

## Perception et opinion des couples de la zone de santé urbano-rurale de Lukonga sur les examens pré-nuptiaux / Kasai-Central

Louis L. Ngalamulume <sup>1</sup>, Samuel B. Sobolayi <sup>1</sup>, Norbert M. Ntuba <sup>1</sup>, Jean-Pierre B. Katangala<sup>1</sup>, Daniel K. Kande <sup>1</sup>, Georges T. Kabamusu <sup>1</sup>, Constantin K. Ntumba <sup>2</sup>, Emile M. Kabunjiki <sup>3</sup>, Freddy B. Tshibuabua <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Dimbelenge, Kananga, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Luiza, République Démocratique du Congo.

<sup>3</sup> Université Saint Laurent de Kananga, Kananga, République Démocratique du Congo.

### Résumé

**Introduction.** L'ignorance par les couples de leur véritable état de santé est un sérieux risque susceptible d'exposer ceux-ci et leur progéniture à des tragédies et misères dans le mariage. La sensibilisation pour les examens pré-nuptiaux avant le mariage doit être un aspect valable et satisfaisant de la médecine préventive. En dépit de cela, les maladies héréditaires sont répandues parmi la population congolaise due aux taux élevés de mariages consanguins et défaits. Cette étude vise à étudier la connaissance et l'attitude des couples envers les examens pré-nuptiaux pour aider le programme à l'élaboration des stratégies efficace de prévention de la santé de reproduction de la population.

**Matériel et Méthodes.** Une étude transversale a été conduite en utilisant un questionnaire prétexté distribué à 384 couples, âgés de 19 à plus de 51 ans dans la zone de santé urbano-rurale de Lukonga. Le questionnaire a été composé de 3 parties principales et l'analyse consiste à l'appréciation des indicateurs sociodémographiques et culturels, la connaissance et l'attitude des couples. La comparaison entre les deux groupes a été faite à l'aide de test de Khi carré, le degré de signification a été fixé à pu valu 0,02 à 0,05.

**Résultats.** La majorité des répondants (91.1%) a déjà entendu parler des examens pré-nuptiaux, 68,8% connaissent que le VIH/Sida comme examen pré-nuptial et 34.6 % des couples ont comme source privilégiée d'information la famille. Parmi eux 67,2% ont une bonne connaissance de l'origine héréditaire des maladies. De façon générale, la réticence de réaliser les examens pré-nuptiaux a été élevée (75,8 %) ; et la connaissance, ainsi que l'attitude des couples ont été associés au niveau d'étude et sexe,  $X^2 = 521.746$ ,  $ddl=36$ , à pvalu 0.000.

**Conclusion.** En dépit du niveau relativement élevé de la connaissance, environ un tiers des participants étaient encore peu disposé à effectuer les examens pré-nuptiaux. Le niveau d'instruction et socioéconomique bas sont des facteurs déterminant des attitudes des couples. De telles attitudes font appel au besoin immédiat des campagnes de sensibilisation et vulgarisation de la communauté à faire les examens pré-nuptiaux.

**Mots-clés :** Examens pré-nuptiaux, Maladies héréditaires, Connaissances et Attitude.

### Correspondance:

Louis L. Ngalamulume, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Dimbelenge, Kananga, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 972 211 578 - Email:

louisngalamulume08@gmail.com

Article reçu: 27-05-2023      Accepté: 16-09-2023

Publié: 24-09-2023



Copyright © 2023. Louis L. Ngalamulume *et al.* 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.

Pour citer cet article: Ngalamulume LL, Sobolayi SB, Ntuba NM, Katangala JPB, Kande DK, Kabamusu GT, Ntumba CK, Kabunjiki EM, Tshibuabua FB. Perception et opinion des couples de la zone de santé urbano-rurale de Lukonga sur les examens pré-nuptiaux / Kasai-Central. Revue de l'Infirmier Congolais. 2023;7(1):36-46. <https://doi.org/10.62126/zqrx.2023717>

## Introduction

Un désir d'enfant ne peut se concevoir sans un minimum de suivi médical. L'existence, sans le savoir d'une incompatibilité sanguine entre époux, des affections transmissibles et des gènes aberrants est le plus souvent à l'origine de la misère à laquelle de nombreux foyers sont douloureusement et désespérément confrontés [1,2]. Dans ce cadre, différents examens sont prescrits idéalement avant le début de la grossesse. Ils ont pour but d'en assurer le bon déroulement avec un développement harmonieux de l'enfant. Ils comprennent une détermination du groupe sanguin et du Rhésus, une recherche d'agglutinines irrégulières, des hémoglobinopathies, une sérologie de la toxoplasmose et de la rubéole en raison des risques de malformations associées à ces maladies si elles se déclarent en cours de grossesse. D'autres examens tel que, sérologie HIV, syphilis, hépatite B et C sont aussi proposés [3,4].

Par ailleurs, dans plusieurs pays du monde la période actuelle est marquée par une forte évolution du champ de la prévention des maladies héréditaires et congénitales ou on assiste à la généralisation de certains dépistages jusqu'alors réalisés à titre expérimental, comme par exemple dépistage du cancer du sein et autres maladies héréditaires [3,5]. Au regard des risques que prennent les gens de se marier sans avoir passé les examens prénuptiaux, ils sont devenus l'une des formalités obligatoire à remplir pour obtenir le droit de se marier [3,4].

