HAL
open science

Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo

Adolphe Biakabuswa Matondo

To cite this version:

Adolphe Biakabuswa Matondo. Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo. Santé publique et épidémiologie. 2016. ⟨hal-04494359⟩

HAL Id: hal-04494359

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04494359v1

Submitted on 7 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Autorisation HAL

HAL Authorization

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2015-2016

Evaluation normative de la consultation pré-natale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo.

Soutenu en SEPTEMBRE 2016

Mr BIAKABUSWA MATONDO ADOLPHE

Maître de stage :

Monsieur LUKANU NGWALA PHILIPPE

Guidant universitaire :

Madame SEVERINE BOSSON

REMERCIEMENTS

À Dieu tout puissant, toi qui m'as donné le souffle de vie et la bonne santé pendant tout le temps de ma formation et de mon stage, je te dis merci.

Mes sincères remerciements au Professeur Henry COUDANE et à toute l'équipe pédagogique de la faculté de Médecine de l'université de NANCY pour m'avoir permis d'acquérir des nouvelles connaissances qui m'aideront à contribuer à l'amélioration de la santé de la population en République Démocratique du Congo.

À Madame Séverine BOSSON, mon guidant universitaire, je vous présente mes sincères remerciements pour vos conseils et votre accompagnement dans la réalisation de mon stage et la rédaction de mon mémoire, ceci malgré vos multiples occupations.

Au Dr Philippe LUKANU NGWALA, mon maitre de stage, je vous exprime ma profonde gratitude, vous m'aviez mis sur le chemin de cette formation, vous n'aviez jamais cessé de m'encourager de continuer à travailler durement lorsque j'avais des difficultés durant ma formation.

Je vous remercie encore pour avoir accepté d'être mon maitre de stage, vous m'avez accompagné dans toutes les étapes de la réalisation de ma mission et de la rédaction de ce mémoire, veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

Au Dr EBUNABO EBUNAS Directeur du département des œuvres médicales de l'Eglise du Christ au Congo, je présente mes remerciements pour avoir accepté de m'accueillir dans votre département pour y effectuer mon stage.

Mes remerciements s'adressent aussi aux responsables du Centre hospitalier LUYINDU, pour avoir accepté que je puisse faire mon stage dans cette institution, mais aussi pour avoir accepté d'aménager mon horaire de travail afin de me permettre de mener à bien la mission qui m'était confiée.

À tous les collègues de service, en particulier Mesdames Annie MUNUNGI et Eulalie BAKANGA responsables respectivement de la maternité et de la Consultation Prénatale, je vous réitère mes remerciements pour votre engagement et votre participation dans la réalisation de ce travail.

Je ne peux pas manquer de remercier les dirigeants de la 23ème Communauté Evangélique du Congo qui m'ont accordé l'autorisation de faire cette formation et qui m'ont demandé de continuer d'exercer mon travail malgré les contraintes liées à la formation.

Mes sincères remerciements au Révérend Christer DEALANDER de l'Eglise Unie de Suède qui s'était investi personnellement à me trouver un financement auprès de son église pour me permettre de poursuivre et d'achever cette formation.

Enfin, je présente mes sincères remerciements et ma profonde gratitude à ma chère épouse Jolie MASAKA qui a accepté toutes les privations pour me permettre d'achever ma formation,

Votre accompagnement et vos encouragements m'ont permis de tenir bon et d'aller jusqu'au bout de cette formation.

Que mes parents, tous mes frères et sœurs et toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont apporté un soutien moral, spirituel ou matériel, trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

TABLE DES MATIERES.

Introduction 7
1-Contexte 9
1.1. Ampleur, déterminants et conséquences de la mortalité maternelle dans le monde et en Afrique subsaharienne 9
1.2. Les causes de la mortalité maternelle 12
1.3. La consultation prénatale 13
1.3.1-Bref historique de la consultation prénatale 13
1.3.2-Les objectifs de la consultation prénatale 14
1.3.3-La consultation prénatale recentrée: conditions et éléments de mise en place 15
1.4. Situation de la République Démocratique du Congo 16
1.4.1-Situation géographique 16
1.4.2-Contexte socio-démographique et culturel 16
1.4.3-Contexte politico-économique 17
1.4.4-Contexte sanitaire 18
1.5. Objectifs 21

2- Méthodes 22
2.1- Type et période d'étude 22
2.1.1. Type d'étude 22
2.1.2. Lieu et période d'étude 22
2.2 Population d'étude 22
2.3. Echantillonnage 22
2.4. Recueil et analyse des données 23
2.4.1. Recueil des données 23
2.4.2. Analyse des données 24
2.5. Référentiel utilisé 24

3. Résultats 24

4. Discussion 41
4.1- Analyse de la mission 41
4.2-Analyse des résultats 41
4.2.1.Analyse des résultats de l'application des normes par rapport à la périodicité et des interventions lors de la CPN 41
4.2.2. Analyse des résultats de l'application des normes en rapport avec les ressources 46
4.3.-Analyse des résultats en rapport avec les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes enceintes en rapport avec la CPN 47

5. Limites de l'enquête 48

6. Recommandations 49
7. Bibliographie 51
8. Index des tables 55
9. Index des illustrations 56

Annexes. I
Annexe I : Référentiels utilises I
Annexe II: Grille de récolte des données en rapport avec les interventions de la CPN V
Annexe III: Grille de récolte des données sur l'observation des normes en rapport avec les ressources utilisées à la CPN VII
Annexe IV: Guide d'entretien individuel semi-directif avec les femmes enceintes X

LISTE DES ABREVIATIONS.

AFDL : Alliance des forces démocratiques pour la libération du Congo
ARV : Anti rétroviraux
CPN : Consultation prénatale
ECC : Eglise du christ au Congo
EDS : Enquête démographique et de santé
INS : institut national de statistique
IST : infection sexuellement transmissible
MIILD : moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.
ODD : objectifs de développement durable
OMD : objectifs du millénaire pour le développement
PCIGA : prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
PCIME : prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PCIMAA : prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte
PF : Planification familiale
PNLP : programme national de lutte contre le paludisme
PNSR : Programme national de la santé de la reproduction
PTME : protection de la transmission de la mère à l'enfant du VIH
RDC : République démocratique du Congo
RMM : ratio de la mortalité maternelle
RSP : recensement scientifique de la population
SA : semaine d'aménorrhée
SMNE : santé de la mère, du nouveau –né et de l'enfant
SONU : Soins obstétriques et néonatals d'urgence
SP : sulfadoxine- pyriméthamine
VAT : vaccin antitétanique
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
ZS : zone de santé

INTRODUCTION

Pour sa survie, l'homme est confronté à plusieurs défis auxquels il doit faire face. Pour cette raison, toutes ses activités vont dans le sens de prévenir ou de guérir tous les maux susceptibles d'entrainer l'extinction de l'espèce.

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.

À ce jour, près d'un demi-million de femmes meurent chaque année dans le monde [1]. 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 [2].

L'Afrique, plus précisément l'Afrique subsaharienne est la région où sont survenus près de 66% de ces décès en 2015[2].

La République Démocratique du Congo, pays d 'Afrique subsaharienne où se réalise cette investigation, est l'un de ceux dont le ratio de mortalité maternelle(RMM) est très élevé, se situant à 846 décès pour 100 000Naissances vivantes [3].

Compte tenu de ce qui précède, améliorer la santé maternelle en Afrique subsaharienne est une urgence car ces femmes qui meurent constituent une force économique dans le contexte de la famille africaine.

Plusieurs initiatives ont été prises à l'échelle internationale pour réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement, ce qui a fait qu'à l'échelle mondiale, le rapport de mortalité maternelle (RMM) a chuté de près de 44 % au cours des 25 dernières années, passant d'environ 385 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 et à 216 en 2015. Le nombre annuel de décès maternels a reculé de 43 %, passant d'environ 532 000 en 1990 à environ 303 000 en 2015. Le risque de décès maternel sur la durée de vie entière a considérablement baissé, passant d'environ 1 sur 73 à 1 sur 180 dans le monde [2].

En dépit de tous ces efforts qui sont réalisés dans le monde pour réduire cette mortalité, la situation reste encore préoccupante en Afrique, plus particulièrement en Afrique sub-saharienne où en 2015 on a enregistré 201 000 décès maternels soit 66% de tous les décès [2].

En ce qui concerne la République Démocratique du Congo(RDC), pour atteindre l'OMD 5 qui consistait à améliorer la santé maternelle, il a été mis en place le programme national de la santé de la reproduction, avec une politique nationale en matière de la santé de la reproduction [4] ; qui dans ses axes stratégiques, fait de la qualité de la consultation prénatale(CPN) un des axes prioritaires. C'est pour cette raison que les normes et les directives en rapport avec la CPN étaient mises en places et elles sont d'application dans tout le pays [5].

C'est lors de la CPN que les femmes bénéficient de l'offre de service (vaccination, déparasitage, prophylaxie anti malarienne, supplémentation en fer et acide folique, PTME,…) et ont les informations nécessaires pour prévenir les complications parfois fatales pouvant arriver pendant l'accouchement mais aussi pour la planification des naissances prochaines.

