

Recours tardif aux services des soins prénatals dans la zone de santé de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Teddy Mucaïl-a-Mucaïl¹, Martin Mutala Kabambi¹, Jonh Siloe Mwenge Kahinda¹,
Alain M. Mutombe², Olivier Mukuku², Prosper L. Kakudji³

¹Ministère de la Recherche Scientifique, Commissariat Général à l'Énergie Atomique, Antenne Provinciale, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

²Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

³Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. Malgré leur importance dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, l'utilisation des soins prénatals demeure non optimale en République Démocratique du Congo. Cet article propose de déterminer la fréquence du recours tardif aux services des soins prénatals, et en identifier les principaux déterminants à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo.

Méthodologie. Etude transversale descriptive menée dans la zone de santé de Lubumbashi, dans la province de Haut-Katanga en RDC, portant sur 236 femmes allaitantes, sélectionnées. Les caractéristiques sociodémographiques, l'histoire génésique, et les paramètres en rapport avec les soins de santé ont été collectés.

Résultats. La fréquentation des soins prénatals intéressait 92% des répondantes parmi lesquelles 16,6% (IC95% : 11,9% - 22,2%) avaient débuté tardivement. La proportion des femmes ayant effectué le nombre de visites quatre visites prénatales ou plus était de 36,9%. Les obstacles évoqués par les enquêtées sont pour la plupart des barrières maternelles, c'est-à-dire liées à la femme elle-même. On peut citer, parmi ces obstacles l'ignorance des risques (elles ne consultent que lorsqu'il y a une complication gestationnelle). Plus de 90% des femmes consultantes ont bénéficié de la vaccination antitétanique, du traitement vermifuge, de la supplémentation martiale et du traitement antipaludéen. Plus de trois quarts ont subi un dépistage VIH (77,42%) et ont fait l'objet d'une échographie obstétricale (87,1%).

Conclusion. Le délai dans l'initiation de soins prénatals demeure encore un problème à Lubumbashi. Cette situation handicape l'atteinte des objectifs de santé de la mère et de l'enfant. L'éducation sanitaire peut contribuer à réduire ce phénomène dans notre contexte.

Mots-clés : Fréquentation tardive, Soins prénatals, Consultation prénatale, Lubumbashi.

Introduction

À l'échelle mondiale, le taux de mortalité maternelle (TMM) a chuté de près de 44% au cours des 25 dernières années, pour s'établir à environ 295 000 décès maternels en 2017. Les pays en développement ont représenté environ 94% (254 000) de ces estimations de

la mortalité maternelle mondiale en 2017, l'Afrique subsaharienne à elle seule en représentant environ deux tiers (196 000) [1]. L'Enquête Démographique et de Santé de 2014 (EDS-RDC 2014) évaluait le TMM en République Démocratique du Congo (RDC) à 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [2]. En 2015, les pays ont atteint et proposé une série d'objectifs

Correspondance:

Teddy Mucaïl-a-Mucaïl, Ministère de la Recherche Scientifique, Commissariat Général à l'Énergie Atomique, Antenne Provinciale, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
Téléphone: +243 995 545 088 - Email:mucailteddy@gmail.com

Article reçu: 15-04-2021 Accepté: 23-06-2021

Publié: 26-06-2021



Copyright © 2021. Teddy Mucaïl-a-Mucaïl *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: Mucaïl-a-Mucaïl T, Mutala MK, Mwenge JSK, Mutombe AM, Mukuku O, Kakudji PL. Recours tardif aux services des soins prénatals dans la zone de santé de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2021;5(1):63-68.

appelés objectifs de développement durable (ODD). L'ODD 3 appelle à l'accélération des progrès actuels afin d'atteindre un TMM mondial de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2030 [3,4]. Cette réduction globale du TMM et un résultat positif de la grossesse ne peuvent être atteints que si les soins offerts aux femmes pendant la grossesse s'améliorent et si elles commencent les soins prénatals assez tôt [5-7]. Les soins prénatals sont les soins donnés à une femme enceinte depuis la confirmation de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Ces soins permettent de promouvoir un résultat positif de la grossesse. Les composants de soins prénatals sont les suivants : identification des risques ; la prévention et la prise en charge des maladies liées à la grossesse ou concomitantes ; et l'éducation et la promotion de la santé. En 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé un minimum de huit visites de consultation prénatale pendant la grossesse et que le premier contact soit fait avant la 16^{ème} semaine d'aménorrhée [5,7]. La planification d'un accouchement sûr fait partie intégrante de soins prénatals.