En République Démocratique du Congo (RDC), plusieurs auteurs dressent un tableau sombre des maladies héréditaires et congénitales, estiment qu'elles constituent un problème de santé publique [6,7,8]. En occurrence, le taux de porteur AS est de 25% et l'incidence annuelle de la forme homozygote SS autour de 15‰ naissances [2]. La prévalence de la syphilis chez la femme enceinte est environ 3,3% [9]. La séroprévalence de la toxoplasmose chez les femmes enceintes est de 80,3% et la prévalence de la toxoplasmose congénitale de 4,4% [10]. La proportion de sujets affectés par la rubéole en âge de procréation était de 15,4% avec, dans cette tranche d'âge, une prédominance de sujets de sexe féminin [11]. La séroprévalence des hépatites B et C est respectivement de 4,2% et 3,8% tandis que la co-infection VHB et VHC de 2,2% [12] et la prévalence du VIH/sida chez la femme enceinte est de 4,2% à 4,9% [13]. Cette prévalence des maladies congénitales varie d'un milieu à un autre, selon qu'il est urbain ou rural et d'une tribu à une autre, ainsi d'un individu à individu.

Ce pays enclavé en Afrique centrale, a la particularité de présenter une population mosaïque (plusieurs tribus) le mariage inter et intra tribal est favorisé et connaît une explosion démographique depuis quelques années. L'accroissement de la pauvreté ainsi que le taux de chômage ont favorisé l'expansion du phénomène « Yaka to fanda ». Car nombreux sont les couples qui conçoivent actuellement en dehors du mariage union libre en lingala. De ce fait, le couple qui cohabite et a déjà des enfants, il lui est difficile de se conformer ou régulariser l'examen prénuptial qui est avant tout d'un grand intérêt pour ce qui concerne la recherche des affections transmissibles et héréditaires. Ce comportement potentialise le risque de ces maladies d'où nécessité de la prévention.

A Kinshasa, beaucoup d'études présentent des résultats similaires de prévalences des maladies congénitales, par exemple Il naît 2% des bébés homozygotes (SS) et environs 80 000 drépanocytaires. La connaissance et les attitudes pratiques de la population des différentes tribus Kasaiennes et la description de l'épidémiologie locale dans ces différents milieux sont des conditions initiales à la bonne compréhension de ces maladies dans ce pays. Ces résultats montrent la nécessité des examens prénuptiaux avant que le mariage puisse être un aspect valable et le plus satisfaisant de la prévention.

Un aspect important de cette prévention est la consultation génétique. Ceci réduit le nombre de progéniture qui peut être affecté par un désordre, en définissant le besoin de traitement ou en aidant les couples à décider pour éviter la grossesse en présence d'un gros risque d'anomalie.

L'issue de ces examens prénuptiaux est de grande importance sur la décision à prendre sur le mariage au Congo, en raison de la forte prévalence et présence des mariages consanguins. La progéniture de ces mariages peut avoir des maladies telles, le retardement mental et les désordres de sang tels que la thalassémie, drépanocytose [8]. En outre, le risque de soutenir un enfant avec un défaut de naissance dans ces mariages est approximativement 6-8% pour chaque grossesse, une figure qui est double l'incidence rapportée des défauts de naissance sérieux ou retardement mental dans la population dans son ensemble [8]. L'exposition prénuptiale à certaines maladies infectieuses telles que le virus de l'hépatite B, et la rubéole pendant la grossesse qui sont facilement empêchées par la vaccination prénuptiale peut avoir comme conséquence des troubles physiques ou mentaux chez le nouveau-né [14].

Ainsi, nous sommes intéressés de la zone de santé urbano-rurale de LUKONGA à KANANGA pour évaluer la connaissance et la perception de cette population face aux examens prénuptiaux. Cette étude s'est donnée le devoir d'interroger le couple dans les ménages en vue d'évaluer le niveau de connaissance et les attitudes pratiques des couples vis-à-vis des examens prénuptiaux pour aider le programme à l'élaboration des stratégies efficaces de prévention de la santé de reproduction de la population.

## Matériel et méthodes

### Site d'étude

En République Démocratique du Congo (RDC), le système de santé utilise les entités opérationnelles appelées zone de santé. Cette étude s'est déroulée dans la Zone de santé urbano-rurale de LUKONGA, à KANANGA avec une superficie de 153 km<sup>2</sup> avec une population de 338763 habitants avec la langue prédominante Luba. Elle est bornée au nord par la zone de santé de DEMBA, au Sud par la zone de santé de NDESHA, à l'Est par les zones de santé de KANANGA et MUTOTO, à l'Ouest par la zone de santé de NDESHA.

La Zone de Santé de LUKONGA est composée de 19 aires de santé dont 6 urbaines et 13 rurales, et 5 axes de supervision dont 2 AXES ville, AXE TSHITULU, AXE MUSANGILAYI, AXE TSHIMPUTU et l'AXE KASASA et chaque axe est composé des aires de santé. Raison pour laquelle la zone de santé de LUKONGA est dite urbano-rurale avec au total 19 aires de santé. Le CS le plus éloigné reste le CS TSHITULU avec 65 Km et le plus courts sont : TUDIKOLELE, LUMUMBA et ITABAYI avec la distance de 2 Km à chacun.

### Méthodes

Une étude transversale conduite à la zone de santé urbano-rurale de LUKONGA, à partir du mois de janvier à mai 2023. Un questionnaire prétesté a été distribué à 384 couples mariés. Le questionnaire s'est composé de 3 parties principales ; la première partie a été basée sur des données Sociodémographiques, la deuxième partie traitait les connaissances des couple au sujet des examens prénuptiaux tandis que la troisième partie explorait leurs attitudes pratiques. La méthode analytique et avec comme techniques documentaire, interview structurée et la statistique.

### Echantillonnage

Nous avons choisi l'échantillonnage probabiliste ou aléatoire simple pour donner la chance à tout le monde d'être sélectionné, nous avons retenu les aires de santé

par tirage au sort ainsi que les parcelles au hasard dans lesquelles un ménage ou un couple est retenu. Passer à l'interview avec le couple si possible, celui qui est disposé ou celle qui l'est est interviewé(é) car nos critères d'inclusion l'exigent.

Pour participer à notre étude, les sujets à enquêter devront répondre aux critères suivants :

- être habitant de la zone de santé de LUKONGA,
- être marié (e),
- accepter de participer librement à l'étude ; être capable de répondre aux questions.