En 2014, le taux de fréquentation à la CPN en RDC était de 88,4% [3], il était supérieur à la moyenne Africaine qui était de 77% [6].

En dépit de tous ces efforts consentis, la République Démocratique du Congo n'est pas arrivée à atteindre son objectif en matière de la réduction de la mortalité maternelle en 2015 dont les prévisions fixaient le taux à 322 décès pour 100 000naissances vivantes. Un grand effort doit encore être fourni pour arriver d'ici 2030 à contribuer à réaliser l'objectif 3.1 des Objectifs du développement durable(ODD) qui consiste à avoir un RMM de moins de 70 décès pour 100 000naissances vivantes dans le monde [7].

Ce travail tente de répondre aux questions suivantes et contribuer dans la mesure du possible à informer le ministère de la sante en général et le Programme national de la sante de reproduction en particulier sur les faiblesses affectant la qualité de la CPN :

- Les consultations prénatales réalisées dans le pays sont-elles de qualité pour que leur efficacité puisse entrainer un impact sur la morbidité et la mortalité maternelle liées à la grossesse en République Démocratique du Congo?

- Quelles sont les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes enceintes en rapport avec les consultations prénatales

pouvant constituer des freins ou des leviers pour la fréquentation des services offrant les soins prénatals ?

C'est dans ce cadre que le département des œuvres médicales de l'Eglise du Christ au Congo(ECC) a estimé important de faire une investigation pour évaluer l'application des normes de la CPN dans ses structures sanitaires et pour se faire une opinion sur la qualité des consultations.

La mission qui était confiée au stagiaire était de faire cette investigation au sein du Centre hospitalier LUYINDU qui est l'une des structures pilotes du département des œuvres médicales de l'ECC et les résultats qui seront obtenus peuvent donc aider à faire une investigation plus importante dans les structures qui sont disséminées à travers tout le pays, dans l'objectif de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle en République Démocratique du Congo.

1. CONTEXTE.

1.1.1. Ampleur, déterminants et conséquences de la mortalité maternelle dans le monde et en Afrique subsaharienne.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS), la mortalité maternelle est définie comme le décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite[8]

En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou à l'accouchement dans le monde. La plupart de ces décès se sont produits dans les pays en développement et la plupart auraient pu être évités. [2]

Les deux régions dans lesquelles le Ratio de Mortalité Maternelle(RMM) était le plus élevé en 2015 sont l'Afrique subsaharienne (546) et l'Océanie (187), tandis que dans les pays développés ce ratio était de 12 [2,9].

Au niveau national, on estime que le Nigéria et l'Inde enregistrent plus d'un tiers de tous les décès maternels survenus dans le monde en 2015, comptant respectivement environ 58 000 (19 %) et 45 000 (15 %) décès maternels.

Selon les estimations, la Sierra Leone, un pays Africain, présente le RMM le plus élevé qui est de 1360 [2].

Des rapports de la mortalité maternelle très élevée ont également été constatés en 2015 dans dix-huit autres pays, tous en Afrique subsaharienne, avec des estimations de RMM allant de 999 à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes : République centrafricaine (881), Tchad (856), Nigéria (814), Soudan du Sud (789), Somalie (732), Libéria (725), Burundi (712), Gambie (706), République Démocratique du Congo (693), Guinée (679), Côte d'Ivoire (645), Malawi (634), Mauritanie (602), Cameroun (596), Mali (587), Niger (553), Guinée-Bissau (549) et Kenya (510). Les deux pays où le risque de décès maternel sur la durée de vie entière est le plus élevé sont la Sierra Leone, avec un risque d'environ 1 sur 17, et le Tchad, avec un risque d'environ 1 sur 18. Dans les pays à revenu élevé, le risque de décès maternel sur la durée de vie entière se chiffre à 1 sur 3300, contre 1 sur 41 dans les pays à faible revenu. [2,9]

Toutes ces données statistiques montrent l'ampleur de la situation dans le monde. Mais la région de l'Afrique subsaharienne est celle qui présente une situation préoccupante de sorte que si des efforts importants ne sont pas mis en place, il sera difficile d'atteindre la cible de 70 décès sur 100 000naissances en 2030 dans le cadre des objectifs du développement durable(ODD).

Plusieurs déterminants sont à la base de cette situation :

- **Les facteurs liés au système de santé** : les services de santé jouent un rôle très important dans la lutte contre la mortalité maternelle. 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. Si dans les pays à haut revenu la quasi-totalité de femmes bénéficient d'au moins 4 consultations prénatales, d'une assistance à l'accouchement par un personnel qualifié, ceci n'est pas le cas dans les pays en développement, plus précisément en Afrique subsaharienne où les systèmes de santé sont défaillants. En dépit de la situation socio-économique difficile que connaissent ces pays, il faut noter que la plupart de ces pays connaissent les conflits armés qui entrainent la destruction des infrastructures sanitaires , mais aussi l'exode du personnel soignant, surtout en milieu rural où ce phénomène est accentué.

- L**es facteurs politico-économiques** : la stabilité politique et économique ont un impact sur le système de santé et sur la santé de la po-

pulation. Dans les pays à faible revenu les budgets de la santé sont le plus souvent faibles. Les soins sont financés par la population qui se trouve dans la situation de pauvreté, ce qui entraine un accès limité aux services de santé. Cette situation fait que dans les pays à revenu élevé nous avons un taux de mortalité maternelle faible ce qui n'est pas le cas dans les pays à faible revenu.

- **Les habitudes socio-culturelles** : L'environnement social et culturel dans lequel vit une femme**,** la religion ou ses interprétations et les croyances personnelles peuvent constituer des facteurs favorisants 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.

- **L'ignorance et l'analphabétisme** : ces deux facteurs sont très rencontrés dans les pays en développement. Une étude a établi que les femmes n'ayant reçu aucune instruction courent un risque de près de trois fois plus grand de mourir de la grossesse ou l'accouchement qu'une femme ayant terminé ses études secondaires [10]. En Afrique subsaharienne ces facteurs entretiennent les pratiques traditionnelles et culturelles. 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.

- **Mariage et maternité précoce** : ces facteurs touchent les pays en développement et contribuent à l'augmentation des cas de mortalité maternelle. Plus une fille est jeune lorsqu'elle tombe enceinte, qu'elle soit mariée ou pas, plus sa santé est menacée. Ainsi, en Amérique latine, une étude a montré que les filles accouchant avant l'âge de 16 ans sont trois à quatre fois plus exposées à un décès maternel que les jeunes femmes d'une vingtaine d'années [11]. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement figurent parmi les principales causes de décès des adolescentes de 15 à 19 ans dans le monde [11].

- **Les facteurs liés à la fécondité élevée des femmes** : la grande fécondité des femmes dans les pays en développement fait que celles-ci ont tendance à avoir plusieurs enfants d'où le fameux quatre trop : grossesse trop nombreuses, trop rapprochées, trop précoces et trop tardives. Le besoin non satisfait en planification familiale est très

grand dans les pays en développement, ne permettant pas aux femmes de pouvoir planifier leurs naissances.

- **Les facteurs liés à l'environnement** : ici nous faisons plus allusion à l'accessibilité géographique des services de santé par la population. Il y a des coins dont l'accès est difficile, pas de route ou un relief accidenté. Toutes ces conditions rendent difficile la population à se rendre vers les structures sanitaires qui offrent les soins. Mais aussi la difficulté de pouvoir évacuer dans les conditions normales un malade qui a besoin des soins appropriés.

L'une des conséquences de ce problème est la répercussion économique car la femme constitue une main d'œuvre importante pour la croissance économique. Les décès maternels et néonatals ralentissent la croissance économique et entraînent des pertes mondiales de productivité de l'ordre de 15 milliards de dollars par an [12]. Inversement, investir dans l'amélioration de la santé des femmes et des bébés comporte des avantages de grande portée pour les nations. A titre d'exemple, d'un tiers à la moitié de la croissance économique de l'Asie entre 1965 et 1990 a été attribué aux améliorations introduites dans la santé procréative et à la réduction des taux de mortalité infantile et de fécondité [12].

1.2. Les causes de la mortalité maternelle

Il existe deux grands groupes de causes liées à la mortalité maternelle qui sont : directes et indirectes.

Les causes directes sont celles qui résultent des complications obstétricales pendant la grossesse, le travail et les suites des couches. Elles sont responsables de 80% de décès maternels. Parmi elles les plus importantes sont : les hémorragies (27%), les troubles hypertensifs (14%) et le sepsis (11%) [9, 13 - 18], les accouchements dystociques et les avortements [8].

Quant aux causes indirectes, elles résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse, non liée à des causes obstétricales, mais aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ou par sa prise en charge. Parmi elles les plus importantes sont : le VIH, le paludisme, la tuberculose, les cardiopathies [16, 17,19] qui contribuent à environ 20% de la mortalité maternelle dans le monde.

