



FACTEURS ASSOCIES AU FAIBLE RECOURS DES FEMMES ENCEINTES A LA CPN4 (CAS DE LA ZONE DE SANTE DE MWENE DITU EN RDC)

¹TSHIBANGU KADIATA C., ²LUBO MUMBIYI M. , ³BUKASA MULANGU B.,
⁴MUSASA BUKASA J.R., ⁵KABANGUE WA KUBALUBOYA., ⁶MASENGU
MUTSHIMUANA S., ⁷SABUE SABUE H., ⁸KAZADI SULU M., ⁹MUSASA
TSHIBANGU JC., ¹⁰TSHIANGA MUSUL A. , ¹¹MASHINDA SABUE M.,
¹²TSHIBANGU KABONGO A., ¹³TSHIBANDA TONDOYI E., ¹⁴BOMBO MPOSHI C.,
¹⁵LUMAMI MUSUNGU et ¹⁶BUKASA TSHILONDA JC

1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, Kalenda, R.D.Congo ;

2. Institut Supérieur Pédagogique de Mwene Ditu, Mweneditu, R.D.Congo ;

13. Université de Mwene Ditu, Mwene Ditu, R.D.Congo

14, 15. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubao, Lubao, R.D.Congo.

16. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi, Mbujimayi, R.D.Congo.

RESUME

Introduction : L'objectif de ce travail vise à analyser les facteurs associés au faible recours des femmes enceintes à la consultation prénatale 4 afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle dans la Zone de santé de Mwene Ditu.

Méthodologie :

La taille de l'échantillon étant estimée à 422 sujets d'étude, nous avons procédé comme suit pour calculer les sous échantillon de chacune des 5 Strates :

- a) Calculer la proportion de chaque strate par rapport à la population ;
- b) Multiplier les proportions obtenues par la taille de l'échantillon, ce qui nous a permis d'obtenir ainsi la taille de sous échantillon pour chaque strate

Les strates constituées se présentent de la manière suivante :

Pour arriver à collecter les informations sur terrain, nous avons fait recours à la méthode d'enquête par questionnaire.

Résultats :

Les principaux facteurs associés au faible recours des femmes enceintes à la consultation prénatale 4 sont :

- Le temps réalisé pour arriver au site de la CPN
- Le moyen de transport utilisé pour arriver au site de CPN
- L'exigence de l'argent pour les soins à recevoir à la CPN

Conclusion :

Ainsi, pour éviter ces décès, l'OMS a préconisé, entre autres, un suivi médical de la grossesse, en réalisant au moins quatre visites prénatales auprès des professionnels de la santé, dont la première dans le premier trimestre de la grossesse, et en recevant deux doses d'anatoxine tétanique durant la grossesse en cours ou une seule dose si l'on a été vacciné lors de la grossesse précédente.

Mots clés : *Facteurs, faible recours, consultation prénatale, femme enceinte*

ABSTRACT

Introduction: The objective of this work aims to analyze the factors associated with the low use of pregnant women for prenatal consultation 4 in order to contribute to the reduction of maternal mortality in the Mwene Ditu Health Zone.

Methodology :

The size of the sample being estimated at 422 study subjects, we proceeded as follows to calculate the sub-sample of each of the 5 Strata:

- a) Calculate the proportion of each stratum in relation to the population;

b) Multiply the proportions obtained by the sample size, which allowed us to obtain the sub-sample size for each stratum

The strata formed are as follows:

To collect information on the ground, we used the questionnaire survey method.

Results :

The main factors associated with the low use of pregnant women for prenatal consultation 4 are:

- The time taken to arrive at the CPN site
- The means of transport used to arrive at the CPN site
- The requirement of money for the care to be received at the CPN

Conclusion :

Thus, to avoid these deaths, the WHO has recommended, among other things, medical monitoring of pregnancy, by making at least four prenatal visits to health professionals, including the first in the first trimester of pregnancy, and by receiving two doses of tetanus toxoid during the current pregnancy or only one dose if you were vaccinated during the previous pregnancy.

Keywords: *Factors, low uptake, prenatal consultation, pregnant woman*

1. INTRODUCTION

Dans la société humaine, le fait pour une femme de donner naissance est considéré comme une source de joie, une valorisation de la femme. Malheureusement, nous constatons que plusieurs parmi elles gardent encore des handicaps très graves durant toute leur vie ou qui meurent carrément à cause des complications de la grossesse ou des accouchements.