Nous avons procédé à la sélection au hasard de 4 aires de santé dont 2 rurales et 2 autres urbaines, et dans ces aires de santé, ainsi sélectionné des ménages.

La taille minimale a été calculée en utilisant la formule de Fisher suivante :

$n \geq (z^2 \cdot p \cdot q) / d^2$ , n= taille de l'échantillon, z= coefficient de confiance, pour un seuil de confiance de 95%, p=proportion de la population attendue ou cible, d= degré de précision absolue voulu (0,05 ou 0,02) q= 1-p. on peut utiliser p=50% =0,5 s'il n'existe pas d'estimation de la population cible.  $n = ((1,645)^2 \times (0,5) \times (0,5)) / ((0,05)^2) = 270,6$  environ 271.

Pour prévoir le cas de refus et l'inaccessibilité des certains couples nous avons ajouté 113 sujets pour retenir 384 sujets constituant ainsi notre échantillon.

Concernant notre étude, nous avons fait appel à l'interview guidée par un questionnaire, avec des questions fermées et ouvertes selon les informations dont nous avons besoin. Cet instrument nous l'avons conçu au regard des objectifs que nous nous sommes assigné et à la réponse que nous voulons obtenir de notre question de recherche envers les couples mariés Pour valider notre outil de recherche, nous avons utilisé la méthode de juge qui consiste à soumettre le questionnaire aux personnes ressourcees dans le domaine de la santé. Ces experts ont émis leurs critiques et observation qui nous ont permis d'amender et d'adapter cet outil en fonction de nos objectifs. Après un pré-test de 10 couples de la zone de santé LUKONGA qui répondaient aux critères de sélection, ce qui nous a permis de réduire et de supprimer certaines ambiguïtés. Ensuite, la version finale de l'instrument a été obtenue.

Pour contrôler les biais de sélection, nous nous sommes servis du tirage au sort et classement seuls les couples habitant la zone de santé de LUKONGA ont été considérés comme enquêtés. Les enquêteurs recruté localement ont été formés sur l'utilisation de l'instrument de collecte des données pendant deux jours et ont été pré testées avant leur déploiement sur terrain.

La lettre de recherche de la commune de LUKONGA nous a permis d'être reçu et servi par les autorités politico-administratives et sanitaire de la zone de santé LUKONGA pour avoir l'autorisation de faire l'enquête dans la structure respective à leur charge.

Avant de commencer l'interview, nous avons expliqué au préalable les enquêtés l'utilité de notre étude, leur assurant l'anonymat et la confidentialité de leurs réponses. La participation à l'étude était volontaire.

Cette technique a l'avantage d'éviter toute ambiguïté dans la compréhension et de traduire le texte en langue adaptée à chaque enquêté. Un contrôle de qualité des données a été organisé, ou les superviseurs de chaque sites procèdent à la vérification des fiches une fois arrivées à leur niveau comme pour s'assurer de remplissage correct de tous les items et pour contrôler l'exhaustivité, la cohérence et la vraie semblance des données recueillies. En cas d'erreur, l'enquêteur sera obligé de reprendre son travail selon les recommandations du superviseur.

#### *Analyse des données*

Les données brutes de l'enquête ont été saisies dans Microsoft Excel 2007 où elles ont été épurées, validées et codifiées avant d'être exportées sur SPSS version 15.0 pour analyse. L'analyse consiste à l'appréciation des indicateurs sociodémographiques et culturels ; la détermination de la proportion des couples mariés en rapport avec les examens prénuptiaux. La recherche de la relation entre les facteurs sociodémographiques, culturels et les examens prénuptiaux, ainsi que la comparaison entre les deux groupes a été faite à l'aide de test de Khi carré, le degré de signification a été fixé à pu valu 0,02 à 0,05.

#### *Considérations éthiques*

La réalisation de cette étude a été possible après l'obtention du consentement des sujets à enquêter et l'autorisation des autorités politico-administratives et sanitaire. Par ailleurs, la confidentialité ainsi que l'anonymat étaient garantis.

## Résultats

#### *Données socio-culturelles et démographiques*

Les paramètres d'intérêt considérés ont été l'âge, le sexe, niveau d'étude, emploi, le statut gynéco obstétrical, la durée du mariage et territoire d'origine qui sont représentés dans les tableaux 1, 2, 3 et 4.

**Tableau 1. Répartition des enquêtés selon l'âge et sexe**

Age (ans)	Effectif (%)	Sexe	
		Masculin n (%)	Féminin n (%)
15 – 23	19 (4,9)	9 (2,34)	10 (2,6)
24 – 32	119 (31)	13 (3,39)	106 (27,6)
33 – 41	193 (50,3)	22 (5,73)	171 (44,53)
42 – 50	33 (8,6)	5 (1,3)	28 (7,29)
≥ 51	20 (5,2)	3 (0,78)	17 (4,43)
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>52 (13,5)</b>	<b>332 (86,5)</b>

Il ressort du tableau 1, qui repartit les enquêtés selon leur tranche d'âge et sexe, que 193 sujets soit 50,30% sont de la tranche d'âge 33-41 ans, suivi de 31% pour la tranche d'âge 24-32 ans et moins de sujet 4,9% dans la tranche 15-23 ans. Le sexe féminin a été dominant 86,5% contre 13,5% du sexe masculin.