En Afrique subsaharienne, on estime que les décès indirects liés au sida représentent 2,0 % de tous les décès maternels, soit un RMM indirect

lié au sida de 11 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En 2015, il y a cinq pays dans lesquels on estime que 10 % ou plus des décès maternels sont des décès indirects liés au sida : Afrique du Sud (32 %), Swaziland (19 %), Botswana (18 %), Lesotho (13 %) et Mozambique (11 %) [2].

Il faut noter que pour améliorer cette situation, la fréquentation des femmes enceintes dans les services de santé où elles reçoivent les soins de qualité notamment les soins prénatals qui constituent l'un de quatre piliers pour une maternité à moindre risque [8,20] est une condition sine qua non. Les autres conditions sont : la planification familiale, l'accouchement dans les bonnes conditions d'hygiène et de sécurité et les soins obstétricaux d'urgences.

Bien que son impact sur la mortalité maternelle soit diversement apprécié dans la littérature [21,22], la consultation prénatale apparait néanmoins importante dans la réduction de certains facteurs liés à la mortalité maternelle, surtout dans les pays en développement [20].

1.3. La consultation prénatale.

1.3.1. Bref historique de la Consultation prénatale

L'histoire de la consultation prénatale moderne semble débuter en Occident, au début du XXème siècle. Les Britanniques en attribuent la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 et les Américains à leur Instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 [23]. C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale est mis au point par le Ministère de la Santé du Royaume-Uni. Il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique est ajoutée ou remplacée par une autre jugée dépassée [23].

Le programme de consultations prénatales prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin.

Au début des années 1930, la consultation prénatale est remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminue pas. F. Neon Reynolds dans une lettre au Lancet (29 décembre 1934) précisait même que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en consultations prénatale. Les arguments évoqués pour expliquer pourquoi cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient :

- la faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ;
- le nombre insuffisant de visites prénatales ;
- le standard de soins inadéquats [23].

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale est devenue habituelle. Les enquêtes confidentielles de décès maternels au Royaume-Uni avaient objectivé et quantifié dès 1955-57 le risque maternel lié à l'âge et à la parité [23].

Dans la suite, il a été développé l'approche sur les risques, d'où la publication par l'OMS vers la fin des années 70 : « Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque »[24] et en 1984, son prolongement méthodologique et conceptuel, «L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale) » [25].

Cette approche devait permettre d'identifier les femmes à risque et de les orienter vers les services de santé appropriés. Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décision pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décision programmatique. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale, sans devoir investir dans un réseau hospitalier couteux en argent et en ressources humaines. [23]

1.3.2. Les objectifs de la Consultation prénatale.

La consultation prénatale (CPN) est l'ensemble des soins de qualité qu'une femme reçoit au cours de la grossesse, en fonction de sa situation individuelle, en vue d'assurer une issue favorable pour elle-même et son (ses) nouveau-né(s).

Les objectifs spécifiques de la consultation prénatale sont [5] ;

- Assurer l'éducation sanitaire aux femmes enceintes,
- Prévenir les maladies et les complications survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum,
- Dépister les maladies chez la femme enceinte,
- Prendre en charge les maladies survenant au cours de la grossesse,
- Réduire la transmission du VIH de la femme enceinte à l'enfant qu'elle porte,

- Aider la femme enceinte et sa famille à développer un plan d'accouchement et de prise en charge en cas des complications,
- Faciliter la référence à temps des gestantes, des parturientes et des accouchées à problème dont les besoins de prise en charge dépassent le plateau technique de la structure.

1.3.3. La Consultation prénatale recentrée : Conditions et éléments de mise en place.

Dans la suite de l'utilisation de standard de la CPN, il a été constaté que les consultations fréquentes n'amélioraient pas nécessairement les résultats de la grossesse et que les pays en développement n'étaient pas en mesure de les réaliser du point de vue logistique et financier. Mais aussi beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent. C'est pour cette raison que l'OMS a mis en place le concept de la CPN recentrée.

C'est une approche actualisée de la consultation prénatale qui met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre de visites.

Dans cette approche, on propose 4 visites selon le calendrier suivant :

- Première consultation prénatale (CPN 1) au 1er trimestre : avant la 12ème semaine d'aménorrhée (SA) jusqu'au plus tard à la 14ème SA ou dès que la femme pense qu'elle est enceinte;
- CPN 2 : entre la 24ème et la 28ème SA;
- CPN 3 : à la 32ème SA;
- CPN 4 : à la 36ème SA.

Soit un total de quatre visites de consultation prénatale (CPN) dont deux au dernier trimestre. Les cas des grossesses à problème peuvent nécessiter des visites additionnelles. Cela concerne notamment les femmes enceintes vivant avec le VIH, les adolescentes et les jeunes enceintes, les drépanocytaires enceintes, les victimes des violences sexuelles/ survivants des violences sexuelles enceintes. [5]

Dans cette approche on met l'accent sur la qualité des prestataires, l'éducation sanitaire, la qualité de l'infrastructure et la qualité des interventions qui sont mises en place.

1.4. La situation de la République Démocratique du Congo.

1.4.1. Situation géographique [3]:

La RD Congo est un pays de l'Afrique centrale qui a une superficie de 2 345 409 Km². Elle partage 9 165 km de frontières avec 9 pays, à savoir : la République du Congo et l'enclave de Cabinda (Angola) à l'ouest ; la République Centrafricaine et le Soudan du Sud au nord ; l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie à l'est ; la Zambie au sud-est et l'Angola au sud.

Le relief de la RDC est diversifié. Au centre, se trouve une cuvette qui occupe 48 % de la superficie du territoire national et dont l'altitude moyenne est de 350 m. Cette cuvette est couverte par une forêt dense avec de nombreuses étendues marécageuses. La RDC connaît un climat chaud et humide sur la majeure partie de son territoire. Dans la cuvette, on observe une pluviométrie élevée atteignant parfois 2000 mm par an. Influencés par le relief, le climat et l'hydrographie, le sous-sol et le sol offrent également des potentialités minières et agricoles importantes et variées [3].

1.4.2. Contexte sociodémographique et culturel :

La RD Congo est un pays unitaire fortement décentralisé qui est subdivisé actuellement en 26 provinces dont la capitale Kinshasa est considérée comme une province à part entière.

De 13,5 millions en 1958, la population congolaise a augmenté rapidement, passant de 21,6 millions en 1970, à 30,7 millions en 1984, date de l'unique Recensement Scientifique de la Population (RSP) réalisé dans le pays. Depuis lors, pendant près de 30 ans, les chiffres de population utilisés proviennent des projections établies par l'Institut National de la Statistique (INS) à partir des données de ce recensement scientifique. Ainsi, en 2012, la population totale de la RDC était estimée à 77,8 millions d'habitants, avec un taux de croissance moyen de 3,4 % [3]. L'indice synthétique de la fécondité est de 6,3, qui est l'un de plus élevés de l'Afrique subsaharienne [26]. Le pays reste sous-peuplé avec seulement 24 habitants au kilomètre carré. Cependant, la ville province de Kinshasa se caractérise par une très forte densité, avec 577 habitants au kilomètre carré.

La RDC se caractérise par une grande diversité culturelle et linguistique. En termes de composition ethnique, elle compte quelques 40 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en quatre principaux groupes

ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées. La position sociale de la femme demeure préoccupante à cause, notamment, de pesanteurs socioculturelles qui demeurent fortement ancrées dans les mentalités et qui relèguent la femme au second plan [3].

1.4.3. Contexte politico-économique.

1.4.3.1. Contexte politique :

Depuis l'accession du pays à l'indépendance en 1960, la RD Congo a connu une situation politique caractérisée par une grande instabilité. La première période, allant de 1960 à 1965 a été marquée par une lutte acharnée entre les partis politiques constitués sur des bases tribales ou régionales. Cette lutte pour la conquête du pouvoir a entraîné durant toute la Première République, des rébellions et des sécessions qui ont coûté la vie à près de deux millions de Congolais. Elle s'est terminée par un coup d'état militaire, le 24 novembre 1965.

La deuxième période allant de 1965 à 1997 (Deuxième République) a été caractérisée par un régime totalitaire. C'est vers la fin de cette période (1991) qu'ont été organisés les travaux de la Conférence Nationale Souveraine qui ont lancé le processus démocratique dont le blocage a plongé le pays dans un grand désordre politique et social. Cette période s'est terminée par l'installation au pouvoir de l'Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo (AFDL), après la guerre dite de « libération » (1996-1997).

La troisième période allant de 1997 à 2006 a été caractérisée par une longue période de transition, à la recherche d'un ordre politique nouveau. Cette période a été marquée par la guerre dite d'« agression » (1998-2001), menée contre le pouvoir de l'AFDL par des forces rebelles appuyées par des forces étrangères.

Les deux guerres ont eu pour conséquences une insécurité généralisée, de nombreux déplacements de la population, d'importantes pertes en vies humaines et en matériel, une destruction des infrastructures et une tentative de la partition du pays.

La quatrième période allant de 2007 à 2010, s'est caractérisée par la mise en place des institutions de la Troisième République. Durant cette période, des efforts ont été entrepris pour unifier le pays et ramener la paix sur toute l'étendue du territoire national de la RDC.