Selon l'OMS, les soins prénatals précoces désignent l'initiation des soins prénatals dès que possible après la confirmation de la grossesse et/ou dans les 12 premières semaines de la gestation, tandis que les soins prénatals tardifs commencent après 16 semaines d'aménorrhée [5]. L'initiation précoce des soins prénatals joue un rôle majeur dans la détection et le traitement de certaines complications de la grossesse et constitue une bonne base pour une prise en charge appropriée pendant l'accouchement et après l'accouchement. L'absence de soins prénatals entraîne des complications possibles pendant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale, ce qui augmente le TMM [7]. D'après les données disponibles dans la plupart des pays en développement, peu de femmes se tournent vers les soins prénatals au début de la grossesse [8-10].

L'utilisation non optimale des soins prénatals demeure un problème de santé publique important étant donné les forts taux de mortalité maternelle et néonatale dans ce pays. L'efficacité de la consultation prénatale (CPN) dépend du moment où elle est initiée. La gestante ne peut bénéficier de ses avantages que lorsqu'elle l'initie tôt, au premier trimestre, ou avant la 16^{ème} semaine d'aménorrhée. Des études réalisées au niveau des structures de soins montrent que la fréquentation tardive des soins prénatals reste un phénomène fréquent en Afrique en général, et en RDC en particulier. La fréquentation tardive constitue un facteur limitant l'efficacité des consultations prénatales et ne permet pas à la gestante de bénéficier des avantages liés à

celle-ci, surtout dans un pays caractérisé par une mortalité maternelle élevée.

Les études qui portent sur l'utilisation des dits soins en RDC sont dans la plupart des cas fragmentaires et descriptives. Peu d'entre elles se sont intéressées aux femmes qui renoncent ou qui recourent tardivement aux soins prénatals, d'où la pertinence de cet article qui s'intéresse aux motifs de non-recours aux services de soins prénatals à Lubumbashi afin de déceler les logiques qui sous-tendent ce phénomène.

Méthodes

Cadre d'étude

L'étude sera réalisée dans la ville de Lubumbashi, en RDC. La ville se compose de onze zones sanitaires ; dont certaines sont urbano-rurales. Par ordre de grandeur, la population est répartie comme suit dans les zones de santé : Kampemba (276 112), Katuba (200 829), Ruashi (194 355), Lubumbashi (127 071), Kenya (116 766), Kis (116 297), Tshiamilemba (111 074), Mumbunda (108 365), Vangu (91 986), Kamalondo (49 393), Kowe (23 587). Après un tirage au sort, la zone de santé de Lubumbashi a été retenue pour notre étude.

Type et population d'étude

L'étude a été conduite auprès des ménages dans la zone de santé de Lubumbashi dans la province du Haut-Katanga en RDC.

Il s'agit d'une étude transversale, consistant en une interview structurée, combinée à des questions ouvertes, auprès des femmes allaitantes. Les enquêteurs, qui étaient en majorité des prestataires de santé, étaient formés pendant 3 jours, sur l'administration du questionnaire en langue locale. Les sujets inclus ont été sélectionnés selon un plan de sondage à plusieurs degrés.

Étaient éligibles, les femmes enceintes au moment de l'étude, et les femmes allaitantes dont le nourrisson était âgé de moins de 3 mois.

Informations collectées

Les informations recueillies, après un consentement verbal éclairé des participantes, portaient sur :

- les caractéristiques sociodémographiques (âge, occupation, statut matrimonial, statut dans le ménage, appartenance religieuse, le niveau d'instruction) ;
- l'histoire génésique (parité, date de dernières règles, l'âge présumé de la grossesse au moment de

l'initiation des visites prénatales, les raisons de la fréquentation tardive des services de soins prénatals, les prestations reçues lors de ces visites, et les caractéristiques de l'offre de soins.

Était définie comme fréquentation tardive des consultations prénatals, la première visite de soins prénatals réalisée par une femme enceinte après le 4ème mois de gestation d'après la date de dernières règles, ou après la 16ème semaine d'aménorrhée.