**Tableau 2. Répartition des enquêtés selon leur niveau d'étude, occupation et territoire**

Variable	Effectif (n=384)	Pourcentage
<b>Niveau d'étude</b>		
Primaire achevé	40	10,4
Primaire non achevé	36	9,4
Secondaire achevé	152	39,6
Secondaire non achevé	18	4,7
universitaire achevé	58	15,1
universitaire non achevé	66	17,2
Analphabète	14z	3,6
<b>Occupation</b>		
Fonctionnaire	76	19,8
Débrouillard	60	15,6
Militaire/Policiers	34	8,9
Etudiant	19	4,9
Sans emploi	82	21,4
Autres à préciser	113	29,4
<b>Territoire d'origine</b>		
Demba	221	57,5
Dibaya	62	16,1
Dimbelenge	48	12,5
Luiza	36	9,4
Kazumba	17	4,4

Signalons ici dans le tableau II qui représente les paramètres socio-culturels, que la plupart d'enquêtés ont un niveau d'étude secondaire soit 39,6% et les analphabètes sont représentés à 3,6%. La majorité n'ont pas un emploi stable soit 29,4% ont d'autres occupations, 21,4% sont sans emploi, 19,8% sont fonctionnaires de l'Etat, 15,6% sont des débrouillards, 8,9% sont militaires/policiers et 4,9% sont étudiants.

En ce qui concerne leur origine, le territoire de DEMBA est représenté à 57,5% suivi du territoire de DIBAYA avec 16,1 et le territoire de DIMBELENGE représenté à 12,5%. Les antécédents gynéco-obstétricaux des couples suivants parité, avortements, enfants décédés et durée du mariage ont été étudiés pour évaluer le risque à la progéniture et représentés dans les tableaux 3 et 4.

**Tableau 3. Répartition des enquêtés selon leur nombre d'avortement, d'enfants décédés et ancienneté dans le mariage**

Variable	Effectif (n=384)	Pourcentage
<b>Nombre d'avortements</b>		
0	312	81,3
1	54	14,1
2	18	4,7
<b>Enfants décédés</b>		
0	332	86,5
1	34	8,9
2	18	4,7
<b>Ancienneté dans le mariage (ans)</b>		
1 – 5	99	25,8
6 – 10	126	32,8
11 – 15	83	21,6
16 – 20	56	14,6
≥ 21	20	5,2

Les résultats issus de ce tableau 3, nous montrent que 81,3% n'ont jamais connu des avortements dans leur couple, 14,1% ont connu une fois l'avortement et 4,7% l'ont connu deux fois. Quant au nombre de décès, 86,5% n'ont jamais perdu leur enfant, 8,9% ont perdu 1 enfant et 4,7% ont déjà perdu 2 enfants dans leur couple. Dans ce tableau, nous avons 32,8% de ceux qui ont 6 à 10 ans dans le mariage, et 5,2% pour ceux qui ont 21 ans et plus dans le mariage.

S'agissant de nombres de grossesses, 18,8% des enquêtés n'avaient pas encore conçu alors que 29,9%

avaient déjà conçu cinq fois ou plus. Cependant que, la majorité de couples avait entre 1 à 4 enfants et d'autres au minimum 5 enfants, soit respectivement 46,09% et 29,9%. Pour la parité, 18,8% des couples étaient nullipares et 51,3% des multipares (de 1 – 4) ; la majorité des couples était jeunes, d'où nécessité d'une formation (Tableau 4).

**Tableau 4. Répartition des enquêtés selon le nombre de grossesses, nombre d'enfants et la parité**

Variable	Effectif (n=384)	Pourcentage
<b>Nombre de grossesses</b>		
0	72	18,8
1 – 4	197	51,3
≥ 5	115	29,9
<b>Nombre d'enfants</b>		
0	92	23,9
1 – 4	177	46,09
≥ 5	115	29,9
<b>Parité</b>		
0	72	18,8
1 – 4	197	51,3
≥ 5	115	29,9

#### *Connaissance des enquêtés*

Le niveau de connaissance des couples face aux examens prénuptiaux a été évalué et leurs sources d'information ont été identifiées dans le tableau 5.

Au regard de leur connaissance sur des examens prénuptiaux représenté dans le tableau 5, 91,1% d'enquêtés ont déjà entendu parler des examens prénuptiaux et 68,8% connaissent que l'examen du VIH/Sida comme examen prénuptial. Il ressort de ce tableau qu'un nombre élevé des couples 34,6% ont comme source privilégiée d'information la famille et moins 4,4% sont informés par les pairs éducateurs. Pour n'avoir pas passé par les examens prénuptiaux, on pense, il court à plusieurs risques, entre autres : le VIH/Sida à 52,6%, l'anémie SS à 25,3%, l'incompatibilité ABO/Rh à 8,9% et la stérilité à 4,4%.

Parmi les signes de ces maladies, nous notons l'anémie SS à 48,7%, l'avortement et les malformations congénitales à 9,9% chacun, l'hémolyse à 6,3% et la stérilité à 5,2% (Tableau 6).

Il existe une différence très significative entre la connaissance sur les examens prénuptiaux et le niveau

d'étude pour  $X^2 = 521.746$ ,  $ddl=36$ , à  $p$ valu 0.000. Le niveau d'instruction joue un grand rôle dans le respect et suivi des directives préventives.

**Tableau 5. Connaissance sur les examens prénuptiaux, Source d'information et Risque en cours**

Variable	Effectif (n=384)	Pourcentage
<b>Avoir entendu parler des examens prénuptiaux</b>		
Non	34	8,9
Oui	350	91,1
<b>Source d'information</b>		
Famille	133	34,6
Ecole	83	21,6
Média	60	15,6
Personnel de santé	36	9,4
Eglise	21	5,5
Pairs éducateurs	17	4,4
Autres à préciser	34	8,8
<b>Connaissance des examens prénuptiaux</b>		
VIH	264	68,8
Groupe sanguin/Rhésus	72	18,8
Sérologie toxo et rubéole	48	12,5
<b>Risques encourus</b>		
VIH	202	52,6
Anémie SS	97	25,3
Malformation des enfants	34	8,9
Incompatibilité ABO/Rh	34	8,9
Stérilité	17	4,4

Dans leur connaissance sur l'origine de ces maladies, 67,2% disent qu'elles proviennent de l'hérédité, 16,4% parlent de la consanguinité/ sexualité dont, ont une meilleure connaissance. Cependant, 13% parlent de la sorcellerie et la malédiction à 3,4% donc mauvaise connaissance. Parmi les couples les plus exposés, 32,3% sont des couples ignorants, 22,7% sont des couples consanguins, 20,1% sont des prostitués, 8,3% sont des couples incompatibles ABO/Rh, 4,9% sont des couples séropositifs, 4,2% sont des couples hétérozygotes (*Tableau 6*).