Une relative stabilité de la situation sécuritaire a été observée, mais il existait encore çà et là des zones d'insécurité, notamment dans les provinces du Nord-Kivu et du Sud-Kivu.

La période récente, allant de 2011 à nos jours, a été principalement marquée par les deuxièmes élections présidentielles et législatives de novembre 2011 ainsi que la reprise des conflits armés à l'est du pays en 2012. [3]

1.4.3.2. **Contexte économique** :

Après une période de prospérité héritée de la colonisation jusqu'au début des années 1970, l'économie congolaise a connu pendant plus de 3 décennies, une situation de crise profonde. Cette crise est caractérisée notamment par une croissance négative et une instabilité monétaire due essentiellement à une forte baisse de la production, des recettes budgétaires et des investissements, mais aussi à un endettement considérable évalué, au 31 décembre 2005, à 10,8 milliards de dollars américains [3]. Cette situation a été, en grande partie, responsable de la paupérisation de la grande majorité de la population congolaise qui s'est traduite, entre autre par l'accès de plus en plus difficile aux services sociaux de base (eau, électricité, soins de santé primaires, scolarisation des enfants, etc.).

1.4.4. Contexte sanitaire.

L'évolution historique du système sanitaire de la RDC a été marquée par le caractère institutionnel et par l'initiative des pouvoirs publics. À son accession à l'indépendance, la RDC a hérité d'un système de santé basé essentiellement sur des hôpitaux et dispensaires appuyés par des équipes mobiles de lutte contre les grandes endémies [3]. Les multiples crises politiques que connaîtra le pays immédiatement après et qui se sont accompagnées de l'effondrement progressif de l'économie, n'ont pas épargné le secteur de la santé.

C'est ainsi que très vite, les nombreux hôpitaux et dispensaires du pays se sont retrouvés démunis de leurs équipements, et la chaîne d'approvisionnement en médicaments a connu plusieurs ruptures entre le niveau central et les points d'utilisation. Les zones rurales ont été les plus touchées.

Actuellement, le Ministère de la Santé Publique est structuré en trois niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique.

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général avec ses directions et ses programmes spécialisés et des hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative, de régulation et de prestation des soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre des politiques et directives en provinces.

Le niveau intermédiaire compte 11 inspections provinciales de la santé qui vont devenir au nombre de 26 en rapport avec la décentralisation en cours et des hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la mise en œuvre des directives et politiques au niveau des Zones de Santé (ZS).

Le niveau périphérique comprend 516 zones de santé avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence.

Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire [3].

Concernant le financement du secteur, il repose principalement sur un trépied constitué du budget de l'Etat, des apports extérieurs (bilatéraux et multilatéraux) et du recouvrement des coûts des soins et services de santé auprès des usagers (jusqu'à 70% des frais de fonctionnement).

Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements pris par les Chefs d'Etat à Abuja (15%).

Dans la plupart des cas, il est inférieur à 5% du budget global de l'Etat et son taux de décaissement est en moyenne de 70% (exercice 2008 et 2009). Son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur [27-28].

Les ressources financières qui proviennent de la communauté par la tarification ne sont pas encadrées. Elles constituent dans la plupart des cas les seules ressources qui font fonctionner les formations sanitaires. Là où existent d'autres sources de financement, la contribution de la communauté est la principale source de financement des charges récurrentes des formations sanitaires [27-28].

Ayant adhéré aux engagements du millénaire pour le développement, la RDC a adopté plusieurs documents et cadres d'intervention en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. On peut citer no-

tamment la politique nationale de santé de la reproduction, la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le recueil des normes et directives de santé de la reproduction, les standards des services de santé des adolescents et jeunes, le carnet de santé de l'enfant intégrant les nouvelles courbes, la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) clinique et communautaire, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Cependant, la situation est restée alarmante. Elle est marquée par des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés du monde, soit un ratio de 549 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [29]. Actuellement, cette situation se présente comme suit :

- Le RMM est passé de 1289 en 1990 à 846 décès pour 100 000Naissances vivantes actuellement [3].
- En ce qui concerne la fécondité, chaque femme congolaise donne naissance, en moyenne, à 6,6 enfants. Avec un taux de 138 ‰ à 15-19 ans, la fécondité précoce reste élevée. Plus d'une adolescente de 15-19 ans sur quatre (27 %) a déjà commencé sa vie procréative [3].
- Environ 19% de femmes congolaises utilisaient une méthode contraceptive lors de la dernière EDS, avec un besoin non satisfait de 28 % en milieu urbain et 27% en milieu rural [3].
- La prévalence du VIH chez les femmes est nettement plus élevée (1,6%) par rapport aux hommes (0,6%).
- Une proportion élevée de femmes (88 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par du personnel formé [3].
- Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 48 % ont effectué au moins les quatre visites recommandées, mais seulement 17 % ont effectué leur première visite avant le quatrième mois de grossesse [3].
- Dans l'ensemble, 43 % de femmes ont reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Cependant, du fait des injections antérieures, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal dans 66 % des cas [3].
- Parmi les naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, 80 % ont bénéficié de l'assistance du personnel de santé au cours de l'accouchement [3].
- La proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une MIILD a aussi augmenté de manière importante, passant de 7 % en 2007 à 60 % en 2013.
- Au cours de leur dernière grossesse, 14 % de femmes ont bénéficié d'un traitement préventif intermittent. En 2007, cette proportion était de 5 % [3].

Devant cette réalité, le Ministère de la Santé Publique a organisé, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une analyse de la situation sur les goulots d'étranglements à l'amélioration de la Santé Maternelle et des Nouveau-nés dans le pays.

Après l'analyse de la situation, il était donc décidé de la mise sur pied des normes et directives des interventions intégrées de la santé maternelle et des nouveaux nés qui sont d'application dans tout le pays.

Les normes et directives ainsi rendues disponibles sont destinées à l'usage des prestataires de services (médecin, infirmiers) et agents de santé communautaire, au niveau opérationnel, mais aussi aux dirigeants, gestionnaires de programmes, différents responsables et décideurs de la Zone de santé, du niveau provincial et du niveau central ainsi qu'aux partenaires d'appui, comme base de conception, de planification, de mise en œuvre, du suivi et d'évaluation.

1.5. Les objectifs de l'étude.

1.5.1. Objectif général :

Contribuer à l'amélioration de la santé maternelle en République Démocratique du Congo.

1.5.2. Objectifs spécifiques :

- Evaluer les normes de la réalisation de la CPN au sein du CH LUYINDU en rapport avec : la périodicité, les interventions, les ressources (humaines, matérielles) pendant la période du stage.
- Evaluer les connaissances, l'attitude et les pratiques des femmes enceintes qui fréquentent le CH LUYINDU en rapport avec la CPN pendant la période du stage

2. METHODES.

2.1. Type et période d'étude.

2.1.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude de type transversal descriptif. Pour le premier volet de l'étude concernant l'évaluation de la réalisation des normes, la méthode utilisée était un audit clinique. Pour le second volet, nous avons réalisé une investigation qualitative.

2.1.2. Lieu et Période d'étude :

Cette étude est réalisée au Centre hospitalier LUYINDU, situé dans un des quartiers périphériques et pauvre de la ville de Kinshasa en République démocratique du Congo(RDC). C'est une structure médicale privée confessionnelle, située dans la zone de santé de Binza-Ozone où elle joue le rôle du centre de santé de référence de l'aire de santé de MUNGANGA. C'est une structure qui applique la politique des soins de santé primaires. Elle a une capacité de 78lits montés. Cette étude s'est déroulée pendant 5mois, soit du 5janvier au 31 mai 2016. La collecte des données s'est réalisée pendant 4 semaines, du 5 février au 7 mars 2016.

2.2. Population d'étude.

La population de notre étude était constituée des femmes enceintes qui ont fréquenté le CH LUYINDU pendant la période de notre stage. Pour évaluer la réalisation des normes en rapport avec les consultations prénatales, les cartes de CPN de ces femmes étaient utilisées.

En outre, pour évaluer les normes en rapport avec les ressources, le service de CPN était la cible avec l'ensemble de ses prestataires et de son équipement.

2.3. Echantillonnage.

Le CH LUYINDU est le siège de l'aire de santé de MUNGANGA ayant une population de 47 250 habitants. Selon les normes du programme national de la santé de la reproduction, 4% de cette population constituent la cible attendue à la CPN, soit 1890 femmes.

En RDC, environ 88% de femmes fréquentent les services de la CPN. Avec un écart toléré de 9,5 % et un risque d'erreur de 5%, il nous a fallu un échantillon de 58 femmes, dont la formule de calcul ci- après :

Calcul du nombre de sujets nécessaires

Nous avons utilisé la formule approchée :

$$n \geq \frac{Z_{\alpha/2}^{2}\,(1-P)}{\varepsilon^{2} \times P}$$

- P (proportions attendues dans la population) = 0,88
- ε (écart toléré à la proportion) = 0,95
- $z_{\alpha/2}$ est lu dans la table de la loi normale centrée réduite, pour une valeur de α égale au risque d'erreur consenti $z_{\alpha/2}$ =1,96 pour un risque α= 5%

  Pour atteindre la taille de notre échantillon, un tirage aléatoire a été effectué de manière à garantir à toutes les femmes la possibilité d'être sélectionnées.

