

## Adéquation des soins de santé maternelle, néonatale et infantile : de la grossesse au programme d'immunisation de l'enfant dans la Zone de Santé Kenya à Lubumbashi

Matthias B. Wangakyumo <sup>1</sup>, M'Hedard B. Bope <sup>2</sup>, Bénédicte M. Buhika <sup>2</sup>, Watson K. Kavula <sup>2</sup>, Bertin M. Mupenda <sup>2</sup>, Grégoire K. Kahenga <sup>1</sup>, Aimé S. Banza <sup>3</sup>, Bony L. Numbi <sup>2</sup>, Betty K. Ntumba <sup>2</sup>, Trésor K. Kasama <sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Ecole Supérieure des Techniques Médicales de Malemba, Université de Malemba, République Démocratique du Congo.

### Résumé

**Introduction.** Le continuum des soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile reconnaît une interrelation étroite entre la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant à différents niveaux. L'objectif était de vérifier l'adéquation d'utilisation des services essentiels dans le continuum des soins de santé maternelle, néonatale et infantile.

**Méthodologie.** Il s'agit d'une étude descriptive transversale sur interview semi-dirigée auprès des femmes ayant un enfant de 9 mois à une année pendant la période allant de mars à juin 2022. L'échantillonnage a été arrêté à 422 femmes.

**Résultats.** La moyenne d'âge maternel était de  $28,37 \pm 6,41$  ans dont les extrêmes étaient de 17 ans et 47 ans. Le taux de suivi de CPN était de 88,86%, la fréquence moyenne des CPN était de  $2,5 \pm 1,3$ . Pendant les CPN, 82,93% des femmes avaient bénéficié d'un contrôle de la pression artérielle (PA), 80,27% de la mesure du poids, 78,40% de dépistage du VIH, 77,33% de la vaccination contre le tétanos, 76% de la prophylaxie contre le paludisme et 73,33% d'une supplémentation martiale. Le taux de césarienne était de 18,48% et 62,56% des femmes avaient accouché à l'hôpital ; 33,18% au centre de santé ; 3,32% à domicile et 0,95% en cours de route. Ainsi, 97,15% des enfants avaient été vaccinés et avaient reçu les vaccins anti polio, VPI, BCG et 95,97% avaient reçu DTC, pneumonie et le vaccin contre l'hépatite B, 95,02% des enfants avaient reçu le VAR.

**Conclusion.** Les soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile pose encore des problèmes à Lubumbashi. Ainsi la compréhension de la façon dont les femmes utilisent les soins aidera à mettre en œuvre et prioriser les interventions visant à améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile.

**Mots-clés :** Adéquation, Soins de santé maternelle-néonatale et infantile, Grossesse, Immunisation.

### Introduction

La santé de la mère et celle de son enfant sont parmi les plus grands indicateurs du développement, partout dans le monde [1].

La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant occupe une place essentielle dans la défense des soins de santé primaire. Elle met l'accent sur les soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale et les soins du nouveau-né [2].

### Correspondance:

Trésor K. Kasama. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Musumba, Lualaba, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 821 854 928 - Email : tresuza@gmail.com

Article reçu: 05-07-2022 Accepté: 12-08-2022

Publié: 16-08-2022



Copyright © 2022. Matthias B. Wangakyumo *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: Wangakyumo MB, Bope MB, Buhika BM, Kavula WK, Mupenda MB, Kahenga GK, Banza AS, Numbi BL, Ntumba BK, Kasama TK. Adéquation des soins de santé maternelle, néonatale et infantile : de la grossesse au programme d'immunisation de l'enfant dans la Zone de Santé Kenya à Lubumbashi. Revue de l'Infirmier Congolais. 2022;6(2):64-71. <https://doi.org/10.62126/zqrx.20226210>

Parmi les périodes vulnérables, on évoque celle de la grossesse et l'accouchement pour la mère et celle de la vie intra-utérine et néonatale pour l'enfant. Bien que la grossesse soit un état physiologique, elle peut exposer la femme à des états morbides pouvant mettre en danger sa vie ou celle de l'enfant qu'elle porte [3].

Le continuum des soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile reconnaît une interrelation étroite entre la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant à différents niveaux. Les soins de santé maternelle, néonatale et infantile, regroupés et incorporés dans des programmes intégrés, devraient permettre de sauver des millions de vies à un coût moindre [4].