#### Attitudes pratiques des enquêtés

Les comportements des couples et leur attitude face aux examens prénuptiaux, ainsi que la relation entre les paramètres sociodémographiques ont été évalués et représentés dans le tableau 7.

**Tableau 6. Signes liés à ces maladies, provenance et couples les plus exposés**

Variable	Effectif (n=384)	Pourcentage
<b>Signes liés à ces maladies</b>		
Anémie SS	187	48,7
Avortement	38	9,9
Malformations congénitales	38	9,9
Hémolyse (ictère)	24	6,3
Stérilité	20	5,2
Autres à préciser	77	20,1
<b>Provenance de ces maladies</b>		
Hérédité	258	67,2
Consanguinité/Sexualité	63	16,4
Sorcellerie	50	13
Malédiction	13	3,4
<b>Couples les plus exposés</b>		
Ignorants	124	32,3
Consanguins	87	22,7
Prostitués	77	20,1
Incompatibles ABO/Rh	32	8,3
Séropositifs	19	4,9
Hétérozygotes	16	4,2
Autres à préciser	29	7,6

Il ressort de ce tableau 7, que la majorité des couples 92,7% ont déjà fait les examens prénuptiaux. Pour ceux qui les font et ceux qui les font rarement par rapport au temps de mariage, 46,9% se sont dépistés il y a 1 à 2 ans, 11,5% il y a 7 à 8 ans, 9% ont fait il y a 3 à 4 ans, 5,2% l'ont fait il y a 9 à 10 ans et 27,10 % l'ont fait il y a 11 ans et plus (*Tableau 7*).

La majorité des couples 92,7 % ont déjà fait les examens prénuptiaux. Pour ceux qui les font et ceux qui les font rarement par rapport au temps de mariage, 46,9% se sont dépistés il y a 1 à 2 ans, 11,5% il y a 7 à 8 ans, 9% ont fait il y a 3 à 4 ans, 5,2% l'ont fait il y a 9 à 10 ans et 27,10 % l'ont fait il y a 11 ans et plus (*Tableau 7*).

Il existe une différence très significative entre les attitudes et le niveau d'étude  $X^2=113.3301$ ,  $ddl=6$ ,  $P$ valu 0.0000. Ainsi pour se protéger contre tous risques, 70,8% des couples disent qu'il faut passer par les examens prénuptiaux et 20,1% préfèrent le jeûne et la prière. Ce qui suggère la place prépondérante des leaders religieux dans la sensibilisation (*Tableau 7*).

**Tableau 7. Répartition des enquêtés selon leur attitude pratique face aux examens Prénuptiaux**

Variable	Effectif (n=384)	Pourcentage
<b>Avoir fait des examens prénuptiaux</b>		
Non	356	92,7
Oui	28	7,3
<b>Dépistage fait régulièrement</b>		
Non	291	75,8
Oui	93	24,2
<b>Examen fait dans le mariage après un temps de (ans)</b>		
1 – 2	180	46,9
3 – 4	36	9,4
7 – 8	44	11,5
9 – 10	20	5,2
≥ 11	104	27,1
<b>Réaction d'un Couple déclaré incompatible lors d'examen</b>		
Je ne peux pas accepter de me marier	287	74,7
J'accepte le mariage	34	8,9
On peut réfléchir	34	8,9
Prière	16	4,2
Autres à préciser	13	3,4
<b>Mesure de protection contre ce risque</b>		
Examens prénuptiaux	272	70,8
Jeûne et la prière	77	20,1
CPN	35	9,1
<b>Pairs éducateurs passent sensibiliser les couples</b>		
Non	317	82,6
Oui	67	17,4
<b>Pairs éducateurs sont acceptés</b>		
Non	317	82,6
Oui	67	17,4
<b>Raison de recourir aux personnels soignants</b>		
Prévenir les risques à la progéniture	175	45,6
Protection du conjoint	108	28,1
Prévenir les complications de stérilité	19	4,9
Autres à préciser	82	21,4

Dans ce tableau, nos enquêtés recourent aux personnels soignants à 45,6% pour prévenir les risques à la

progéniture, 28,1% pour la protection du conjoint, 4,9% pour prévenir les complications de stérilité (Tableau 7).

## Discussion

La planification de n'importe quel programme préventif de santé, beaucoup d'aspects doivent être considéré pour assurer son succès. Dans notre programme de santé de la reproduction (PNSR/RDC), il y a un grand besoin de se concentrer sur la population cible (couples), parce que leur croyance et attitudes affecteront leurs choix, ainsi que le recours aux examens prénuptiaux. Autant de pays ont montré son utilité et efficacité en diminuant l'incidence des maladies héréditaires [15,16,17].

Dans l'ensemble, nous avons constaté que 193 sujets soit 50,30% sont de la tranche d'âge 33-41 ans, suivi de 31% pour la tranche d'âge 24-32 ans, par rapport à la réalité du mariage dans la ville de Kinshasa. Nous pouvons dire que les jeunes veulent souvent se marier à cet âge et sont des mariages défectives. Et parmi eux nous avons trouvé que le sexe féminin était représenté à 86,5% contre 13,5% du sexe masculin. Cela s'explique par le fait que pendant nos enquêtes, nous avons constaté que ce sont les femmes qui restent à la maison et chômeurs. La majorité des couples étaient jeunes avec 1-5 ans de mariage. C'est pourquoi, ils sont appelés à passer un test prénuptial pour l'avenir de leur progéniture. C'est dans cette optique que les jeunes couples doivent d'abord faire leurs examens prénuptiaux et connaître leurs états sérologiques [18].