Analyse de données

Après vérification de la qualité des données, celles-ci ont été codées, puis enregistrées pour être analysées grâce au logiciel STATA 12.0. Les résultats pour les variables quantitatives étaient exprimés en moyenne \pm écart-type, et ceux des variables catégorielles en proportion.

Résultats

Accès aux soins prénatals et caractéristiques des femmes

Sur les 236 femmes interrogées, 21 (8%) femmes n'avaient pas suivi de consultations prénatals au cours de leur dernière grossesse et 215 (soit 92,0%) avaient consulté au moins une fois pendant leur dernière grossesse. La présente analyse concerne uniquement ce sous-groupe. Les caractéristiques sociodémographiques et l'histoire génésique de la population d'étude sont résumées dans le tableau 1.

Leur âge moyen était de $29,1 \pm 5,8$ ans et 81,6% d'entre elles étaient âgées entre 20 et 34 ans, vivaient en union (97,7%), et étaient de niveau d'études secondaires (60,4%). Elles étaient en majorité des ménagères (83,9%). Elles étaient primipares dans 26,3%. La parité moyenne était de $2,66 \pm 1,64$ (extrêmes : 1 et 10). Elles avaient initié les CPN à 4 mois de grossesse ou avant dans 83,4%. Trente-six répondantes soit 16,6% (IC95% : 11,9% - 22,2%) remplissaient le critère de la fréquentation tardive des CPN. La proportion des femmes ayant effectué le nombre de visites recommandé par le ministère de la Santé congolais, soit quatre visites prénatals, était de 36,9% (80/217). Le nombre moyen de CPN était de $3,4 \pm 1,0$ (extrêmes : 1 et 8).

L'analyse statistique n'a pas montré de corrélation significative ($p > 0,05$) entre l'âge de la grossesse lors de la visite et l'âge (*figure 1*) et la parité (*figure 2*).

La majorité des répondantes concernées justifiaient ce retard par l'absence de complications gestationnelles

(75,0%), ou par les difficultés financières (16,7%) (*tableau 2*).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

Variable	Effectif (n=217)	Pourcentage
Age		
<20 ans	6	2,76
20-34 ans	177	81,57
≥ 35 ans	34	15,67
Parité		
1	57	26,27
2-4	134	61,75
≥ 5	26	11,98
Statut matrimonial		
Célibataire	5	2,30
Mariée	212	97,70
Profession		
Ménagère	182	83,87
Salariée	15	6,91
Libérale	11	5,07
Etudiante	9	4,15
Niveau de scolarité		
Secondaire	131	60,37
Universitaire	86	39,63

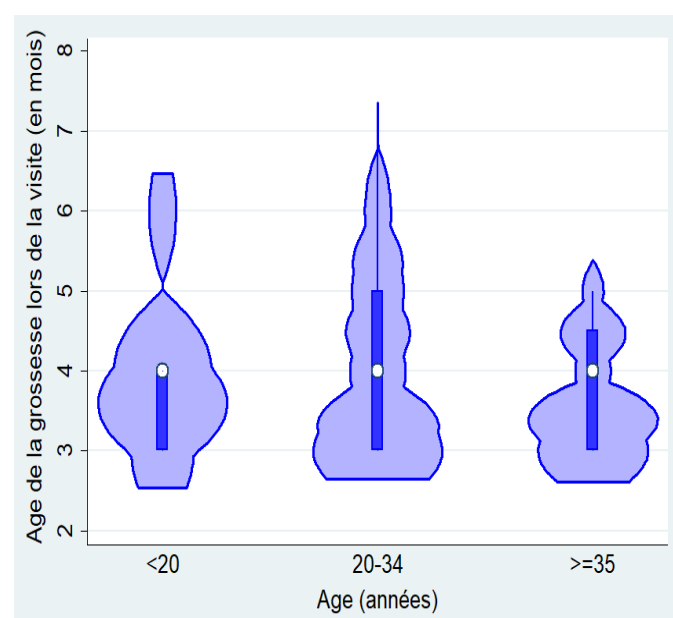


Figure 1. Violin plot montrant la corrélation entre l'âge de femmes et l'âge de la grossesse lors de la visite

Pour notre enquête, nous avons constaté que plus de 90% des femmes consultantes ont bénéficié de la vaccination antitétanique, du traitement vermifuge, de

la supplémentation martiale et du traitement antipaludéen. Plus de trois quarts ont subi un dépistage VIH (77,42%) et ont fait l'objet d'une échographie obstétricale (87,1%) (figure 3).