Chaque année, plus de 500.000 femmes meurent suite aux problèmes survenus lors de leurs grossesses ou de leur accouchement. La plupart vivent en Afrique subsaharienne ou en Asie. Pour les femmes habitant dans les pays les moins avancés, le risque de mourir des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour celles vivant dans des pays industrialisés [5].

De même, un enfant né dans un des pays les moins avancés a 14 fois plus des risques de mourir dans les 28 premiers jours de sa vie qu'un enfant né dans un pays industrialisé. La survie d'un nourrisson est fortement liée à celle de sa mère. Améliorer la santé des mères et combattre pour la survie des enfants faisaient partie des objectifs du millénaire pour le développement [6].

La consultation prénatale est une meilleure méthode de protéger la santé des mères et des produits de la conception. Ces deux groupes sont les plus exposés des différents risques liés à l'état gestationnel [7].

Pour ce qui est de l'organisation de la vaccination, plusieurs études en Afrique relèvent que la qualité des services de vaccination est souvent mauvaise. Mais celle-ci augmente si le personnel de santé est bien motivé, si les populations sont efficacement sensibilisées et les activités vaccinales sont bien coordonnées [8].

L'utilisation des soins prénatals est jugée adéquate lorsqu'elle a débuté dès la conception jusqu'au 4<sup>ème</sup> mois de la grossesse, avec un minimum de quatre visites pour une grossesse ou un nombre plus petit selon l'âge gestationnel, c'est-à-dire au moins cinq visites pour une grossesse de 33 à 38 semaines [9].

Au niveau mondial, près de la moitié de la population rurale (56%) n'a pas accès aux services de santé contre 26% des personnes vivantes dans la zone urbaine [10].

L'Unicef souligne que malgré une forte expansion des services de santé et des améliorations expressives dans l'utilisation adéquate de soins prénatals et des indicateurs sociaux, les inégalités dans l'utilisation des prénatals persistent encore [11].

Au Brésil, bien que beaucoup ont été fait pour étendre la prestation des soins de santé mère-enfant, des situations d'installation insuffisantes, des services de qualité et des disparités sociales d'accès persistent [12]. L'insuffisance des systèmes de santé est l'un des principaux obstacles auxquels se heurte l'extension des interventions pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant. Pour que les systèmes de santé puissent dispenser les services essentiels, il est crucial qu'ils disposent des effectifs suffisants d'agents de santé formés, qualifiés et motivés, au bon endroit et au bon moment et dotés des ressources nécessaires pour renforcer le système de santé [13].

Plusieurs études menées en Afrique sur l'organisation de la vaccination relèvent que la qualité des services de vaccination est souvent mauvaise. Elle se caractérise par le faible niveau de connaissance des mères sur les vaccins que reçoivent leurs enfants, sur l'âge d'administration des différents vaccins, les temps d'attente importants, les nombreuses occasions manquées, les mauvais accueils des prestataires et l'apparition d'abcès après la vaccination [14].

En République démocratique du Congo, les services de santé posent problème malgré la sensibilisation de la population, la formation des personnels, ceux-ci sont bloqués par plusieurs facteurs socio-politico-économiques entre autre : la pauvreté, les guerres, les migrations, les chômages, les infrastructures routières qui mettent en difficulté la santé de la mère et des produits de conception [15].

Selon PNUD-RDC (2015), neuf femmes katangaises âgées de 15 à 49 ans sur 10 rencontrent des problèmes pour accéder aux soins malgré la proximité géographique des services de santé [16].

Pour obtenir des améliorations sur le programme d'immunisation, il faut mettre en œuvre des stratégies adaptées visant à éliminer l'influence des facteurs contribuant à la vaccination incomplète des enfants de moins de 5 ans [15].

Ainsi, l'objectif de cette étude est de vérifier l'utilisation de services de soins de santé à différents niveaux du continuum des soins de santé maternelle, néonatale et

infantile en commençant dès la conception de la grossesse jusqu'à l'immunisation de l'enfant.

## Méthodes

### Cadre d'étude

Cette étude a été réalisée dans la Zone de Santé Kenya dans la ville de Lubumbashi. En ce qui concerne l'espace, la Zone dans de Santé Kenya précisément dans les Aires de Santé Tingi-Tingi, Moba et Musofi étaient notre cadre d'étude.

### Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude une étude descriptive transversale quantitative pour une période d'étude allant de mars à juin 2022 à l'aide d'une interview semi-dirigée auprès des femmes ayant un enfant de 9 mois à une année (12mois) sur l'utilisation des services des soins à quatre niveaux pendant la grossesse, la naissance, les soins post-natales et la petite enfance.

### Population d'étude

La population de notre étude est constituée des femmes ayant accouché 9 à 12 mois avant notre enquête parmi lesquelles 422 ont été sélectionnées.

### Taille de l'échantillon et Technique d'échantillonnage

Nous avons fait recours à l'échantillonnage en grappe. La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule :

$$n = Z^2 \frac{Pq}{d^2}$$

Dont :

n = taille de l'échantillon

Z2 = l'écart réduit = 1,96

p = proportion de sujet de recherche par l'étude = 50% ≈ 0,5

d2 = degré de précision voulue qui est ici de 0,05

q = 1 - P = 100 - 50 = 50% ≈ 0,5

Donc  $n = (1,96)^2 \frac{0,5 \times 0,5}{(0,05)^2} = 384$

Nous avons ajouté les 10 % soit 0,1 des non répondants ceci nous donne  $384 \times 0,1 = 38,4$  et ce qui sera ajouté à la taille de l'échantillon.

Donc, nous aurons  $384 + 38 = 422$  qui est la taille de l'échantillon. Nous avons pris trois aires de santé parmi les 18 qui constitue la zone de santé Kenya et nous avons divisés 422 par trois pour avoir 141 femmes dans deux aires et 140 femmes dans une aire de santé.

### Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion de cette étude sont :

- Les femmes qui ont accouchés 9 à 12 mois avant l'enquête ;
- Avoir un enfant qui a l'âge de 9 mois à 12 mois ;
- Etre présent au moment de l'enquête ;
- Accepter volontairement de répondre aux questions

### Outils de collecte de données et procédure de collecte

Pour la collecte des données, nous nous sommes servis d'un guide d'interview comprenant des questions fermées et des questions ouvertes. Il a été développé par le chercheur à partir de la revue de la littérature.

### Variables d'étude

Les variables étudiées sont : âge maternel, statut matrimonial, niveau d'étude, occupation, lieu d'accouchement, mode d'accouchement, satisfaction, assistance, assistance lors de l'accouchement, soins post-natales, vaccins chez les enfants, suivi de la CPN, fréquence des CPN, moment de début de CPN, appréciation des soins de santé à la CPN, lieu des CPN et soins bénéficiés aux CPN.

### Traitement et analyse de données

Les données recueillies ont été consignées sur une fiche d'enquête individuelle. La saisie et le traitement de texte ont été faits sur Microsoft Word 2007. L'Excel version 6 a été utilisé pour le graphique et la gestion des données. Cependant, les réponses ont été transcrites au manuscrit.

### Considérations éthiques

L'identité des personnes soumises au questionnaire a été protégée, le questionnaire était anonyme. La participation à l'enquête était volontaire et sans contrainte. Le choix de ne pas se soumettre au questionnaire a été respecté.

## Résultats

L'analyse des données d'un échantillonnage de 422 cas dans cette étude portant sur l'Adéquation des soins de santé maternelle, néonatale et infantile dans la Zone de Santé Kenya démontre les résultats ci-dessous :

Septante-un virgule huit pourcent des femmes avaient l'âge compris entre 20 et 34 ans. La moyenne de l'âge maternel était de  $28,37 \pm 6,41$  ans. La plus jeune avait 17ans et la plus âgée avait 47ans.

En rapport avec le statut matrimonial, 75,36% étaient mariées et pour ce qui est du niveau d'étude, les

résultats montrent que 274 femmes soit 64,93% avaient un niveau d'étude secondaire et 76 femmes soit 18,01% avaient un niveau d'étude universitaire, 14,69% avaient un niveau d'étude primaire et enfin, 2,37% étaient des analphabètes.

Parlant de l'occupation, il s'avère que 128 des femmes soit 30,33% étaient ménagères, suivi de 99 soit 23,46% étaient vendeuse, 60 soit 14,22% avaient un métier libéral, 48 femmes soit 11,37% travaillaient dans des entreprises privées et enfin 51 soit 12,09% étaient étudiants (*Tableau 1*).