Un des défis majeurs auxquels l'espèce humaine est quotidiennement confrontée est la sauvegarde de la vie. Toutes ses actions traduisent de façon directe ou indirecte sa volonté de prévenir ou de guérir les maux susceptibles d'entraîner la mort. Pour une femme, donner naissance devrait être une situation normale, une source de joie, et un moyen d'accomplissement humain et social. Malheureusement, il arrive encore que de

nombreuses femmes donnent la vie en perdant la leur, ou en gardant des séquelles qui peuvent les handicaper pendant le reste de leurs jours sur terre, à cause de nombreuses complications de la grossesse et/ou de l'accouchement (**Okedo, A., 2019**).

A ce jour, près d'un demi-million de femmes meurent chaque année dans le monde. Environ 99% de ces décès se produisent dans les pays en développement dont la plupart auraient pu être évités car la plupart des causes de ces décès sont évitables. Le principal obstacle est le manque d'accès à des soins de qualité pour les femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement (**OMS, 2016**).

Si l'on en croit l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale (2018), 99% des décès maternels sont observés dans les pays en développement, africains en particulier, et la plupart sont dus à des complications que les femmes expérimentent pendant la grossesse, à l'accouchement, ou durant les six premières semaines du post-partum. Étant donné que la plupart de ces complications peuvent être médicalement prévenues, le non recours ou le retard dans le recours aux soins obstétricaux, l'accessibilité des soins obstétricaux (en termes de temps et de coût) et la disponibilité des soins obstétricaux de qualité déterminent le risque de mortalité maternelle dans ces pays.

Une grossesse fait naître un grand espoir pour l'avenir et peut donner à la femme un statut social particulier très apprécié. Elle permet à la femme de s'affirmer, de garder ou de conforter sa place au sein de la famille. Cependant, c'est également une situation où les risques sont accrus pour la santé de la mère et celle de l'enfant à naître, tant en terme de morbidité, qu'en terme de mortalité (Gitonga, E., 2016).

Dans les régions où la population est constituée d'environ 20% d'enfants de moins de 5 ans et 30% de femmes en âge de procréer, les activités de santé maternelle et infantile sont susceptibles d'avoir un impact important sur l'ensemble de la population. Le suivi de la grossesse a pour objectifs de favoriser le développement des grossesses normales, d'identifier et de prévenir les éventuelles complications ou aggravations pouvant survenir pendant la grossesse et en outre de dicter la voie d'accouchement. Il permet également à la femme d'accoucher dans de bonnes conditions physiques et psychologiques (**WEIL, O., 2013**).

Dans la province de Lomami, un taux de 20% de mortalité maternel pendant l'année 2019. Quant au taux de fréquentation de la quatrième consultation prénatale a été évaluée à 60% dont 57% dans la zone de santé de Kabinda, 54% dans la zone de santé de Kalenda, 51% dans la zone de santé de Kabinda et 59% dans la zone de santé de Mweneditu.

Il va de soi que dans cette Province, où le taux de mortalité maternelle **reste encore plus élevé**. Les risques pour la femme de mourir pendant la grossesse et à l'accouchement constituent la différence la plus flagrante: 1 sur 26 pour une région la plus reculée contre 1 sur 7300 pour les régions développées (**DPS/LOMAMI, 2017**).

Partant de nos observations et constats faits, nous continuons à nous frustrer, voyant un faible taux de femmes enceintes recourant à la consultation prénatale ; et pourtant, les risques liés à la grossesse et accouchements non assistés restent encore alarmant dans notre milieu local. Voilà la raison pour laquelle nous nous sommes revêtus cette curiosité scientifique pour mener une telle étude.

2. METHODOLOGIE

La population de notre étude étant l'ensemble des femmes enceintes de la zone de santé de Mwene Ditu, il s'est avéré avantageux de constituer un sous ensemble qui se doit d'être une image, réduite, mais fidèle de cette population (échantillon).

Pour réaliser cette étude, nous avons opté pour la méthode d'échantillonnage probabiliste étant donné que, notre travail fait recours aux femmes enceintes ayant déjà des notions générales sur la consultation prénatale.

Ainsi, les femmes enceintes faisant partie de notre étude seront obtenues à partir de la population cible conformément aux critères de sélection. De ce fait, notre échantillon est probabiliste.