Critères d'inclusion :

- Femme enceinte ayant fréquenté le CH LUYINDU.
- Avoir accepté de participer à l'enquête.

Critère de non inclusion :

- Toute femme n'ayant pas accepté de participer à l'enquête.

2.4. Recueil et analyse des données.

2.4.1. Recueil des données :

Pour faire la récolte des données, 5 enquêteurs étaient formés. Pour l'évaluation de la réalisation des normes, un questionnaire était élaboré à l'issue des échanges entre nous, le maitre de stage et le guidant, puis pour la seconde partie, un guide d'entretien était aussi élaboré pour faciliter l'enquête auprès des femmes enceintes. Tous ces outils étaient pré-testés avant leur utilisation. Etant agent œuvrant dans la même structure, pour éviter que notre présence dans la salle de CPN ne puisse pas entrainer une modification de comportement des prestataires, nous n'avons pas fait une observation directe de la pratique de la CPN mais nous avons exploité les cartes de CPN des femmes choisies juste après leur sortie de la salle de la CPN. Chaque jour après l'enquête, les données recueillies étaient saisies à l'ordinateur dans le logiciel Epi info 3.5.4 après élaboration d'un masque de saisie.

2.4.2. Analyse des données :

Les données recueillies étaient traitées avec le logiciel Epi info 3.5.4. Ensuite, une analyse était faite en rapport avec le référentiel que nous avions élaboré en tenant compte des normes qui sont édictées par le programme national de la santé de la reproduction et qui sont d'application dans tout le pays en vue d'évaluer la réalisation des normes et trouver les écarts en vue de proposer les mesures correctrices.

Pour la seconde partie de l'enquête, nous avions eu aussi à faire une analyse de certaines informations recueillies pour en interpréter le sens en rapport avec certains thèmes qui concernaient notre étude.

2.5. Référentiel utilisé.

En vue de faire la comparaison entre la pratique exigée et la pratique observée, nous avons utilisé un référentiel élaboré à partir des normes de la réalisation de la CPN, qui sont d'application dans le pays (voir en annexe).

3. Résultats.

Notre étude consistait à faire une évaluation de la qualité des consultations prénatales, à travers l'évaluation de l'application des normes en rapport avec la périodicité, les ressources et les interventions. Elle visait aussi à connaitre les connaissances, l'attitude et les pratiques des femmes enceintes qui fréquentent le CH LUYINDU en rapport avec les CPN. À cet effet nous avions inclus 58 femmes y compris leurs dossiers de consultations prénatales.

À l'issue d'une période de collecte des données d'environ 4semaines (du 5 février au 7mars 2016), nous avons fait le dépouillement des questionnaires à l'aide du logiciel EPI info version 3.5.4.

Afin de réaliser la comparaison entre la pratique observée et les références préalablement établies, nous avons réalisé l'analyse des résultats critère par critère comme on peut le constater dans les tableaux ci-dessous.

Tableau I : Comparaison des résultats entre la pratique observée et le standard de l'application des normes des consultations prénatales en rapport avec la périodicité et les interventions.

ELEMENTS	STANDARD	RESULTATS
1. LA PERIODICITE		
1.1 Les soins sont offerts à tout moment tout au long de la grossesse soit un total de 4 visites dont deux au dernier trimestre selon le calendrier ci-après : • 1ère CPN avant 12SA et au plutard 14SA. • 2ème CPN entre 24 et 28SA • 3ème CPN à 32 SA • 4ème CPN à 36 SA.	100%	12%
2. INTERVENTIONS OPERATIONNELLES DE LA CPN.		
2.1. Education nutritionnelle et sanitaire Toute femme enceinte doit recevoir lors de la CPN des conseils sur la nutrition et une éducation sanitaire	100%	100 %
2.2. Dépistage et conseil initié par le prestataire en rapport avec le VIH Toute femme enceinte devrait connaitre son statut sérologique VIH lors de la CPN.	100%	97 %
2.3. Prophylaxie et traitement aux ARV et prophylaxie au cotrimoxazole pour les femmes enceintes vivant avec le VIH. Toute femme enceinte vivant avec VIH doit avoir une prophylaxie et traitement aux ARV et une prophylaxie au cotrimoxazole	100%	100 %
2.4. Vaccination antitétanique suivant le calendrier national. Toute femme enceinte doit recevoir le vaccin antitétanique selon son statut	100 %	52 %

2.5. Traitement présomptif intermittent du paludisme.		
Toute femme enceinte doit recevoir la sulfadoxine-pyriméthamine en dose unique 3cés en prise supervisée selon le calendrier ci-dessous : • SP1 à partir de 16 SA • SP2 entre 24 et 28SA • SP3 : à 32 SA femmes enceintes VIH +	100 %	50 %
2.6. Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action(MIILD)		
Toute femme enceinte reçoit une MIILD et reçoit les explications sur son mode d'emploi.	100 %	33 %
2.7. Supplémentation en micronutriments.		
Toute femme enceinte doit recevoir 1cés de fer-folate par jour dès la 1ère CPN Jusqu'à 3mois après l'accouchement.	100 %	97 %
2.8. Traitement présomptif de l'ankylostomiase		
Toute femme enceinte doit recevoir une cure de mebendazole au moins une fois pendant la grossesse à raison de 2X1cés par jour/3jours puis une 2ème dose 6mois après.	100%	67 %
2.9. Dépistage et traitement de la syphilis		
➢ Toute femme enceinte doit être dépistée à la syphilis.	100%	0 %
➢ Toute femme enceinte dépistée positive doit être prise en charge.	100 %	-
2.10. Diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles(IST)		
➢ Toute femme enceinte doit être examinée pour diagnostiquer les IST	100%	100 %
➢ Toute femme enceinte ayant une IST doit être soignée selon le protocole national.	100%	100 %
2.11. Dépistage et traitement des maladies liées à la grossesse.		
Toute femme enceinte doit être examinée pour dépister et traiter toute maladie liée à la grossesse.	100%	100 %
2.12. Dépistage et traitement des maladies qui influent sur la grossesse.		

Toute femme enceinte est examinée pour dépister et soigner toutes maladies qui influent sur la grossesse.	100%.	100 %
2.13. Détection des signes de danger. Toute femme enceinte qui vient à la CPN est examinée pour détecter les signes de danger.	100%	100 %
2.14. **Référence à temps des grossesses avec complications**. Toute femme enceinte ayant des complications est référée à temps.	100%	100 %

<u>Interprétation des résultats du tableau I</u>:

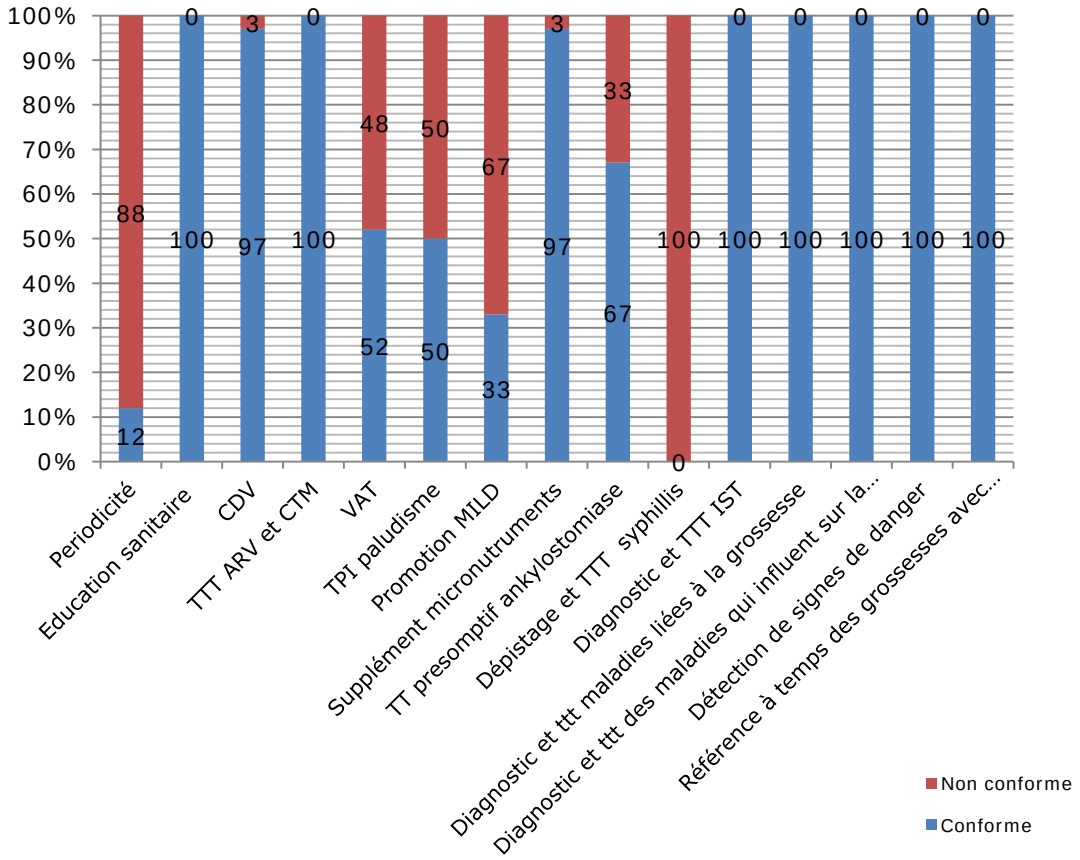

Illustration 1 : Graphique montrant la distribution en pourcentage de 58 <u>dossiers selon la conformité au critère.</u>

Les résultats obtenus sont donc ainsi interprétés :

- **Critère 1** : La pratique observée (Toute femme enceinte doit faire au total 4 visites dont 2 visites au dernier trimestre selon le calendrier suivant : 1ère CPN avant 12 semaines et au plutard 14semaines, 2ème

CPN entre 24 et 28 semaines, la 3ème CPN à 32semaines et la 4ème CPN à 36semaines) est conforme au critère dans **12%** des cas. Dans **88%** de cas, les femmes enceintes ne respectent pas cette périodicité.