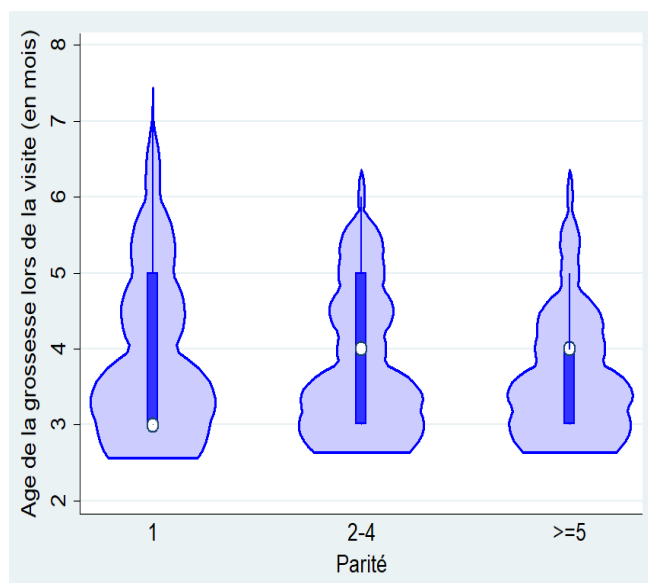


Figure 2. Violin plot montrant la corrélation entre la parité et l'âge de la grossesse lors de la visite

Tableau 2. Raisons de la fréquentation tardive des services de soins prénatals

Raison	Effectif (n=36)	Pourcentage
Pas de complications de la grossesse	27	75,0
Finance	6	16,7
Négligence	3	8,3

Discussion

Les femmes non consultantes représentent 8% des femmes enquêtées, taux comparable à celui de 6% enregistré à l'échelle nationale en milieu urbain [2].

Le taux de grossesses non suivies retrouvé est très variable, selon l'époque, le pays ou la région. Une récente étude menée à Lubumbashi (RDC) par Maleya *et al.* [4] rapportait un taux de grossesses non suivies de 21,23%. Brown *et al.* [11] avaient retrouvé un taux de 33% à Kwale (Kenya). Selon l'étude de El Hamdani *et al.* [12], 10% de femmes n'avaient pas suivi de CPN et les auteurs soulignaient que beaucoup de femmes non consultantes appartiennent au groupe de femmes pauvres et désavantagées socialement (femmes moins instruites et femmes migrantes). Il s'agit là en réalité des femmes les plus vulnérables qui ont le plus besoin de soins prénatals. Ceci accroît la nécessité de chercher à mieux connaître les obstacles et les barrières qui empêchent ces femmes de surveiller leurs grossesses et de bénéficier des soins de santé prénatals gratuits dans les centres de santé publique. Dans les pays en développement, les femmes ignorent souvent les avantages des soins prénatals pour la santé ou ne croient pas qu'ils sont importants pour elles ou pour leurs fœtus [12].

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débuter à un stade précoce de la grossesse et surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatals, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse [2].