Etant donné que le recours à la CPN4 constitue certainement un véritable problème dans la zone de santé de Mwene Ditu; nous avons retenu la formule de FISHER pour estimer la taille de notre échantillon, puis l'avons appliquée comme ci-dessous :

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} D^2 \text{ où :}$$

- n : taille de l'échantillon ;
- z : coefficient de confiance pour un degré de confiance estimé à 95% (soit 1,96) ;
- p : proportion de la population ayant une caractéristique donnée estimée à 50% ;
- q : proportion supposée de la population cible n'ayant pas de caractéristique étudiée ;
- d : la précision désirée, intervalle de confiance de la population(en général =0,05 et parfois 0,02)

$$n = z^2 \frac{(p.q)}{d^2}, p = 50\% = 0,5, q = 1 - p = 1 - 0,5$$

$$n = (1,96)^2 \times \frac{0,5 \times 0,5}{(0,05)^2} = 3,8416 \times \frac{0,25}{0,0025} = 3,8416 \times 100 = 384 \text{ comme taille de notre échantillon}$$

Ainsi, pour ne pas manquer la puissance nous avons choisi 0,10 soit (10%) et avons procédé comme suit :

$$\frac{384}{10} = 38,4 \text{ puis nous avons fait } 384 + 38,4 = 422$$

La taille de l'échantillon étant estimée à 422 sujets d'étude, nous avons procédé comme suit pour calculer les sous échantillon de chacune des 5 Strates :

- c) Calculer la proportion de chaque strate par rapport à la population ;
- d) Multiplier les proportions obtenues par la taille de l'échantillon, ce qui nous a permis d'obtenir ainsi la taille de sous échantillon pour chaque strate

Les strates constituées se présentent de la manière suivante :

Pour arriver à collecter les informations sur terrain, nous avons fait recours à la méthode d'enquête par questionnaire.

3. RESULTATS

3.1. ANALYSE UNI – VARIEE

Tableau 1 : Répartition des cas selon l'âge

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
18 – 30	368	87,2
31 et plus	54	12,8
Total	422	100

Dans ce tableau, nous avons remarqué que la majorité des gestantes avaient l'âge allant de 18 – 30 ans avec 368 cas sur 422 soit 87,2%, contre 12,8% soit 54 cas sur 422 qui ont représenté

les gestantes dont l'âge variait entre 31 ans et plus.

Tableau 2 : Répartition des cas selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Primaire	57	13,5
Secondaire	30	7,1
Supérieur/Universitaire	14	3,3
Aucun	321	76,1
Total	422	100

Ce tableau nous renseigne que la majorité de nos enquêtées n'avaient aucun niveau d'étude, avec 321 cas sur 422 soit 76,1% ; suivies de celles qui avaient le niveau d'étude primaire avec 57 cas sur 422 soit 13,5%.

Tableau 3 : Répartition des cas selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	25	5,9
Paucipare	25	5,9
Multipare	318	75,4
Grande multipare	54	12,8
Total	422	100

Ce tableau nous montre que la plus part des gestantes ont été des multipares et ont représenté 318 cas sur 422 soit 75,4% ; suivies des grandes multipares avec 54 cas sur 422 soit 12,8%.

Tableau 4 : Répartition des cas selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçante	21	5
Ménagère	345	81,8
Secteur public	11	2,6
Secteur privé	11	2,6
Aucune	34	8,1
Total	422	100

Au vu de ce tableau, nous avons remarqué que la majorité des gestantes ont été des ménagères avec 345 cas sur 422 soit 81,8% ; suivis de 34 gestantes sur 422 soit 8,1% qui n'avaient aucune profession.

Tableau 5 : Répartition des cas selon l'état civil

Etat civil	Effectif	Pourcentage
Marié	422	100
Total	422	100

Il sied de signaler ici que la totalité des gestantes ont été des mariées, c'est-à-dire 100% soit 422 cas.

Tableau 6 : Répartition des cas selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Chrétienne	357	84,6
Non – chrétienne	65	15,4
Total	422	100

Au vu de ce tableau, il est clair de signaler que la plus part des gestantes ont été des chrétiennes, avec 357 cas sur 422 soit 84,6% contre 65 cas sur 422 soit 15,4% des non – chrétiennes.