**Tableau 1. Age maternel, statut matrimonial, niveau d'étude et occupation**

Variable	Effectif (n = 422)	Pourcentage
<b>Age maternel</b>		
<20 ans	36	8,53
20-34 ans	303	71,80
≥35 ans	83	19,67
<b>Statut matrimonial</b>		
Marié	318	75,36
Non marié	70	16,58
Divorcée	19	4,50
Veuve	15	3,55
<b>Niveau d'étude</b>		
Analphabète	10	2,37
Primaire	62	14,69
Secondaire	274	64,93
Supérieur ou universitaire	76	18,01
<b>Occupation</b>		
Ménagère	128	30,33
Vendeuse	99	23,46
Agricultrice	13	3,08
Fonctionnaire publique	23	5,45
Entreprise privée	48	11,37
Métier libéral	60	14,22
Etudiant/élève	51	12,09

Concernant le lieu d'accouchement, les résultats révèlent que 264 femmes soit 62,56% avaient accouché à l'hôpital, 140 femmes soit 33,18% avaient accouché au centre de santé, 14 femmes soit 3,32% avaient accouché à domicile et 4 femmes soit 0,95% avaient accouché en cours de route (*Tableau 2*).

**Tableau 2. Lieu d'accouchement, mode d'accouchement, satisfaction, assistance, assistance lors de l'accouchement, soins post-natals et vaccins chez les enfants**

Variable	Effectif (n=422)	Pourcentage
<b>Lieu d'accouchement</b>		
Centre de Santé	140	33,18
Hôpital	264	62,56
Domicile	14	3,32
En cours de route	4	0,95
<b>Mode d'accouchement</b>		
Césarienne	78	18,48
Normal	344	81,52
<b>Satisfaction</b>		
Satisfaite	339	80,33
Pas satisfaite	83	19,67
<b>Assistance lors de l'accouchement</b>		
Accoucheuse (Sage-femme)	167	39,57
Infirmier(ère)	173	41,00
Médecin	67	15,88
Stagiaires, matrones et membres de familles	15	3,55
<b>Soins post-natals</b>		
Examen post-natal	342	81,04
Examen de contrôle	254	60,18
Visite de contrôle après la sortie	193	45,73
<b>Vaccins chez les enfants</b>		
Polio 0, 1, 2, 3 et VPI	410	97,15
BCG	410	97,15
DTC	405	95,97
Pneumonie 1, 2 et 3	405	95,97
Hépatite B et influenza	405	95,97
VAR	401	95,02

Au sujet du mode d'accouchement l'analyse des données montre que 344 femmes soit 81,52% avaient accouché par voie basse contre 78 femmes soit 18,48% qui avaient accouché par césarienne. En rapport avec la satisfaction, il s'avère que 339 femmes soit 80,33% étaient satisfaites des soins reçus de la part des professionnels contre 83 femmes soit 19,67% qui n'étaient pas satisfaite. À propos de l'assistance pendant l'accouchement, l'analyse des données montre que 173 femmes soit 41,00% ont été assistées par les infirmiers(ères) lors de leur accouchement, 167 femmes soit 39,57% par les accoucheuses (sages-femmes), aussi

67 femmes soit 15,88% par les médecins et 15 femmes soit 3,55% par les stagiaires, matrones et les membres de leurs familles.

Au sujet des soins post-natals des mères, les résultats montrent que 342 femmes soit 81,04% avaient bénéficié d'un examen post-natal de la part d'un professionnel qualifié et 254 femmes soit 60,18% avaient bénéficié d'un examen de contrôle un jour après l'accouchement. Pour ce qui est des soins post-natals des enfants il ressort de cette étude que 342 enfants soit 81,04% avaient bénéficié d'un examen post-natal, 254 enfants soit 60,18% avaient bénéficié d'un examen de contrôle de la part de professionnels de santé et 193 enfants soit 45,73% étaient rentrés après la sortie de la maternité pour une visite de contrôle.

En rapport avec la vaccination des enfants, il ressort de cette étude que 410 enfants soit 97,15% avaient reçu polio 0, 1, 2, 3, VPI et BCG et 405 enfants soit 95,97% avaient reçu DTC, pneumonie 1,2, 3 et le vaccin contre l'hépatite B, enfin 401 enfants soit 95,02% avaient reçu le VAR (*Tableau 2*).