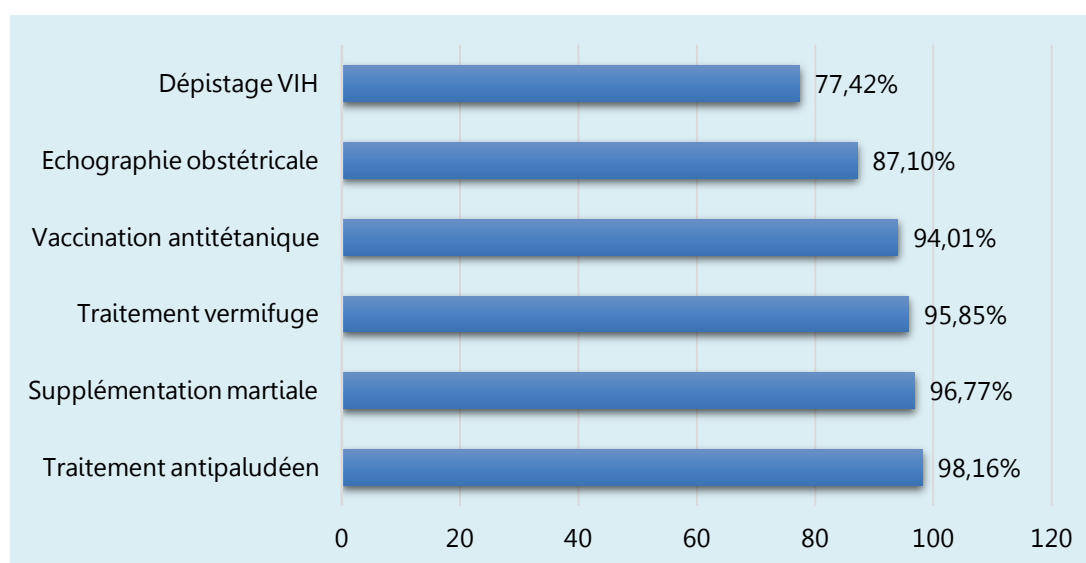


Figure 3. Pourcentage des soins reçus lors de la consultation prénatale des femmes

La principale observation de la présente étude est que le retard d'initiation de la CPN concerne plus de 15% des grossesses. Ce taux était de 57,7% dans l'étude de Mafuta et Kayembe [13]. Ces auteurs expliquaient que la CPN tardive est justifiée pour la majorité des répondantes par les difficultés financières, ou par l'absence de problèmes obstétricaux, bien que paradoxalement, les charges afférentes aux soins prénatals leur soient supportables et les modalités de tarification favorables.

Dans notre étude, les enquêtées ont donné comme raisons principales de fréquentation tardive l'absence de complications gestationnelles (75,0%) et par les difficultés financières (16,7%). Ces lient la nécessité de consultation prénatale à l'apparition de complications de leur grossesse. Ces femmes ne sont pas suffisamment animées par le souci de consulter, dans la mesure où elles n'en reconnaissent pas la nécessité et considèrent cela comme une démarche inutile, alors que l'utilisation des soins prénatals est surtout déterminée par la conviction des femmes que le suivi de la grossesse est nécessaire pour le bien-être de leur fœtus. Cette absence de motivation de la mère à la consultation comme obstacle pour le recours aux soins prénatals a été également rapportée par des études antérieures [12,13].

La proportion des femmes ayant initié en retard la première visite prénatale, rapportée dans la présente étude, est de loin inférieure à la proportion de 77,8% retrouvée en milieu urbain par EDS-RDC 2014. Cette différence pourrait être imputable à la plus grande précision de l'estimation de l'EDS-RDC 2014, liée à la taille plus importante de son échantillon, mais aussi à la période de référence. La proportion rapportée dans la présente étude traduit mieux l'état actuel du phénomène, étant donné que l'estimation de l'EDS-RDC 2014 a couvert une période de 5 ans ; ce qui représente un cumul de proportions annuelles. Il y a dans ce cas, non seulement un risque important de biais de souvenir pour les répondantes, mais aussi l'influence des valeurs extrêmes [2].

Cette proportion est également inférieure à 33,4% et 66,3% rapportées respectivement par Ewunetie *et al.* [14] et par Yaya *et al.* [15] en Ethiopie. Au nord du Ghana, Kotoh et Boah rapportaient 57,7% d'initiation tardive [16]. Ces disparités pourraient relever des différences de lieu d'études, des modalités de sélection, et des méthodologies d'analyses. Certains de ces auteurs ont étudié le phénomène au niveau des structures de soins présentant un risque élevé de concentration des cas, contrairement à la présente enquête, de type communautaire, et susceptible

d'induire une dilution du phénomène. Nos résultats traduisent une évolution dans le sens d'amélioration de la santé maternelle à la suite des efforts entrepris par plusieurs initiatives mondiales.

De nombreuses études avancent que la qualité de la consultation est plus importante que le nombre des visites et la date de la première CPN [12]. Dans les pays en développement, le fait de venir visiter est d'une importance majeure et, dans le contexte africain, la consultation prénatale offre l'unique occasion de contact de nombreuses femmes avec les services de santé et cette occasion doit être mise à profit pour mettre en place des actions d'une efficacité avérée [17], afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Pour notre enquête, nous avons constaté que plus de 90% des femmes consultantes ont bénéficié de la vaccination antitétanique, du traitement vermifuge, de la supplémentation martiale et du traitement antipaludéen. (Figure 3). Plus de trois quarts ont subi un dépistage VIH (77,42%) et ont fait l'objet d'une échographie obstétricale (87,1%).