Tableau 7 : Répartition des cas selon la visite de la CPN au cours de la grossesse

Visite de la CPN	Effectif	Pourcentage
Oui	398	94,3
Non	24	5,7
Total	422	100

Ce tableau nous renseigne que la majorité des enquêtées ont déjà été à la CPN durant la grossesse en cours, ceci faisant état de 398 cas sur 422 soit 94,3% ; contre 24 cas sur 422 soit 5,7% des gestantes qui n'ont jamais été à la CPN durant la grossesse en cours.

Tableau 8 : Répartition des cas selon le nombre des visites à la CPN

Nombre des visites	Effectif	Pourcentage
1 – 2 fois	312	73,9
3 – 4 fois	110	26,1
Total	422	100

Ce tableau nous fait voir que la majorité des gestantes se sont rendues à la CPN une à deux fois seulement, ce qui a représenté 312 cas sur 422 soit 73,9% contre 110 cas sur 422 soit 26,1% de celles qui ont consultées trois à quatre fois.

Tableau 9 : Répartition des cas selon le type des soins reçus à la CPN

Soins	Effectif	Pourcentage
Education sanitaire	45	10,7
Vaccination	350	82,9
Administration des médicaments	12	2,8
La pesée	11	2,6
Autres	4	0,9
Total	422	100

Ce tableau nous fait voir que la majorité des gestantes ont souligné la « vaccination » comme le principal soin reçu à la CPN, ceci à 82,9% soit 350 cas sur 422, suivis de 45 cas sur 422 soit 10,7% des gestantes qui ont cité « l'éducation sanitaire comme principal soin à la CPN.

Tableau 10 : Répartition des cas selon l'exigence des soins par l'argent

L'argent à la CPN	Effectif	Pourcentage
Oui	388	91,9%
Non	34	8,1%
Total	422	100,0%

Ce tableau nous renseigne que la majorité des gestantes ont confirmé l'exigence d'argent pour les soins à la CPN, ceci à 91,9% soit 388 cas sur 422 contre 34 cas sur 422 soit 8,1% qui ont dit le contraire.

Tableau 11 : Répartition des cas selon la distance entre la maison et le site de la CPN

Distance	Effectif	Pourcentage
Longue	6	1,4
Moyenne	374	88,6
Courte	42	10
Total	422	100

La majorité des gestantes ont montré que la distance qui les sépare entre la maison et le site de la CPN est moyenne 374 sur 422 soit 88,6% ; suivis de 42 gestantes sur 422 soit 10% des gestantes qui ont fait voir que cette distance a été courte

Tableau 12 : Répartition des cas selon le temps réalisé pour arriver au site de la CPN

Temps	Effectif	Pourcentage
Plus de 60 minutes	385	91,2%
Moins de 60 minutes	37	8,8%
Total	422	100,0%

Ce tableau nous a fait voir que la plu part des enquêtées pour beaucoup de gestantes, la distance réalisée pour arriver au site de la CPN a été plus de 60 minutes, ceci à 91,2% soit 385 cas sur 422 ; contre 37 cas sur 422 soit 8,8% de celles qui ont qualifié ce temps « moins de 60 minutes ».

Tableau 13 : Répartition des cas selon le moyen de transport utilisé pour arriver au site de la CPN

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
je vais les pieds	361	85,5
Je prends le transport en commun	51	12,1
Je prends la moto/véhicule individuel	10	2,4
Total	422	100

Dans ce tableau, nous avons remarqué que la plu part des gestantes ont fait les pieds pour arriver au site de la CPN, ceci a représenté 85,5% soit 361 cas sur 422 ; suivies de 51 gestantes sur 422 soit 12,1% qui ont pris le transport en commun.

3.2. ANALYSE BI – VARIEE

Tableau 14 : Association entre le faible recours à la CPN4 et le type des soins reçus à la CPN

Type des soins	Recours à la CPN4			Chi – carré	p	Signification
	Non	Oui	TOTAL			
L'éducation sanitaire	31 9,9	14 12,7	45 10,7	3,978	0,408	NS
La vaccination	259 83,0	91 82,7	350 82,9			
Administration des médicaments	8 2,6	4 3,6	12 2,8			
La pesée	10 3,2	1 0,9	11 2,6			
Autres	4 1,3	0 0,0	4 0,9			
TOTAL	312 100,0	110 100,0	422 100,0			

Il n'y a pas de relation signification entre le faible recours à la CPN4 et les types des soins reçus à la CPN