**Tableau 3. Consultations prénatales (CPN), fréquence de CPN, moment de début de CPN, appréciation des soins de santé à la CPN et lieu des CPN**

Variables	Effectif (n = 375)	Pourcentage
<b>Consultations prénatales</b>		
Suivie	375	88,86
Non suivie	47	11,14
<b>Fréquence de CPN</b>		
1-3	283	75,5
≥4	92	24,5
<b>Moment de début de CPN</b>		
Premier trimestre	200	53,33
Deuxième trimestre	114	30,40
Troisième trimestre	61	16,27
<b>Appréciation des soins de santé à la CPN</b>		
Meilleur	311	83
Mauvais	64	17
<b>Lieu des CPN</b>		
Centre de santé	199	53,06
Dispensaire	69	18,41
Hôpital général de référence	107	28,53

Ce tableau 3 nous indique que 375 femmes soit 88,86% avaient suivi les CPN contre 47 femmes soit 11,14% qui ne les avaient pas suivies.

Il ressort de cette étude que parmi les femmes qui avaient suivi la CPN, 283 femmes soit 75,5% avaient réalisé au moins trois visites et 92 femmes soit 24,5% avaient réalisé plus de quatre visites. La fréquence moyenne de CPN était de  $2,5 \pm 1,3$  (extrêmes : 0 et 6).

L'analyse des données nous indique que parmi les femmes ayant suivi la CPN, 200 femmes soit 53,33% avaient débuté les CPN au premier trimestre, 114 femmes soit 30,40% avaient débuté au deuxième trimestre et 61 femmes soit 16,27% avaient débuté au troisième.

Les résultats montrent que parmi les femmes ayant suivi, 311 femmes soit 83% avaient considéré les soins de santé à la CPN comme meilleur contre 64 femmes soit 17% qui avaient trouvé que les soins de santé à la CPN étaient mauvais.

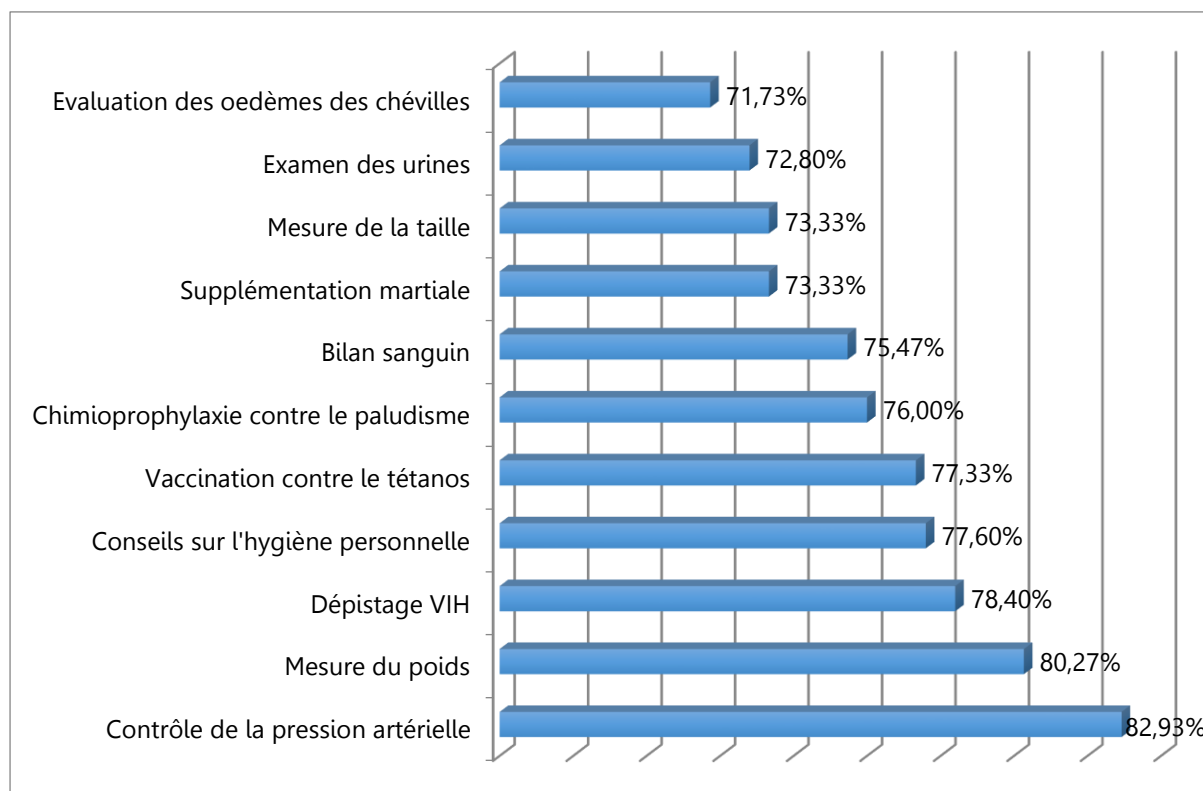
En rapport avec le lieu des CPN, il s'avère que 199 femmes soit 53,06% avaient suivi les soins prénatals au centre de santé, ainsi 107 femmes soit 28,53% les avaient suivies à l'hôpital général de référence et enfin 69 femmes soit 18,41% au dispensaire (*Tableau 3*).