La plupart d'enquêtés ont un niveau d'étude secondaire soit 39,6% et les analphabètes sont représentés à 3,6%. Ici nous comprenons que la majorité d'enquêtés ont un niveau d'instruction bas par rapport à l'évolution actuelle du pays. Ce qui a été rapporté dans les études semblables en Egypte, au Ghana, en Arabie Saoudite et en Syrie que le niveau intellectuel a un effet significatif sur l'exécution et l'application du programme. Ceci montre le manque de capacité intellectuelle d'apprécier le sérieux des désordres génétiques de sang et de son impact sur la progéniture et financier des familles affectés. L'éducation sanitaire devrait être orientée sur l'amélioration de la connaissance des couples [4,19,20].

Le couple doit avoir une occupation afin de faire face aux différentes situations et charges du foyer.

Pour notre étude, nous avons constaté que la majorité des enquêtés n'ont pas d'emploi stable soit 29,4% avaient d'autres occupations, 21,4% étaient sans emploi, 15,6% étaient débrouillards et 4,9% étudiants. Une minorité des enquêtés ont un emploi stable, soit 19,8% étaient fonctionnaires de l'Etat et 8,9% étaient

militaires/policiers. Il est à comprendre que la situation socio-économique du pays a de l'influence sur le secteur d'emploi du peuple congolais. La précarité du statut social qui s'oppose à la réception et à l'intégration des messages de prévention. Cette précarité se présente sous deux formes principales, économiques et sociales, qui parfois se chevauchent. Tout d'abord, quand l'urgence est de survivre matériellement, le «souci de soi» se trouve étouffé par de tout autres priorités et les attitudes de réduction des risques ne peuvent trouver vraiment leur place dans les pratiques. Les campagnes de communication «grand public» ou «ciblées» atteignent peu les sujets ayant à affronter des contraintes quotidiennes élémentaires. Se préserver soi-même et protéger les autres semble ici un idéal bien abstrait dont la concrétisation, quand elle est envisagée, parvient difficilement à réaliser. Les meilleurs exemples sont fournis par les enquêtes sur les conditions de réception des messages de prévention dans les couples à risque [21].

Selon les complications sur les grossesses, 81,3% n'ont jamais connu des avortements dans leur couple, 14,1% ont connu une fois l'avortement et 4,7% l'ont connu deux fois. Quant au nombre de décès, 86,5% n'ont jamais perdu leur enfant, 8,9% ont perdu 1 enfant et 4,7% ont déjà perdu 2 enfants dans leur couple. Faute de ne pas passer par les examens prénuptiaux avant de débiter une grossesse, ces situations peuvent poser d'autant plus de problème que la grossesse est mise en évidence tardivement (par exemple difficultés à préciser la date d'une séroconversion de la rubéole ou de la toxoplasmose...) l'examen prénuptial doit enfin se concevoir dans le cadre plus général d'information sur l'hygiène de vie, la sexualité et la planification familiale [18,22].

L'ancienneté dans le mariage joue aussi un grand rôle sur certaines connaissances. Il est sorti que 32,8% des enquêtés avaient 6 à 10 ans dans le mariage et 5,2% avaient 21 ans et plus dans le mariage. Donc ceux qui ont de l'expérience dans le mariage étaient moins représentés.

Les résultats de cette étude ont clairement prouvé que les participants se rendaient compte de la disponibilité des examens prénuptiaux, dont 91% ont déjà entendu parler de ça, mais leur connaissance a été insuffisante au sujet de ses divers aspects tels que les différents types d'examens prénuptiaux à faire.

Il existe une différence très significative entre leur connaissance sur les examens prénuptiaux et le niveau intellectuel, 68,8% reconnaissent que le test de dépistage du VIH/Sida, 18,8% du groupe sanguin/ Rhésus et 12,5% sérologie toxoplasmose et rubéole. Pour n'avoir pas

passé par les examens prénuptiaux, on court à plusieurs risques, entre autres : le VIH/Sida à 52,6%, l'anémie SS à 25,3%, l'incompatibilité ABO/Rhésus à 8,9% et la stérilité à 4,4%. Avec comme source d'information. Ceci pourrait montrer que les couples ont confondu le test de dépistage du VIH/SIDA avec les examens prénuptiaux [3].

L'attitude des participants envers des examens prénuptiaux, il existe une différence très significative entre le niveau d'instruction et les attitudes des couples a été favorable, 78,6% ont fait ces examens. Ici, nous comprenons que la majorité des enquêtés ont déjà passé le test de dépistage du VIH/SIDA qu'ils confondent aux examens prénuptiaux. Car les examens prénuptiaux sont nécessaires avant le mariage pour dépister les pathologies ou les facteurs de risques qui poseront problème en vue d'une éventuelle conception. Ils se concluent par un certificat signé et remis en mains propre au futur marié. Il serait certainement utile de placer ce dépistage aux couples qui ne se marient pas.

Pour ceux qui ont fait ces examens, 28,9% les ont faits pour connaître leur état sérologique, 26,8% par exigences religieuses, 14,1% pour être accepté au mariage, 4,7% par exigences coutumières, 4,2% par exigences professionnelles. Au regard de ceux qui ne l'ont pas fait, 9,9% ne les ont pas fait par des raisons personnelles, 7,3% disaient que c'est l'interdiction de leur église, 4,2% disent que c'est ignorance. Ces résultats prouvent la nécessité de l'implication des leaders religieux dans la sensibilisation et l'éducation de la population pour réduire ces attitudes à risque [23].

Etant donné que les examens prénuptiaux sont d'une grande importance dans la vie humaine et du couple, chaque fois, il est important d'informer la population sur l'importance de ces examens. Pour ceux qui sont informés dans notre étude, 34,6% ont comme source d'information la famille, 21,6% ont comme source l'école, 15,6% sont informés par le média, 9,4% sont informés par le personnel de santé, 5,5% sont informés par l'église et 4,4% informés par les pairs éducateurs. La famille n'est pas une bonne source fiable d'information, car l'influence de contrôle parental baisse une fois que les jeunes ont eu une expérience sexuelle. Les interventions en santé reproductive devraient promouvoir chez les couples les facteurs familiaux susceptibles de réduire les comportements ou les caractères à risque [23,25,26].