- **Critère 2** : La pratique observée (Toute femme enceinte doit recevoir lors de la CPN des conseils sur la nutrition et l'éducation sanitaire) est conforme au critère dans 100% de cas.

- **Critère 3** : La pratique observée (Toute femme enceinte devrait connaitre son statut sérologique VIH lors de la CPN) est conforme au critère dans 97% de cas. Dans 3% de cas, les femmes ne connaissent pas leur statut sérologique VIH.

- **Critère 4 :** La pratique observée (Toute femme enceinte vivant avec VIH doit avoir une prophylaxie et traitement aux ARV et une prophylaxie au cotrimoxazole) est conforme au critère dans 100% de cas.

- **Critère 5** : La pratique observée (Toute femme enceinte doit recevoir le vaccin antitétanique selon son statut vaccinal actuel et suivant le calendrier national) est conforme au critère dans 52% de cas. 48 % de femmes n'ont pas été vaccinées selon le calendrier national.

- **Critère 6** : La pratique observée (Toute femme enceinte doit recevoir la sulfadoxine-pyriméthamine en dose unique 3cés en prise supervisée selon le calendrier national) est conforme au critère dans 50% de cas. Dans 50% de cas les femmes enceintes n'ont pas reçu la SP en dose unique de 3 ces en prise unique selon le calendrier national.

- **Critère 7** : La pratique observée (Toute femme enceinte reçoit une MIILD et reçoit les explications sur son mode d'emploi) est conforme au critère dans 33% de cas. Dans 67% de cas, les femmes enceintes n'ont pas reçu des moustiquaires imprégnées d'insecticides lors de la CPN.

- **Critère 8** : La pratique observée (Toute femme enceinte doit recevoir 1cés de fer-folate par jour dès la 1ère CPN Jusqu'à 3mois après l'accouchement) est conforme au critère dans 97% de cas. Dans 3% de cas, les femmes enceintes n'ont pas reçu le comprimé de fer-folate chaque jour dès la première CPN.

- **Critère 9** : La pratique observée (Toute femme enceinte doit recevoir une cure de mebendazole au moins une fois pendant la grossesse à raison de 2X1cés par jour/3jours puis une 2ème dose 6mois après) est conforme au critère dans 67% de cas. Dans 33% de cas, les femmes enceintes n'ont pas reçu le mebendazole pendant la grossesse.

- **Critère 10** : la pratique observée (Toute femme enceinte doit être dépistée à la syphilis et toute femme enceinte dépistée positive doit être prise en charge) est conforme au critère dans 0% de cas. Aucune femme enceinte n'a été dépistée à la syphilis.

- **Critère 11** : La pratique observée (Toute femme enceinte doit être examiné pour diagnostiquer les IST et toute femme enceinte ayant une IST doit être soigné selon le protocole national) est conforme au critère dans 100% de cas.

- **Critère 12** : la pratique observée (Toute femme enceinte doit être examinée pour dépister et traiter toute maladie liée à la grossesse) est conforme au critère dans 100% de cas.

- **Critère 13** : La pratique observée (Toute femme enceinte est examinée pour dépister et soigner toutes maladies qui influent sur la grossesse) est conforme au critère dans 100% de cas.

- **Critère 14** : La pratique observée (Toute femme enceinte qui vient à la CPN est examinée pour détecter les signes de danger) est conforme au critère dans 100% de cas.

- **Critère 15** : La pratique observée (Toute femme enceinte ayant des complications est référée à temps) est conforme au critère dans 100% de cas.

Tableau II : **Comparaison des résultats entre les ressources observées et le standard requis pour la bonne réalisation de <u>consultations prénatales</u>.**

ELEMENTS	STANDARD	RESULTATS
1. <u>RESSOURCES HUMAINES.</u>		
Le personnel requis pour la CPN c'est Une sagefemme ou accoucheuse A2 Ou une infirmière A2 formée et recyclée En PCIGA, PCIMAA, PTME, SONU	100%	80%
2. <u>INFRASTRUCTURES.</u>		
Aménagement des espaces ci-après Permettant de réaliser la CPN : Une salle d'attente, une salle de réception et de causerie éducative, un local d'examen physique , un local de prélèvement, Une salle de counseling VIH et planification familiale (PF) dans le respect de l'intimité et de la confidentialité, une salle des soins, un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main).	100%	71,4%
3. <u>EQUIPEMENTS</u>		
Table gynécologique, source de lumière table de bureau, au moins trois chaises de bureau, bancs en nombre suffisant, armoire, échéancier, réfrigérateur, compteur CD4, un échographe	100%	60%
4. <u>MATERIELS.</u>		
Stéthoscope, tensiomètre à mercure, foetoscope (Pinard, De Lee), mètre ruban (au moins deux), Gravidomètre (réglette), pelvi mètre, horloge, balance pèse-personne avec toise, thermomètre, Speculums vaginaux de différentes tailles, poubelle avec couvercle, potences, escarbot, bassin réniforme, marmite à pression, gobelet, Paravent, seau, hémoglobinomètre	100%	89,4%
5. <u>MEDICAMENTS, INTRANTS ET CONSOMMABLES.</u>		
• **Médicaments** : fer-folate, mebendazole, SP, MILD, VAT, ARV, cotrimoxazole, céfixime, amoxicilline, benzatine benzylpenicilline, érythromycine, métronidazole en comprimé ou ovule, papavérine	100%	85%
• **<u>Kits tests</u>** : test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme, test RPR pour la syphilis, tests rapides VIH, test de groupage sanguin,	100%	25%

- **Intrants et autres consommables** : 100% 100%
  Désinfectant
  compresses, gants, savon liquide, savon en bloc

---

6. **OUTILS.**

- **Outils de prestation (outils techniques)** :
  carte/fiche CPN, supports éducatifs (boîtes à images, cartes conseils et autres selon les besoins), manuels de formation 100% 67%

- **Outils de rapportage** : 100% 100%
  cahier de rapport, canevas de rapport mensuel
- **Outils de supervision** : 100% 50%
  registre/cahier de supervision,
  canevas de supervision

- **Outils de collecte des données** : 100% 73%
  carte CPN, carte de rendez-vous, registre CPN , bon de référence, registre de référence/contre-référence, carnet de vaccination, fiche de stock, registre des prélèvements RPR/VIH/CD4, fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats, registre de résultats, registre de laboratoire, registre de suivi des femmes VIH+,

---

Interprétation des résultats :