Dans cette figure 1, 82,93% des femmes avaient bénéficié d'un contrôle de la pression artérielle, 80,27% de la mesure du poids, 78,40% de dépistage de VIH, 77,6% de conseils sur l'hygiène personnelle, 77,33% de la vaccination contre le tétanos, 76% de la prophylaxie contre le paludisme, 75,47% avaient bénéficié d'un bilan sanguin, 73,33% d'une supplémentation martiale et de mesure de la taille, 72,80% avaient bénéficié d'un examen d'urines et enfin 71,73% avaient bénéficié d'une évaluation des œdèmes de membres inférieurs (*Figure 1*).

## Discussion

Nous avons exploré l'utilisation de soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile dans certaines aires de santé de la zone de Kenya à Lubumbashi pour voir comment les femmes utilisent la santé maternelle, néonatale et infantile dans la plupart des cas, voici nos résultats par rapport à ceux d'autres auteurs.

En rapport avec la consultation prénatale, nous avons observé dans notre étude que 88,8% des femmes avaient suivi les CPN. Cela se justifie par la réduction du taux de mortalité maternel et infantile depuis qu'on a commencé avec la poursuite d'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement car un autre facteur non moins important est la qualité des services offerts, leur nombre insuffisant et la mauvaise répartition des



**Figure 1. Soins bénéficiés pendant les CPN**

centres des CPN. Tous ces arguments alourdissent le coût de la grossesse dans les pays en développement et rendent sa prise en charge très aléatoire. Malgré que seule 75,5% avaient réalisé au moins trois visites et 24,5% avaient réalisé plus de quatre visites car les consultations prénatales constituent l'un des quatre piliers de la maternité à moindre risque. Les trois autres piliers étant la planification familiale, l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité et les soins obstétricaux essentiels [17].

En ce qui concerne le moment de la fréquentation de la CPN, nous avons remarqué dans notre étude que 53,33% avaient débuté les CPN au premier trimestre. Ainsi, selon une compilation de l'OMS sur la couverture prénatale, 98% des femmes enceintes dans les pays développés suivent les consultations prénatales tandis que ce taux restait inférieur à 70% dans la plupart des pays d'Afrique, en Inde et dans les pays asiatiques arabes [18]. En République démocratique du Congo, quelques indications fournies par l'UNFPA en matière de santé de reproduction montrent que le taux de fréquentation de consultation prénatale a été de 85% [19].

Par rapport au lieu des soins prénatals, nous avons trouvé que 53,06% avaient reçu leur soins aux centres de santé, suivi de 28,53% qui les avaient reçus à l'hôpital général et enfin 18,41% au dispensaire vu que la

consultation prénatale à ces exigences ou normes à respecter sur le plan infrastructure car les réalités sont multiples autour de cette dernière entre autre l'insuffisance des connaissances en rapport avec la CPN par le personnel soignant, le manque de certains matériels ainsi que le non-respect de séance de CPN tel que recommandé par l'OMS. Au niveau mondial, selon le rapport de l'organisation internationale du travail, près de la moitié de la population rurale (56%) n'a pas accès aux services de santé contre 26% des personnes vivant dans la zone urbaine [20]. Ainsi, l'insuffisance des systèmes de santé est l'un des principaux obstacles auxquels se heurte l'extension des interventions pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant.

