmes allant de 15-40 ans. Selon la littérature, l'âge de la femme à la grossesse est aussi un déterminant de l'utilisation des services de soins prénataux, mais il est généralement confondu avec d'autres caractéristiques individuelles, dont l'effet de la parité. En effet, les femmes qui ont beaucoup d'enfants ont tendance à ne pas recourir aux services de santé durant la

grossesse parce qu'elles se perçoivent plus expérimentées et plus confiantes que celles qui sont à leur première grossesse.

Les femmes mariées étaient largement dominantes avec un niveau d'étude secondaire et étaient des chrétiennes catholiques. L'ethnie des bashi était principalement dominante. Les femmes au foyer étaient les plus rencontrées. Les conjoints des femmes mariées avaient fait plus de niveau d'études secondaires et étaient plus occupés dans le secteur privé. Nous trouvons à ce niveau que les femmes qui ont étudié, compte tenu de cette moyenne d'âge, sont véritablement jeunes. Or, en étant jeune, on suppose que la physiologie de l'organisme est encore apte à exercer les activités les plus sensibles de la vie dont celles de santé. Car, la souplesse se manifeste beaucoup plus chez les jeunes que chez les vieillards. L'éducation de la femme et du mari, la parité atteinte, le lieu de résidence, l'intervalle des naissances, la taille de la famille, l'âge de la femme à la grossesse, le statut matrimonial, la religion et l'ethnie sont identifiés dans différentes études

comme étant associés à l'utilisation des soins prénataux.

Aussi, nous trouvons que cet âge est l'âge dans lequel dans des entités urbaines, les femmes trouvent le goût de vivre la vie conjugale supposant avoir déjà une certaine maturité.

De plus, le lieu d'habitation est un facteur important pour déterminer l'accès aux soins. À cet égard, Ride et ses collaborateurs estiment que « les personnes qui vivent dans les zones rurales utilisent peu les services de santé » (Ride, 2012).

Enfin, les populations rurales sont plus pauvres que celles urbaines et l'offre des services de soins est plus diversifiée en zone urbaine qu'en zone rurale. Dans une autre étude effectuée au Soudan, les chercheurs ont trouvé que « les femmes qui n'utilisent pas les soins prénataux sont celles qui ont moins d'éducation et qui vivent dans les zones rurales. Cependant, cette étude n'a pas trouvé de relation significative entre le lieu de résidence et l'utilisation inadéquate des soins prénataux » (Ali A.A, 2010).

Contrairement aux entités rurales où l'on trouve bon nombre de mariages précoces, les filles avec moins de 18 ans se marient, selon elles pour l'unique cause ne pas être abandonnée par son conjoint dans des jours à venir. Quant à l'ethnie et la religion, c'est normal que ça soit les bashi qui dominent cette liste des femmes, l'étude étant menée dans la ville de Bukavu, habitée en grande partie par les bashi largement de confession chrétienne.

La profession quant à elle, montre que ces femmes ne faisaient que passer leurs journées en s'occupant de travaux dans les ménages. Le chômage demeure un sérieux problème tant au niveau national que local. Trouver un emploi rémunéré dans ce contexte s'avère une exception et en manquer constitue une règle générale. Cette situation s'affiche non seulement dans la ville de Bukavu mais aussi sur tout le territoire congolais, raison pour laquelle, les conjoints de ces femmes enquêtées œuvrent dans le secteur informel. En effet, si elles croisent les bras, elles mourront impitoyablement de faim, d'où cet

esprit de créativité et débrouillardise. Bernardin T., démontre que « le pouvoir économique du chef de famille ou du ménage a une influence significative sur le recours aux soins modernes, notamment la consultation prénatale. Les ménages qui ont un niveau économique élevé ou moyen utilisent plus les soins et services de la médecine moderne plus que les ménages pauvres » (T, 2005).

Nos résultats corroborent ceux de Ben Selem qui justifie le retard sur les CPN par trois éléments : « l'âge, le nombre d'accouchements et l'illettrisme. L'influence de l'âge est différente selon la situation considérée. Avant 18 ans, les femmes ont en général plus de grossesses hors mariage, condamnées par la société. Après 34 ans, il se pose le problème de rivalité entre coépouses et la honte pour une femme de continuer sa vie reproductive. Le nombre d'accouchements intervient par le biais du sentiment de culpabilité de la femme envers le système de santé qui prône la planification familiale. L'illettrisme intervient par le biais

de l'ignorance qu'il entretient » (Selem, 2009).

Caractéristiques obstétricales et reproductives des gestantes

Nos résultats soulignent que plus de la moitié des gestantes étaient des multipares et ont été aux CPN pour les grossesses antérieures. Certaines gestantes ont signalé avoir été victime d'avortement, de mort foetale in utéro, d'accouchement à domicile, d'hémorragie ou d'un syndrome hypertensif. La grossesse actuelle n'était ni planifiée ni désirée pour la plupart. L'accouchement antérieur s'était bien passé dans la majorité des cas. Toutes ces complications survenues pour ces femmes montrent que le suivi de différentes séances de CPN et au moment opportun reste indispensable pour les prévenir. Un bon suivi de CPN rassure les femmes une bonne évolution de la grossesse et une meilleure prise en charge des femmes en pré, per et postpartum. Un autre grand problème qui s'affiche est celui des grossesses non planifiées et non désirées. Cette situation est souvent constatée dans nos

milieux, car la plupart de ménages ne recourent pas au planning familial. Cela étant, le fait que les femmes se rendent compte qu'elles sont enceintes de façon involontaire, les amène à afficher des réticences vis-à-vis des consultations prénatales.