Ces résultats suggèrent, une nécessité stipulaient d'informer aux futurs parents et les couples sur les risques possibles pour leurs enfants car lorsque le père et la mère sont atteints de la forme légère (AS), Il y a en

effet dans ce cas 25% de chances que les enfants soient atteints de la forme grave (SS), soit en moyenne un enfant sur quatre. Cette information doit se faire avec une grande délicatesse, afin qu'elle ne soit pas ressentie comme la révélation brusque d'une tare, mais du contraire comme une poursuite du mieux-être. Le soutien psychologique est donc important dans ces démarches.

En France, une vision globale a été focalisée sur les dépistages intégrant les différentes logiques par la population, par pathologies et de bien identifier les différents opérateurs de ces dépistages. Dans notre étude, Il n'y a que 24,2% des enquêtés qui font régulièrement le dépistage pour se rendre compte de leur état sérologique. Les maladies souvent observées suite au manque de n'avoir pas passé par ces examens sont observé par certains signes. Selon la connaissance de nos enquêtés, ils nous ont cité : l'anémie SS à 48,7%, l'avortement et les malformations congénitales à 9,9% chacun, l'hémolyse à 6,3% et la stérilité à 5,2%. Ceci nous a permis de comprendre leur niveau de connaissance Car ISIDRO dit qu'un interrogatoire approfondi du couple peut déceler d'autres troubles et d'autres maladies qui pourraient affecter la descendance : l'eczéma, le diabète, l'hémophilie et l'asthme.

En ce qui concerne l'attitude des enquêtés au cas où les résultats ne sont pas favorables pour le mariage, il existe une différence très significative entre le sexe masculin et féminin, ainsi que le niveau d'instruction. 74,7% disaient qu'ils ne peuvent pas accepter de se marier, 8,9% acceptaient le mariage et d'autres disaient qu'ils peuvent réfléchir avant de décider, 4,2% disent qu'ils doivent prier. Il apparaît que la foi en Dieu joue un rôle important dans le choix et la prise des décisions. Les personnes qui croient en Dieu pensent que c'est Dieu qui a voulu leur

maladie et que c'est le même Dieu qui va les guérir. Cette perception les aide à supporter leur maladie [19].

Parmi les couples les plus exposés, 32,3% sont des couples ignorants, 22,7% sont des couples consanguins, 20,1% sont des prostitués, 8,3% sont des couples incompatibles ABO/Rh, 4,9% sont des couples séropositifs, 4,2% sont des couples hétérozygotes. Ainsi; pour se protéger contre tous risques, 70,8% disent qu'il faut passer par les examens prénuptiaux, 20,1% préfèrent le jeûne et la prière, 9,1% préfèrent la CPN. Quant aux visites des pairs éducateurs. Il serait très utile que les couples puissent bénéficier d'un examen prénuptial, cet examen débouche sur des applications pratiques comme : conseil génétique, il y a un risque de transmission d'une malformation congénitale quant aux mesures prophylactiques à prendre en cas d'immunité rhésus ou l'absence d'immunité vis-à-vis de la toxoplasmose [20,14].

Nos enquêtés recourent aux personnels soignants à 45,6% pour prévenir les risques à la progéniture, 28,1% pour la protection du conjoint, 4,9% pour prévenir les complications de stérilité. De telles attitudes font appel au besoin immédiat des campagnes de sensibilisation et vulgarisation de la communauté à faire les examens prénuptiaux.

### Conclusion

En dépit du niveau relativement élevé de la connaissance, environ un tiers des participants étaient encore peu disposés à effectuer les examens prénuptiaux. Le niveau d'instruction et socioéconomique bas sont facteurs déterminant des attitudes des couples.

---

*Conflits d'intérêt : Aucun.*

### Références

1. Ibrahim NK, Bashawri J, Al Bar H, Al Ahmadi J, Al Bar A, Qadi M, Milaat W, Feda H. Premarital Screening and Genetic Counseling program: knowledge, attitude, and satisfaction of attendees of governmental outpatient clinics in Jeddah. *J Infect Public Health*. 2013 ; 6(1):41-54. doi: 10.1016/j.jiph.2012.05.001.
2. Pongombo Shongo M, Olivier Mukuku, Toni Kasole Lubala, Augustin Mulangu Mutombo, Gray Wakamb Kanteng, Winnie Sombodi Umumbu, Robert Mbuli Lukamba, Stanislas Okitotsho Wembonyama, Oscar Numbi Luboya. Drépanocytose chez l'enfant lushois de 6 à 59 mois en phase stationnaire: épidémiologie et clinique. *Pan African Medical Journal*. 2014; 19:71 doi:10.11604/pamj.2014.19.71.3684 ISSN: 1937-8688.
3. Alswaidi FM, O'Brien SJ. Is there a need to include HIV, HBV and HCV viruses in the Saudi premarital screening program on the basis of their prevalence and transmission risk factors? *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64(11):989-97. doi: 10.1136/jech.2009.093302.