Concernant les soins pendant l'accouchement, nous avons observé dans notre étude que 80,3% des femmes étaient satisfaites. Ce qui signifie que les soins se déroulaient normalement pendant l'accouchement car dans toutes les sociétés du monde, la grossesse est un événement physiologique particulier qui attire l'attention des couples et des familles. C'est pourquoi les soins prénatals ont été adoptés de façon universelle. Cependant, dans leur réalisation pratique, de grandes différences existent malgré la mortalité maternelle causée par des troubles chroniques tel que l'anémie, troubles tensionnelle de grossesse, infection ainsi que les problèmes aigus qui se manifestent lors que la

femme est près d'accoucher tel que l'hémorragie, la dystocie et autre sont les risques pour une femme enceinte de mourir du fait de sa grossesse ou de son accouchement et cela, conduit beaucoup plus des femmes à la césarienne [17]. Pour que les systèmes de santé puissent dispenser les services essentiels, il est crucial qu'ils disposent des effectifs suffisants d'agents de santé formés, qualifiés et motivés, au bon endroit et au bon moment et dotés des ressources nécessaires pour renforcer le système de santé.

En rapport avec l'appréciation des soins prénatale, nous avons observé dans notre étude que 83% des femmes avaient une bonne appréciation des soins des CPN. Ce qui justifie que les soins prénatals fournis à la femme étaient de bonne qualité malgré le petit problème de retard ou l'arrivée tardive sur le lieu de consultation en de cela, plusieurs facteurs ont été répertoriés comme affectant la fréquentation des centres de consultations prénatales dans ces pays : le statut des femmes, leur situation matrimoniale (la grossesse est honteuse si la femme n'est pas mariée), l'économie et le statut économique (l'économie générale du pays ou de la communauté, le bien-être économique de la famille, la personne qui contrôle les finances dans la famille ou le ménage), les croyances défavorables qui concernent la grossesse. Rwenge trouve en 2021 au Cameroun que les barrières socio-culturelles traditionnelles, la faible ouverture à la modernité, la pauvreté économique des familles et l'éloignement physique des services de santé étaient les principaux facteurs négatifs de l'utilisation des services de santé modernes pendant la grossesse et/ou l'accouchement par les adolescentes camerounaises [21]. L'on devrait tenir compte de l'ensemble de ces éléments dans les politiques d'amélioration de la qualité des soins prénatals dans les milieux étudiés.

Par rapport aux soins post-natals, nous avons trouvé que 81% des femmes avaient bénéficié d'un examen post-natal, suivi de 60,2% qui avaient bénéficié d'un examen contrôle un jour après accouchement avant la sortie de la maternité et 45,7% des femmes étaient revenues avec leurs enfants pour une visite de contrôle après la sortie. Selon l'organisation mondiale de la santé en République Démocratique du Congo, seulement 35% des femmes bénéficient des services de soins postnatals aussi la majorité des femmes rentre à

l'hôpital pour les soins postnatals uniquement dans le cas de problème de santé de la mère et de l'enfant [22].

En ce qui concerne la vaccination, nous avons trouvé que 97,15% des enfants dont leurs mères étaient enquêtées avaient reçu le VPO et VPI, le BCG ; 95,97% des enfants avaient reçu le DTC, le vaccin contre la pneumonie et le vaccin contre l'hépatite et enfin 95,02% des enfants avaient reçu le VAR. Par ailleurs, plusieurs études menées en Afrique sur l'organisation de la vaccination relèvent que la qualité des services de vaccination est souvent mauvaise. Elle se caractérise par le faible niveau de connaissance des mères sur les vaccins que reçoivent leurs enfants, sur l'âge d'administration des différents vaccins, les temps d'attente important, les nombreuses occasions manquées, les mauvais accueils des prestataires et l'apparition d'abcès après la vaccination [14]. Tandis que, la couverture vaccinale de la République démocratique du Congo s'estime à 84% pour le BCG, 61% pour les trois doses de DTC, 63% pour le VOP, 49% pour les trois doses contre l'hépatite B, 67% contre la rougeole et enfin 65% contre la fièvre jaune [23]. Cette différence pourrait être due au fait que notre étude se limite à une zone de santé alors les autres ont considéré tout le pays.