Connaissances des gestantes sur les CPN

Plus de la moitié des gestantes ont reçu des conseils de leurs proches sur les CPN. Seul un quart des gestantes connaissait la période de débiter les CPN bien que la plupart reconnaissaient l'importance de les commencer tôt. Le fait de bénéficier de soins préventifs et la confirmation de la grossesse étaient les avantages les plus connus des CPN. La majorité de gestantes croyaient qu'il faut faire trois CPN en l'absence de problèmes de santé pendant qu'en cas de problèmes, cette majorité a parlé de cinq CPN au cours d'une même grossesse. A ce stade, nous trouvons que les femmes s'avisent de l'utilité de CPN. Néanmoins, entre connaître et mettre en pratique, il existe parfois un gouffre profond. Ce qui est souligné par nos

résultats montre que la pratique des CPN est totalement différente de ce qu'elles ont comme connaissances en la matière.

Facteurs sociodémographiques maternels associés à un début tardif des CPN.

Les principaux facteurs sociodémographiques associés à un début tardif des consultations prénatales dans la Zone de Santé de Kadutu étaient le faible niveau d'études du mari et de l'épouse ; l'emploi de la femme et la grossesse non planifiée ($p < 0,05$). Parmi ces facteurs, seul le niveau d'études de la femme n'a plus été retenu dans le modèle de la régression logistique en tenant de la scolarisation des femmes à grande échelle. L'éducation de la femme et du mari, la parité atteinte, le lieu de résidence, l'intervalle des naissances, la taille de la famille, l'âge de la femme à la grossesse, le statut matrimonial, la religion et l'ethnie sont identifiés dans différentes études comme étant associés à l'utilisation tardive des soins prénatals.

Facteurs socioculturels et organisationnels des services associés à un début tardif des CPN.

Les résultats du tableau 6 affichent les facteurs socioculturels et organisationnels associés au retard dans le début des consultations prénatales dans la Zone de Santé de Kadutu comme étant l'attitude défavorable des prestataires ; le manque de confiance envers les prestataires ; la non satisfaction des soins antérieurement reçus ; la cherté des soins prénataux ; les durées d'attente ; le manque d'information sur le début des consultations prénatales et sur l'importance de commencer tôt les visites prénatales ($p < 0,05$). Le modèle de régression logistique a éliminé parmi ces facteurs le temps d'attente, la non satisfaction des soins antérieurs et la cherté des soins. Il n'est pas seulement important d'accomplir le nombre des CPN recommandé par l'OMS mais surtout débiter la première CPN au moment opportun, donc au premier trimestre de la grossesse. Chose difficile pour le cas de notre étude. Quant à l'âge des femmes,

contrairement à nos résultats, P. Ndiaye et al., que « le profil social agit sur le recours aux CPN par l'intermédiaire de l'âge, le nombre d'accouchements, et l'ignorance » (Adjamagbo, 2013).

4. Impacts sur la famille et la communauté

Il ressort de résultats de terrain que la non fréquentation des CPN à Kadutu dispose d'un impact négatif sur la communauté. Selon, les données recueillies de relais communautaires, du personnel soignant et de certains pères des familles, les dégâts enregistrés de la non fréquentation des CPN se présentent comme suit la période courant de 2017 - 2020

Tableau n°7. Méfaits de la non fréquentation des CPN à Kadutu de 2017-2020

Méfaits	Nombre
Avortement	47
Mort fœtale in utero	28
Accouchement à risque à domicile	24
Hémorragie	12
Syndrome hypertensif	15

Source : Centre de santé de Cimpunda à Kadutu

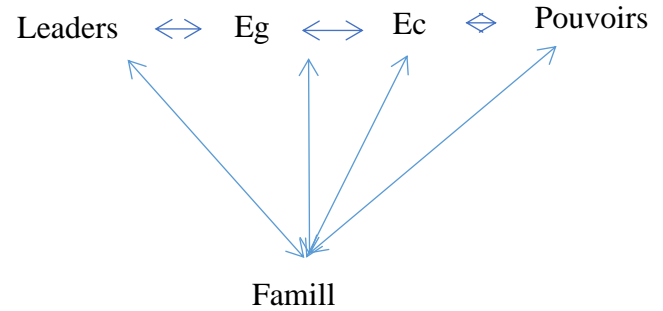
5. Des mécanismes thérapeutiques

Pour décourager la non fréquentation ou la fréquentation

tardive des CPN et éviter ses méfaits collatéraux, nous proposons ce qui suit :