Tableau 15 : Association entre le faible recours à la CPN4 et le l'endroit préféré pour l'accouchement

Lieu d'accouchement	Recours à la CPN4			Chi – carré	P	Signification
	Non	Oui	TOTAL			
Centre de santé	283 90,7	98 89,1	381 90,3			

Hôpital	26 8,3	11 10,0	37 8,8	1,2835	0,867	NS
Domicile	3 1,0	1 0,9	4 0,9			
TOTAL	312 100,0	110 100,0	422 100,0			

Il n'y a pas d'association entre le faible recours à la CPN4 et l'endroit préféré par les gestantes pour l'accouchement

Tableau 16 : Association entre le faible recours à la CPN4 et le cout des soins à la CPN

Cout des soins	Recours à la CPN4			Chi – carré	p	Signification
	Non	Oui	TOTAL			
Moins de 1000fc	23 7,4	10 9,1	33 7,8	0,137	0,346	NS
Plus de 1000fc	289 92,6	100 90,9	389 92,2			
TOTAL	312 100,0	110 100,0	422 100,0			

Il n'y a pas de signification entre le faible recours à la CPN4 et le cout des soins à la CPN.

Tableau 17 : Association entre le faible recours à la CPN4 et la distance parcourue pour arriver au site de la CPN

Distance	Recours à la CPN4			Chi – carré	p	Signification
	Non	Oui	TOTAL			
Longue	5 1,6	1 0,9	6 1,4	0,415	0,812	NS
Moyenne	277 88,8	97 88,2	374 88,6			
Courte	30 9,6	12 10,9	42 10,0			

TOTAL	312	110	422			
	100,0	100,0	100,0			

Il n'y a pas de signification entre le faible recours à la CPN4 et la distance parcourue par les gestantes pour arriver à la CPN

Tableau 18 : Association entre le faible recours à la CPN4 et le temps réalisé pour arriver à la CPN

Recours à la CPN						
Temps	Non	Oui	TOTAL	Chi – carré	P	Signification
Plus de 60 minutes	279 89,4	106 96,4	385 91,2	4,068	0,016	S
Moins de 60 minutes	33 10,6	4 3,6	37 8,8			
TOTAL	312 100,0	110 100,0	422 100,0			

Il y a eu une relation significative entre le faible cours à la CPN et le temps réalisé pour arriver au site de la CPN



Tableau 19 : Association entre le faible recours à la CPN4 et le moyen de transport utilisé pour arriver au site de la CPN

Recours à la CPN						
Moyens de transport	Non	Oui	TOTAL	Chi – carré	p	Signification
Je fais les pieds	262 84,0	99 90,0	361 85,5	2,4120	0,0299	S
Transport en commun	42 13,5	9 8,2	51 12,1			
Moyen individuel	8 2,6	2 1,8	10 2,4			
TOTAL	312 100,0	110 100,0	422 100,0			

Il existe une relation significative entre le faible recours à la CPN4 et le moyen de transport utilisé pour arriver au site de CPN

4. DISCUSSION

Dans le tableau 1, nous avons remarqué que la majorité des gestantes avaient l'âge allant de 18 – 30 ans avec 368 cas sur 422 soit 87,2%, contre 12,8% soit 54 cas sur 422 qui ont représenté les gestantes dont l'âge variait entre 31 ans et plus.

Contrairement à ces résultats, selon l'EDSM III au **Mali** (EDSM III) réalisée en 2011, sur 100.000 naissances, le taux de mortalité maternel et infantile variait de 500 à 600. Autrement dit au Mali, une femme courait un risque de 1/24 de décès dans la tranche d'âge de 15-49ans.

Le tableau 2 nous a renseigné que la majorité de nos enquêtées n'avaient aucun niveau d'étude, avec 321 cas sur 422 soit 76,1% ; suivies de celles qui avaient le niveau d'étude primaire avec 57 cas sur 422 soit 13,5%.

Mais l'étude de **Guy La Ruche., (2012)**, dans la ZS de Kisanga dans la province du Haut Katanga, recherchant les associations entre l'utilisation des services et ces différents facteurs par la régression logistique.

A l'issue de cette étude, les résultats avaient montré le niveau d'étude, la parité, la sensibilisation du relais communautaire et l'appréciation du travail rendu par le personnel de santé avaient une relation significative sur l'utilisation des services de consultation prénatale.