### Conclusion

Pour clore, les soins avaient été dispensés aux femmes qui ont suivi les CPN et pendant leur accouchement et ont été assisté par les personnels qualifiés car tous les enfants ont été complètement vaccinés malgré que les soins prénatals ont apprécié à 83% de cas. Tout ceci montre qu'il y a des défis à relever, la compréhension de la façon dont les femmes utilisent les soins aidera à concevoir, à mettre en œuvre et prioriser les interventions visant à améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile et à réduire les décès liés à la grossesse, à l'accouchement. L'incapacité des mères à passer efficacement des services des soins et à continuer avec les soins dispensés à leurs enfants est une préoccupation majeure dans la zone de santé Kenya à Lubumbashi.

---

*Conflits d'intérêt : Aucun.*

## Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, OMS, 2005.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Santé de la mère et de l'enfant : 10 moyens d'améliorer la qualité des soins. Genève, OMS, 2017.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Genève, OMS. 2015.
4. Tinker A. Maternité sans risque—du plaidoyer à l'action, Finances & Développement. 1991 ;0028 (004),A006. Extrait le 3 août 2022. Accessible sur : <https://www.elibrary.imf.org/view/journals/022/0028/004/article-A006-en.xml>
5. UNICEF France. La santé maternelle et néonatale. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Décembre 2008.
6. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. Systèmes de santé en Afrique : perceptions et perspectives communautaires : Rapport d'une étude multipays. OMS. Bureau régional de l'Afrique, 2012.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la situation dans le monde. Genève, OMS, 2006.
8. UNICEF. Les inégalités mettent en péril la vie de millions d'enfants et constituent une menace pour l'avenir de la planète. La situation des enfants dans le monde 2016.
9. CESAR JA. *et al.* Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saude Publica, Rio de Janeiro. 2012; 28(11): 2106-2114, 2012.
10. Cox RG, Zhang L, Zotti ME, Graham J. Prenatal care utilization in Mississippi: racial disparities and implications for unfavorable birth outcomes. *Matern Child Health J.* 2011;15(7):931-42.
11. Reichman NE, Kenney GM. Prenatal care, birth outcomes and newborn hospitalization costs: patterns among Hispanics in New Jersey. *Fam Plann Perspect.* 1998;30(4):182-7, 200.
12. Peres MFP, Oliveira AB, Leão FC, Vallada H, Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Religious landscape in Brazil: Comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. *SSM Popul Health.* 2018 Sep 7;6:85-90.
13. Afsana, Kaosar. "The Tremendous Cost of Seeking Hospital Obstetric Care in Bangladesh." *Reproductive Health Matters,* 2004 ; 12(24) :171-80.
14. Renaudin P, Prual A, Vangeenderhuysen C, Ould Abdelkader M, Ould Mohamed Vall M, Ould El Joud D. Ensuring financial access to emergency obstetric care: three years of experience with Obstetric Risk Insurance in Nouakchott, Mauritania. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Nov;99(2):183-90.
15. PEV, République Démocratique du Congo, Plan pluriannuel complet du PEV de la RDC 2013-2015 ; 2016.
16. PNUD, République Démocratique du Congo : Enquête sur la santé de la mère et celle des enfants. 2015.
17. Backett EM, Davies A, Michael & Petros-Barvazian A. L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé : notamment la santé maternelle et infantile. Organisation mondiale de la Santé, 1984.accessible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39288>
18. Bakary MT et al. Consultations prénatales au centre de santé communautaire de Yirimadio. *Revue marocaine de santé publique.* 2018 ; 5(8).
19. UNFPA. Évaluation de l'appui du FNUAP à la santé maternelle Évaluation à mi-parcours du Fonds thématique pour la santé maternelle. Rapport de pays: République démocratique du Congo 2012.
20. Organisation Internationale du Travail (OIT). Plus de la moitié de la population rurale dans le monde est exclue des soins de santé. Rapport de l'organisation internationale du travail. 2022.
21. Rwenge MJ, Tchamgoue-Nguemaleu HB. Facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescentes Camerounaises [Social factors associated with the use of obstetrical health care services among Cameroonian teenagers]. *Afr J Reprod Health.* 2011 ;15(3):81-92.
22. UNFPA. Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans trois provinces de la République démocratique du Congo rapport d'enquête Octobre 2012.
23. Pierre Aubry. Bernard-Alex Gaüzère. Du Programme Élargi de Vaccinations aux Programmes Nationaux de Vaccination systématique. Centre René Labusquière, Institut de Médecine Tropicale, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux (France). Mise à jour le 22/11/2021.