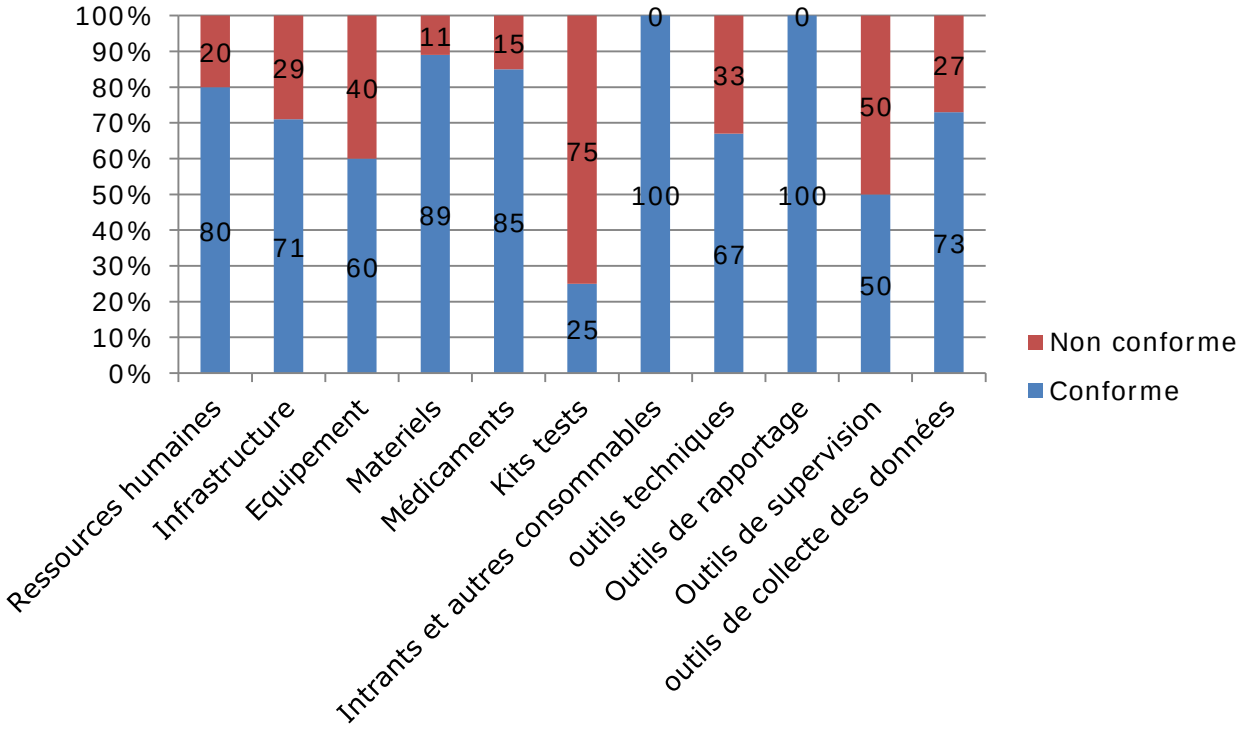

Illustration 2 : **présentation en pourcentage des critères en rapport avec les ressources utilisées pour la CPN selon leurs <u>conformités ou pas aux normes</u>.**

Les résultats obtenus sont donc ainsi interprétés :

- **Critère 1** : En rapport avec les ressources humaines, dans 80% de cas ce critère est respecté. Dans 20% de cas les éléments en rapport avec ce critère ne sont pas respectés.

- **Critère 2** : Les infrastructures pour l'organisation de la CPN sont conformes à 70% à la norme. Dans 30% de cas, les éléments en rapport avec les infrastructures ne sont pas conformes.

- **Critère 3** : Pour réaliser la CPN, 60% d'équipements disponibles sont conformes à la norme.

- **Critère 4** : 89% du matériel trouvé dans la structure est conforme à la réalisation de la CPN. 11% du matériel requis n'était pas disponible.

- **Critère 5** : 85% de médicaments requis à la CPN étaient disponibles, 15% de ces médicaments n'étaient pas disponibles.

- **Critères 6** : 25% seulement de kits tests étaient disponibles au service de la CPN. Les 75% autres n'étaient pas disponibles.

- **Critère 7** : Tous les intrants et autres consommables qui sont requis pour la CPN étaient disponibles.

- **Critère 8** : Concernant les outils, étaient disponibles : tous les outils de rapportage, 73% d'outils de collecte des données, 67% d'outils techniques et 50% d'outils de supervision. Cependant 27 % d'outils de collecte des données, 33% d'outils techniques et 50% d'outils de supervision n'existaient pas dans le service lors de notre investigation.

RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES ENCEINTES EN RAPPORT AVEC LA CPN.

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.

Tableau III : Répartition des femmes enceintes en fonction de l'âge.

Groupe d'âge (année)	fréquences(N)	pourcentage(%)
<20	7	12,1
20 - 29	24	41,4
30 - 39	26	44,8
>40	1	1,7
Total	**58**	**100**

Parmi les 58 femmes qui ont participé à notre enquête, la majorité d'entre elles avait un âge compris entre 20 et 39 ans avec une moyenne de 28 ans. La femme enceinte la moins âgée avait 16 ans et la plus âgée avait 41 ans.

Tableau IV : Répartition des femmes enceintes en fonction de la profession, niveau d'instruction, et de leur religion.

Caractéristiques	Fréquences (N)	Pourcentages (%)
1. **Profession**		
• Femme au foyer	**29**	**50**
• Commerçante	10	17,2
• Couturière	10	17,2
• Etudiante/Elève	4	6,9
• Fonctionnaire	2	3,4
• Autre	3	5,2
2. **Niveau d'instruction**		
• Aucun	1	1,7
• Primaire	3	5,2
• Secondaire	**49**	**84,5**
• Supérieur	5	8,6
3. Religion de la femme.		
• Catholique	6	10,3
• Protestante	11	19
• Eglise de réveil	**38**	**65,5**
• Animiste	1	1,7
• Autre	2	3,4

Parmi les femmes ayant participé 50 % étaient des ménagères, environ 85% avaient un niveau secondaire de leur instruction et plus de 90% étaient des chrétiennes.

Tableau V : Répartition des femmes enceintes en fonction de leur lieu de résidence, du moyen pour arriver au centre et du temps pour arriver au centre.

Caractéristiques	Fréquences(N)	Pourcentage(%)
1. Distance du centre par rapport au lieu de résidence		
• < 5Km	22	37,9
• 5 - 10 Km	23	39,7
• >10 Km	13	22,4
2. Moyen pour arriver au centre		
• Pied	32	55,2
• Taxi	18	31
• Moto	6	10,3
• Taxi-bus	2	3,5
3. Temps effectué pour arriver au centre		
• <1H	38	65,5
• 1 - 2H	18	31
• > 2H	2	3,5

Plus de 70% des femmes enceintes qui ont participé à notre enquête habitaient à moins de 10Km du centre LUYINDU, elles utilisaient les pieds (55,2%), le taxi (31%) et la moto (10%) pour arriver au centre, ce qui fait que environ 66% faisaient moins d'une heure pour arriver au lieu de la CPN.

II. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX ET INFORMATIONS SUR LA GROSSESSE ACTUELLE.

Tableau VI : Répartition des femmes enceintes en fonction de l'âge de la grossesse au début de la CPN.

Groupe d'âges (semaines)	Fréquence	Pourcentage(%)
10 -- 15	7	12,1
15 -- 20	12	20,7
20 -- 25	21	36,2
25 -- 30	17	29,3
30 -- 35	1	1,7
Total	**58**	**100,0**

7 femmes enceintes soit 12% avaient commencé la CPN à moins de 15 semaines de gestation, 36% entre 20 et 25 semaines. Une femme avait commencé sa CPN à 32 semaines.

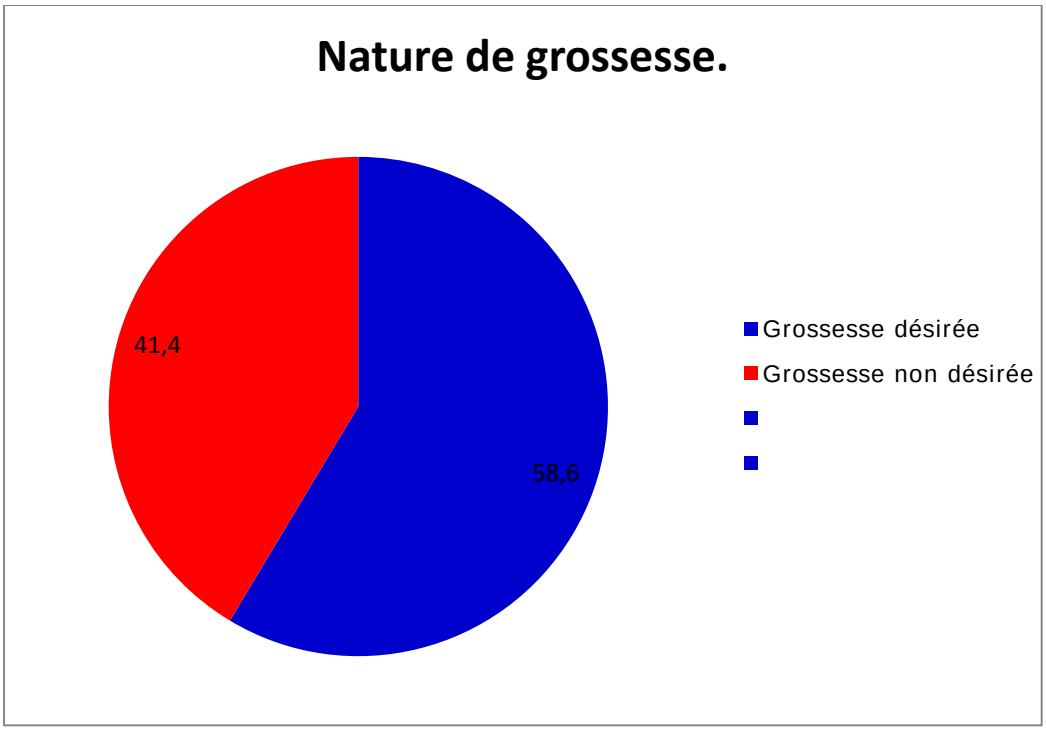

Illustration 3 : Répartition des femmes enceintes en rapport avec la <u>nature de la grossesse</u>.

59 % de grossesses étaient désirées contre 41% qui ne l'étaient pas.