Le tableau 3 nous a montré que la plu part des gestantes ont été des multipares et ont représenté 318 cas sur 422 soit 75,4% ; suivies des grandes multipares avec 54 cas sur 422 soit 12,8%.

Au vu du tableau 4, nous avons remarqué que la majorité des gestantes ont été des ménagères avec 345 cas sur 422 soit 81,8% ; suivies de 34 gestantes sur 422 soit 8,1% qui n'avaient aucune profession.

Grossetete, G., (2015) a aussi fait voir que toutes ces femmes analphabètes ont un accès limité à l'information utile pour la santé mais aussi elles ne peuvent pas lutter pour une égalité

de sexe pour qu'elles arrivent à prendre des décisions nécessaires pour la promotion de leur santé.

Il sied de signaler dans le tableau 5 que la totalité des gestantes ont été des mariées, c'est-à-dire 100% soit 422 cas.

Au vu du tableau 6, il est clair de signaler que la plupart des gestantes ont été des chrétiennes, avec 357 cas sur 422 soit 84,6% contre 65 cas sur 422 soit 15,4% des non-chrétiennes.

Quant à **Grossetete, G., (2015)**, l'environnement social et culturel dans lequel vit une femme, la religion ou ses interprétations et les croyances personnelles peuvent constituer des facteurs favorisant la mortalité maternelle surtout en Afrique et qui empêchent la prise de bonnes décisions.

Les femmes peuvent être amenées à choisir d'accoucher dans des conditions dangereuses pour des raisons culturelles ou religieuses. Les pesanteurs sociales, les interdits et les tabous affectent surtout les adolescentes et les femmes, caractérisées par leur faible pouvoir de décision, leur dépendance économique et leur analphabétisme qui limitent leur accès à l'information utile.

Dans le tableau 7, nous avons remarqué que la plupart des gestantes avaient un mode de vie défavorable, avec 361 cas sur 422 soit 85,5%, suivis des 45 cas sur 422 soit 10,7% des gestantes ayant un mode de vie moyen.

Le tableau 8 nous a fait voir que la majorité des gestantes se sont rendues à la CPN une à deux fois seulement, ce qui a représenté 312 cas sur 422 soit 73,9% contre 110 cas sur 422 soit 26,1% de celles qui ont consultées trois à quatre fois.

Quant à l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale (2018), 99% des décès maternels sont observés dans les pays en développement, africains en particulier, et la plupart sont dus à des complications que les femmes expérimentent pendant la grossesse, à l'accouchement, ou durant les six premières semaines du post-partum. Étant donné que la plupart de ces complications peuvent être médicalement prévenues, le non-recours ou le retard dans le recours aux soins obstétricaux, l'accessibilité des soins obstétricaux (en termes de temps et de coût) et la disponibilité des soins obstétricaux de qualité déterminent le risque de mortalité maternelle dans ces pays.

Ainsi, pour éviter ces décès, ces auteurs ont préconisé, entre autres, un suivi médical de la grossesse, en réalisant au **moins quatre visites** prénatales auprès des professionnels de la santé, dont la première dans le premier trimestre de la grossesse, et en recevant deux doses d'anatoxine tétanique durant la grossesse en cours ou une seule dose si l'on a été vacciné lors de la grossesse précédente.

Les résultats du tableau 9 nous ont fait voir que la majorité des gestantes ont souligné la « vaccination » comme le principal soin reçu à la CPN, ceci à 82,9% soit 350 cas sur 422, suivis de 45 cas sur 422 soit 10,7% des gestantes qui ont cité « l'éducation sanitaire comme principal soin à la CPN.

Mais quant à Grossetete, G., (2015) ,la bonne organisation du système de santé entraine un bon accès de la population aux soins de qualité qui sont administrés dans les structures sanitaires bien équipées, ayant un personnel disponible et bien formé, disposant des médicaments de bonne qualité.

Le tableau 10 nous a renseigné que la majorité des gestantes ont préféré s'accoucher au centre de santé, ce qui a fait état de 381 cas sur 422 soit 90,3% ; suivis de 37 cas soit 8,8% des gestantes qui ont préférées s'accoucher à l'hôpital.

Ces résultats ont presque marié ceux de Njah et al. (2015) qui s'étaient interrogés sur l'utilisation des services prénatals en milieu rural en **Tunisie**.