- Redoubler la sensibilisation au sein de chaque aire de santé en motivant de façon substantielle les relais communautaires
- Surveiller les femmes enceintes surtout celles porteuses de grossesses hors mariage
- Sensibiliser le personnel soignant sur les valeurs morales, éthiques et déontologiques
- Encourager des CPN individuelles par rapport aux CPN en masse pour restreindre l'indexation et la stigmatisation
- Sensibiliser les animateurs des Eglises locales à multiplier des prédications qui incitent les femmes gestantes à se rendre le plus tôt aux CPN
- Créer une synergie agissante, interactive et holistique centrée sur la famille à

travers le *Centre de concertation et de formation familiale* qui pourrait fonctionner sous le format ci-dessous :



Nous estimons que si tous les acteurs sociaux tels repris sur cette figure fixent leur attention agissante et rationnelle sur la famille, celle-ci peut, à coup sûr, ne plus être victime de certains méfaits liés à la négligence et au sabotage. La tâche n'est pas dure car tout monde provient d'une famille, vit dans une famille ou dans un ménage ou, à la limite, la côtoie.

Conclusion

La santé humaine n'est pas un acquis fixe et immuable, il faut la créer et la maintenir à travers des mécanismes préventifs et curatifs. Certains aspects et comportements peuvent menacer horriblement la santé, notamment

l'alcoolisme et toute autre forme d'excès ou d'insuffisance alimentaire ou médicamenteuse.

Pour les femmes enceintes, les consultations prénatales (CPN) avaient été conçues comme un mécanisme de contrôle de l'évolution de la grossesse, de l'accouchement en douceur de la mère et par conséquent de l'assurance de la santé et de la vie de l'enfant.

Néanmoins, malgré les bienfaits liés aux CPN, certaines femmes enceintes s'en défient suite à certaines contraintes telles que les survivances culturelles, les croyances religieuses, les distances physiques, etc. ce non respect de CPN entraînent des conséquences néfastes pour la femme enceinte : l'avortement, la mort fœtale in utero, l'accouchement à risque à domicile, hémorragie et même de syndrome hypertensif. Ce sont des aspects qui déstabilisent aussi la famille que la communauté d'appartenance des victimes.

Pour remédier à des telles situations lugubres, cette étude propose de décourager la non fréquentation des CPN à travers divers mécanismes repris dans cette étude et fondés essentiellement sur une thérapie. C'est la création à travers toutes les petites entités administratives (villages et avenue, groupements et quartiers) des Centres de concertation et de formation familiales lesquels devront servir, de façon permanente, comme des modes de prévention, de contrainte à l'application des normes édictées et d'abandon de carcans rétrogrades.

Certes que cette recherche n'a pas abordé toutes les facettes liées au phénomène. Cependant, comme, la non pratique des consultations prénatales est un phénomène qui ne contribue pas au développement de l'être humain, il convient que les professionnels de santé, les agents sociaux, et tous ceux qui orientent leurs recherches sur la stabilité familiale et sociétale, recherchent davantage les mécanismes de renforcement des CPN et de la stabilité familiale.

BIBLIOGRAPHIE

- Adjamagbo, N. C. e. V., 2013. Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural, 13(2), pp. 98- 114.
- Adjamagbo, N. e. A., 2013. Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural. *Cahier santé*, XIII (18), pp. 31- 42.
- Aïm, R., 2014 - 2015. *L'essentiel de la théorie des organisations*. 7e édition éd. Rue du Gouverneur Eboué : Gualino.
- Ali A.A, O., 2010. Use of anténatal care services in Kassala. *BMC Pregnancy childbirth*, 10(67), pp. 10 - 67.
- Balandier, G., 1955. *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. 4e édition éd. Paris : Presses universitaires de France.
- Binda, N., 1999. *Rôle de la femme et de la famille dans le développement. Argument pour la justice et l'égalité des sexes*. Kinshasa : Publication de l'Institut de formation et d'études politiques.
- Diop, C. A., 1979. *Nations nègres et cultures*. Paris : Présence africaine.
- Kasiwa, N. R. e. J., 2015. Les déterminants de la demande des soins prénataux en République Démocratique du Congo. Approches par données de comptage. *African Evalaution Journal*, VI (12), pp. 27 - 42.
- Kaufmann, J. -. C., 2004. *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris : Armand Colin.
- Kilani, M., 2012. *Anthropologie. Du local au global*. 2e édition éd. Paris : Armand Colin.
- Masson, P., 1974. *Trois siècles chez les bashi*. Bukavu : CERDAF.
- Ride, D. S. J.-P. e. V., 2012. L'exemption de paiement des soins au Burkina Fasso, Mali et Niger. *Afrique contemporaine*, 3(243), pp. 11-32.
- Rist, G., 2013. *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*. 4e édition revue et augmentée éd. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Selem, B., 2009. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires ; entre droit aux soins et devoirs aux soins. *Lien social et Politiques*, Issue 61, pp. 149 - 158.

Shafali, P. B., 2017. *Regard sur la famille du Sud-Kivu. Ses fonctions, embûches et espoirs.*

Saarbrücken : Editions universitaires

européennes.

T, B., 2005. L'instrumentalisation dans la collecte des données. *Recherches qualitatives*, Volume 2, pp. 98 - 114.