4. Al-Aama JY Attitudes towards mandatory national premarital screening for hereditary hemolytic disorders. *Health Policy*. 2010; 97(1):32-7. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.02.009.
5. Sambo Adamu Umar, Oche Mansur Oche. Knowledge of HIV/AIDS and use of mandatory premarital HIV testing as a prerequisite for marriages among religious leaders in Sokoto, North Western Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2012; 11:27.
6. Tshilolo L, Mukendi R, Wembonyama O. Blood transfusion rate in Congolese patients with sickle cell anemia. *Indian J Pediatr*. 2007; 74(8):735-8.
7. Piel FB, Patil AP, Howes RE, Nyangiri OA, Gething PW, Dewi M, Temperley WH, Williams TN, Weatherall DJ, Hay SI. Global epidemiology of sickle haemoglobin in neonates: a contemporary geostatistical model-based map and population estimates. *Lancet*. 2013;9861(381):142-5. PubMed | Google Scholar.
8. Luboya E, Jean-Christophe Bukasa Tshilonda, Mathilde Bothale Ekila, Michel Ntetani Aloni Répercussions psychosociales de la drépanocytose sur les parents d'enfants vivant à Kinshasa, République Démocratique du Congo: une étude qualitative. *Pan African Medical Journal*. 2014; 19:5doi:10.11604/pamj.2014.2830 ISSN 1937-8688.
9. Katenga B. G. et Maïndo A. M-A., Syphilis au cours de la grossesse dans la ville de Kisangani: Prévalence, Facteurs de risque et pronostic de la grossesse, *KisMéd* 2014, 5(1) : 22-30.
10. Yobi Doudou, Piarroux Renaud, L'ollivier Coralie, Franck Jacqueline, Situakibanza Hypolite, Muhindo Hypolite, Mitashi Patrick, Inocêncio da Luz Raquel Andreia, Marc Van Sprundel, Boelaert Marleen, Jean-Pierre Van Geertruyden, Lutumba Pascal. Toxoplasmosis among pregnant women: High seroprevalence and risk factors in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 2014; 4(1):69-74. DOI:10.1016/S2221-1691(14)60211-2.
11. Nsambu Muriel Nzazi, Coulibaly Tiekoura, Donnen Philippe, Dramaix-Wilmet Michèle, Likwela Joris Losimba, « Fréquence de la rubéole à Kinshasa de 2010 à 2012, République Démocratique du Congo (RDC) : données issues du système de surveillance de la rougeole », *Santé Publique* .2014 ; 26(3) :393-397 URL : [www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3page-393.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3page-393.htm).
12. Kabinda JM, S.A. Miyanga, P. Misingi, S.Y. Ramazani. Les hépatites B et C chez les donneurs bénévoles de sang et non rémunérés de l'Est de la République démocratique du Congo. *Transfusion Clinique et Biologique*, 2014 21 (4) 111–115 <http://dx.doi.org/10.1016/j.tracli.2014.04.001>.
13. Programme National de Lutte contre le Sida et les IST. Guide de prise en charge intégrée du VIH en République Démocratique du Congo. Kinshasa ; PNMLS. 2014.
14. Nabil H. Al-Kahtani. Acceptance of premarital health counseling in riyadh city, 1417h. *J Family Community Med*. 2000; 7(2): 27–34.
15. Al Kendi, De Rahma, Al Rujaibi, de Salha and Al Kendi De Maya. Knowledge and Attitude of University Students Towards Premarital Screening Program. *Oman Medical Journal* 2012, 27(4): 291-296.
16. Kiyombo M, Konde N, Mimboro L, Munyanga M, Pero A, Coolen A, Tiendrebeogo G. VIH et renforcement des systèmes de santé: l'expérience de la République Démocratique du Congo. *Health System Research Series No. 5*. Edited by Blok L, Jenniskens F, Oosterhoff P, Wolmarans L. KIT, Amsterdam, 2011.
17. Gu Yaming , Lu Li, Chi Zhou, Tingzhong Yang and Hengjin Dong. Factors influencing voluntary premarital medical examination in Zhejiang province, China: a culturally-tailored health behavioral model analysis. *BMC Public Health* 2014, 14(659) :1471-2458.
18. Kumar Anil and V.K. Tiwari. Knowledge, attitude and behaviour towards pre-marital sex: a study among youths from two City-slums IN INDIA *Health and Population Perspectives and Issues* 2003 ; 26 (4): 126-134.
19. Odelola J.O, Adisa, O and Akintaro, O.A. Attitude towards pre-marital genetic screening among students of Osun State Polytechnics in Nigeria. *Academic Journals*. 2013 ; 5(4) : 53-58.
20. Ngo Sack F, Dominique Noah Noah, Haman Zouhairatou, Dora Mbanya. Portage de l'antigène HBs et des anticorps anti-VHC chez le drépanocytaire homozygote à l'Hôpital Central de Yaoundé. *Pan African Medical Journal*. 2013; 14:40. doi:10.11604/pamj.2013.14.40.2069 ISSN 1937-8688.
21. Salwa Tawfik Abd Al Azeem, Eman Taher Elsayed, Naglaa Abd El Khalek El Sherbiny and Lamiaa Abd El Gawad ahmed. Promotion of knowledge and attitude towards premarital care: An interventional study among medical student in Fayoum University *Journal of Public Health and Epidemiology* , 2011 ; 3(3) :121-128, ISSN 2141-2316.
22. Mercier Aurélien, Sébastien Devillard, Barthélémy Ngoubangoye, Henri Bonnabau, Anne-Laure Banuls,

- Patrick Durand, Bettina Salle, Daniel Ajzenberg, Marie-Laure Dardé. Additional Haplogroups of *Toxoplasma gondii* out of Africa: Population Structure and MouseVirulence of Strains from Gabon. *PLoS Negl Trop Dis* 2014 4(11): e876. doi:10.1371/journal.pntd.0000876.
23. Babalola S., Tambashe, B. O., & Vondrasek, C. (2005). Parental factors and sexual risk taking among young people in Côte d'Ivoire. *African Journal of Reproductive Health*, 9, 49 - 65.
  24. Ayo A. Ajayi, Leah T. Marangu, Janice Miller, John M. Paxman. Adolescent Sexuality and Fertility in Kenya: A Survey of Knowledge, Perceptions, and Practices. *Population Council*, 1991, 22(4) : 205-216.
  25. Peigang Wang, Xiao Wang, Min Fang and Tyler J Vander Weele. Factors influencing the decision to participate in medical premarital examinations in Hubei Province, Mid-China. *BMC Public Health* 2013, 13(217) :1471-2458.