Ces auteurs nous ont fait voir que la répartition des fréquences de CPN était significativement différente pour les femmes transférées au CHU et pour celles qui s'étaient accouchées localement. Deux femmes sur trois qui s'étaient accouchées localement avaient bénéficié d'une à trois CPN, alors que 37% seulement de celles qui s'étaient accouchées au CHU, en avaient bénéficié beaucoup.

En revanche, la proportion de celles qui n'avaient réalisé aucune CPN ou qui en avaient réalisé quatre ou plus, était significativement plus élevée chez les femmes ayant accouché au CHU. Seuls 64% des accouchements étaient couverts par la maternité locale et 22% des admissions de la maternité locale avaient été transférées au CHU. La quasi-totalité des femmes qui avaient été retenues au niveau local étaient accouchées normalement avec une valeur prédictive négative du transfert de 99%. Quant aux femmes transférées, 60% d'entre elles ont été accouchées normalement.

Au vu du tableau 11, la majorité des gestantes ont montré que la distance qui les sépare entre la maison et le site de la CPN est moyenne 374 sur 422 soit 88,6% ; suivies de 42 gestantes sur 422 soit 10% des gestantes qui ont fait voir que cette distance a été courte

Le tableau 12 nous a signalé que la plu part des enquêtées que pour beaucoup de gestantes, la distance réalisée pour arriver au site de la CPN a été plus de 60 minutes, ceci à 91,2% soit 385 cas sur 422 ; contre 37 cas sur 422 soit 8,8% de celles qui ont qualifié ce temps « moins de 60 minutes ».

Dans le tableau 13 nous avons remarqué que la plu part des gestantes ont fait les pieds pour arriver au site de la CPN, ceci a représenté 85,5% soit 361 cas sur 422 ; suivies de 51 gestantes sur 422 soit 12,1% qui ont pris le transport en commun.

Pour commenter ces résultats issus des variables géographiques, nous avons fait recours à une étude de cohorte menée en Éthiopie qui avait également rapporté que le fait d'avoir au moins quatre visites de soins prénatals était significativement associé à une réduction de 61,3 ; 52,4 et 46,5% des décès néonataux précoces, du travail prématuré et du faible poids de naissance, respectivement.

Selon cette étude, cinq facteurs étaient associés à cette intention d'utiliser les SSM à savoir : l'âge du chef de ménage (25 à 35 ans : OR=15,59 ; IC95% [1,19 ; 203,68]) ; **la distance FOSA-habitation** (OR=7,35 ; IC95% [1,78 ; 30,69]) ; la qualité perçue des services (OR=15,55 ; IC95% [2,40 ; 100,93]) ; la disponibilité des médicaments dans les FOSA (OR=3,96 ; IC95% [1,07 ; 14,68]); et **Le temps moyen d'attente de SSM** inférieur ou égal à une heure (OR=4,24 ; IC95% [1,03 ; 17,45]). (Khuno, G., 2016)

Tableau 14 jusqu'à 19 : ANALYSE BI – VARIEE

Par rapport aux variables socio – démographiques, nous avons trouvé seulement une seule variable « parité » qui a une relation significative avec le faible recours à la CPN⁴. Ceci s'est tellement expliqué chez les multipares qui négligent souvent la 3^{ème} et 4^{ème} CPN en raison de leurs expériences, disent – elles.

Au regard des variables socio – économiques, nous n'avons trouvé aucune variable ayant de relation significative avec le faible recours des femmes enceintes à la CPN.

Par rapport aux variables socio – sanitaires, nous avons trouvé une seule variable « le manque de connaissance du relais communautaire » qui a une relation significative avec le faible recours des gestantes à la CPN4

Concernant les variables géographiques, nous avons eu deux variables ayant de relation significative avec le faible recours des femmes enceintes à la CPN4 ; il s'agit entre autre du temps réalisé par les gestantes pour arriver au site de la CPN et le moyen de transport utilisé par ces dernières pour arriver à la CPN.

4. CONCLUSION

Ainsi, pour éviter ces décès, l'OMS a préconisé, entre autres, un suivi médical de la grossesse, en réalisant au moins quatre visites prénatales auprès des professionnels de la santé, dont la première dans le premier trimestre de la grossesse, et en recevant deux doses d'anatoxine tétanique durant la grossesse en cours ou une seule dose si l'on a été vacciné lors de la grossesse précédente.