Toutefois, certains examens importants, tels que l'analyse du sang permettant de connaître le groupe sanguin et le rhésus, et d'évaluer l'immunisation contre la toxoplasmose, la rubéole et les infections sexuellement transmissibles, ne sont pas faits. De même, l'échographie, qui est un examen essentiel pour dépister les malformations du fœtus, n'est faite que pour 87,1% des femmes. Ceci peut s'expliquer par le coût élevé de ces examens, qui ne sont pas souvent effectués dans les centres de santé publique, faute de moyens techniques, mais dans des laboratoires et des structures de santé privés.

Conclusion

Le délai dans l'initiation de soins prénatals demeure encore un problème dans la zone de santé de Lubumbashi. Cette situation handicape l'atteinte des objectifs de santé de la mère et de l'enfant. L'identification de principaux déterminants de ce retard incite à promouvoir des stratégies ciblées en vue d'influencer les comportements et les attitudes des personnes les plus vulnérables. L'éducation sanitaire, l'implication de la communauté, et la mise en œuvre des stratégies qui réduisent le paiement direct au point de prestation peuvent contribuer à minimiser ce phénomène dans notre contexte. Il faut aussi penser à améliorer la qualité et à élargir et généraliser la liste des examens dispensés dans les centres de santé publique (échographie et analyse du sang).

Conflicts d'intérêt : Aucun.

Références

- World Health Organization, Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF. 2019, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, Geneva, Switzerland, 2019.
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en oeuvre 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.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN maternal mortality estimation inter-agency group. *Lancet*. 2016;387(10017):462–74.
- Maleya A, Kakudji YK, Munan RM, Nsambi JB, Ngwej HI, Mukuku O, et al. Issues materno-foetales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal* 2019 ; 33 : 66.
- World Health Organization, editor. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. p. 152.
- Tolefac PN, Tamambang RF, Yeika E, Mbuagbaw L, Egbe TO. Ten years analysis of stillbirth in a tertiary hospital in sub-Saharan Africa: A case control study. *BMC Research Notes*. 2017;10(1).
- Tolefac PN, Halle-Ekane GE, Agbor VN, et al. Why do pregnant women present late for their first antenatal care consultation in Cameroon?. *matern health, neonatol and perinatol* 2017 ; 3 : 29.
- Gebremeskel F, Dibaba Y, Admassu B. Timing of first antenatal care attendance and associated factors among pregnant women in Arba Minch town and Arba Minch District, Gamo Gofa zone, South Ethiopia. *J Environ Public Health*. 2015;2015:e971506.
- Gudayu TW, Woldeyohannes SM, Abdo AA. Timing and factors associated with first antenatal care booking among pregnant mothers in Gondar town; north West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:287.
- Kisuule I, Kaye DK, Najjuka F, Ssematimba SK, Arinda A, Nakitende G, et al. Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago hospital, Kampala Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:121.
- Brown CA, Sohani SB, Khan K, Lilford R, Mukhwana W. Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008;8:2.
- El Hamdani FZ, Vimard P, Baali A, Zouini M, Cherkaoui M. Soins prénatals dans la ville de Marrakech. *Med Sante Trop* 2013 ; 23 : 162-167.
- Mafuta EM, Kayembe PK. Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Equateur et du Katanga en République Démocratique du Congo. *Ann. Afr. Med.* 2011 ; 4(4) : 845-854.
- Ewunetie AA, Munea AM, Meselu BT, et al. Delay on first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women in public health facilities of Debre Markos town, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018 ; 18 : 173.
- Yaya S, Bishwajit G, Ekholuenetale M, Shah V, Kadio B, Udenigwe O. Timing and adequate attendance of antenatal care visits among women in Ethiopia. *PLoS ONE* 2017; 12(9): e0184934.
- Kotoh AM, Boah M. "No visible signs of pregnancy, no sickness, no antenatal care": Initiation of antenatal care in a rural district in Northern Ghana. *BMC Public Health* 2019; 19: 1094.
- Prural A, De Bernis L, Ould EL Joud D. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. *J Gynecol Obstet Biol* 2002; 31 : 90-9.