6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Anduaem, M., (2014), Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de la deuxième région du Mali Thèse de Médecine. Bamako
2. Badiaga, C., (2015), Enquête de l'impact du recouvrement des couts sur l'accès aux soins de la population de Keita au Niger.
3. Benredjem, R., (2017), l'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale), Genève
4. Blanche, S., (2013), Etude de la prévalence des MST/VIH et des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso, et Mopti. Thèse Pharmacie Bamako.
5. CLAUDE A. (2017), Optimiser l'utilisation des services de consultation prénatale au Cameroun [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 4]. Available from: <http://www.who.int/evidence/sure/FRPBCPN.pdf>
6. Corbel, V., (2017), Accessibilité aux services de soins en situation post conflit.

- République du Congo. Vol. 89, Bulletin d'Association de Géographes Français. 2012. p. 295–312..
7. Coulibally, M., (2016), Améliorer l'accompagnement des patients, la qualité des soins et la formation des médecins et du personnel soignant. 2014.
 8. De Souza J., (2013), Optimiser l'utilisation des ressources. In: conférence commune commission européenne. 2008.
 9. Diallo, M., (2017), Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Équateur et du Katanga en République Démocratique du Congo. Ann. Afr. Med.
 10. DPS/LOMAMI, (2017), Revue annuelle sur la santé de la reproduction.
 11. EDS/Mali, (2018), Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé Communautaire de Kalanbancoro, zone périurbaine de Bamako. Thèse med: Bamako, 2004,-59 P N°87.
 12. Fofana, Y., (2014), Qualité des soins « Projet de santé urbaine » district sanitaire Niamey. Commune I, II, III, Novembre.
 13. Fortin, MF. Et Coll., (2010), Programme de santé familiale. Plan quinquenal 1988-1992 Mali décembre 1987..
 14. Gitonga, E., (2016), Etude socio-anthropologique : les obstacles dans l'utilisation des services de soins et de prévention, en particulier en santé sexuelle et reproductive en Côte d'Ivoire, Médecins du Monde.
 15. Grossetete, G., (2015), Evaluation des connaissances et attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans la commune II du district de Bamako : cas du quartier Médina-coura. [Thèse de doctorat en médecine] Université de Bamako Faculté de médecine, Bamako.
 16. Guillaume, A.,(2017), Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle.1987, 40, N° 3, P 214 -225.
 17. Guindo A., (2016), Facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises', *African Journal of Reproductive Health* 15/3, 81–92..
 18. Guy La Ruche., (2012), Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravidopuerperalité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979 – 1988)..
 19. Javeau, C. (1976), Guide médical de la famille Afrique et Océan Indien. 1991. France EDICEF, P: 143.
 20. Josses, M., (2017), Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, 1996, P43..

21. Khuno, G., (2016), Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du district de Bamako.
22. Konaré, B., et al., (2017), Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse, Médecine, Bamako 2002, N°33..
23. Leslie, J., (2018), Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis et Kaolack (nov. 1997) OMS bureau Afrique. Division santé de la famille..
24. Marshall, L.B., (2016), Plan de formation et de perfectionnement du personnel socio-sanitaire Bamako (Koulouba)
25. Murthy, N., (2012), Programme de santé familiale. Plan quinquenal 1988- 1992 Mali décembre.
26. Noug, A., (2010), Les Ruptures utérines à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti: facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas.
27. Okedo, A., (2019), Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Banconi. Thèse médecine 2001, 121 pages N° 49..
28. OLAND, L., (2016), Maternité sans risque: Information sur les activités de santé dans le monde. Mars-Juillet
29. OMS, (2015), Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1, Genève.
30. OMS, (2016), Réduire la mortalité maternelle OMS Genève, P43..
31. OMS, (2017), Santé/mère au Bénin réalisation et déficit. Revue d'Afrique noire n°02
32. OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale (2018), Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici l'an 2005 stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre.
33. Pichard, E., (2014), Qualité de la surveillance prénatale dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du district de Bamako.
34. Roll, B., (2019), Soins prénatal au Maroc: tendances et déterminants. (Prénatal care in Morocco : trends and determinants).
35. Salomon, H., (2017), La grossesse, collection encyclopédique. Presse Universitaire de France,.
36. Sauerborn et al. (2019), Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261 P.
37. Zoungrana (2013), Mortalité maternelle: soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5) 193-202(Genève)