III. <u>CONNAISSANCES DES FEMMES ENCEINTES SUR LA CPN.</u>

Tableau VII : Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance de la période de début de la CPN et du <u>nombre de CPN qu'une femme enceinte doit faire.</u>

Eléments	Fréquences	Pourcentages(%)
1. Connaissance de la période de début de la CPN		
<3mois	21	36,2
4 -- 5mois	26	44,8
>5mois	2	3,4
Ne sait pas	9	15,5
2. Nombre de CPN qu'une femme enceinte doit faire		
3	6	10,3
4	18	**31**
5	7	12,1
6	4	6,9
7	3	5,2
Ne sait pas	20	**34,5**

Tableau VIII : **Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance des complications pouvant survenir au premier trimestre de la grossesse.**

Connaissance des complications	Fréquences	Pourcentages(%)
OUI	44	75,9
NON	9	15,5
Ne sait pas	5	8,6
Total	**58**	**100**

Environ 76% des femmes enceintes interrogées savent que des complications peuvent arriver au premier trimestre de la grossesse.

Tableau IX : Répartition des femmes enceintes en fonction des complications pouvant survenir au 1er trimestre qui étaient citées.

Les complications	Fréquences	Pourcentages(%)
Fièvre persistante	14	24,1
Mal au ventre	11	19
Avortement	10	17,3
Anémie	7	12,1
Saignement vaginal	6	10,3
Malnutrition	5	8,6
Ne sait pas	5	8,6
Total	**58**	**100**

Tableau X : **Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance ou pas des avantages liés au début précoce de la CPN et des avantages cités.**

Paramètres	Fréquences	Pourcentages(%)
1. Connaissances des avantages		
OUI	51	**88,0**
NON	2	3,4
Ne sait pas	5	8,6
2. Les avantages cités		
Bon suivi de la grossesse	45	**88,2**
Prévenir les complications	6	11,8

88% des femmes savent qu'il y a des avantages de commencer précocement les CPN et le bon suivi de la grossesse était cité par 88% des femmes connaissant les avantages.

Tableau XI : Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance des signes de danger et des maladies à prévenir pendant la CPN.

Paramètres	Fréquences	Pourcentages(%)
1. Les signes de danger		
Saignement	29	50
Douleurs abdominales	15	25,9
Céphalées	5	8,6
Mains et visage enflés	4	6,9
Ne sait pas	5	8,6
2. Les maladies à prévenir		
Paludisme	24	41,4
VIH	15	25,9
Anémie	6	10,3
Infections urinaires	6	10,3
Tétanos	5	8,6
Ne sait pas	2	3,4

IV. REPRESENTATIONS SOCIALES ET PRATIQUES EN RAPPORT AVEC LA GROSSESSE.

.

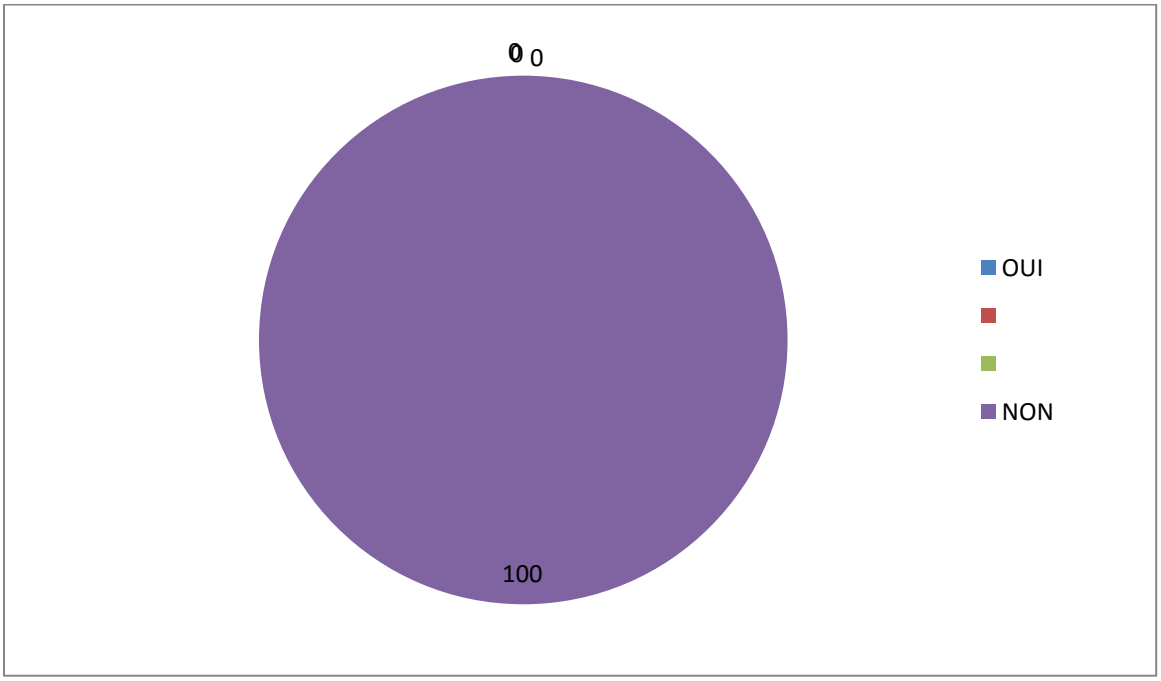

Illustration 4 : **Répartition des femmes enceintes en fonction de la réalisation ou non des pratiques traditionnelles avant le début de la CPN.**

Toutes les femmes soumises à notre enquête ne font pas des pratiques traditionnelles avant de commencer la CPN.

Tableau XII : Répartition des femmes enceintes en fonction de la personne qui prend la décision pour commencer la CPN.

Décideur	Fréquences	Pourcentages(%)
La mère de la femme	2	3,4
La belle-mère	1	1,7
Le mari	10	17,2
La femme enceinte	18	31
La femme et son mari	27	**46,6**
Total	**58**	**100**

Dans environ 47% de cas la décision de commencer la CPN est prise par le couple càd l'homme et la femme ensemble.

Tableau XIII : **Répartition des femmes enceintes en fonction de leur opinion si la grossesse doit être cachée ou pas à son début.**

Opinions des femmes	Fréquences	Pourcentages(%)
La grossesse doit être cachée	49	**84,5**
La grossesse ne doit pas être cachée	9	15,5
Total	**58**	**100,0**

Tableau XIV : **Répartition des femmes enceintes en fonction des raisons pour lesquelles une grossesse doit être cachée à son début.**

Les raisons évoquées	Fréquences	Pourcentages(%)
Eviter les moqueries	2	4,1
La grossesse est sacrée	5	10,2
Peur des sorciers (Mauvais esprits)	42	85,7
Total	**49**	**100,0**

Tableau XV : Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance des croyances en rapport avec la grossesse.

Connaissance des croyances	Fréquences	Pourcentages(%)
OUI	30	51,7
NON	28	48,3
Total	58	100,0

Les croyances citées sont les suivantes :

- Eviter de porter les tenues trop serrées de peur qu'on ne vole le cerveau de l'enfant
- Eviter de se promener la nuit pour éviter les mauvais esprits,
- Eviter la viande de porc car elle entraine un travail prolongé.
- Frapper une chaise si une autre femme enceinte vient de l'utiliser,
- La grossesse entraine des combats spirituels,
- La grossesse garde toujours derrière elle les complications qui peuvent être mortelles
- Manger les piments entraine les tâches chez le nouveau-né,
- Ne pas manger certains poissons salés pour éviter que le fœtus ne souffre.
- Ne pas manger la canne à sucre sinon les pieds vont trembler lors de l'accouchement.
- Ne pas manger les champignons au risque de beaucoup saigner lors de l'accouchement
- Ne pas manger l'oseille sinon les pieds vont trembler lors de l'accouchement
- Ne pas passer derrière une lampe allumée sinon le fœtus peut avoir un strabisme.
- Une femme enceinte ne peut pas se moquer des autres pour éviter les complications.

Tableau XVI : Présentation des paramètres sur la satisfaction des femmes enceintes en rapport avec le déroulement de la CPN.

Paramètres	Fréquences	Pourcentages(%)
1. Accueil		
Satisfaisant	32	55,2
Très satisfaisant	24	41,4
Pas satisfaisant	2	3,4
2. Temps d'attente		
Pas long(<2H)	39	67,2
Long (2 à 3H)	15	25,9
Très long (>3H)	4	6,9
3. Sentiment lors du déroulement de la CPN		
A l'aise	57	**98,3**
Mal à l'aise	1	1,7
4. Sensation d'avoir appris des nouvelles choses sur la grossesse		
OUI	40	69
NON	18	31

Tableau XVII : Répartition des femmes en fonction de la connaissance sur l'évolution de leurs pratiques de recours à la CPN entre les différents enfants.

Evolution des pratiques	Fréquences	Pourcentage(%)
OUI	31	53,4
NON	27	46,6
Total	**58**	**100,0**

Tableau XVIII : Répartition des femmes enceintes en fonction de la raison de l'évolution de leurs pratiques de recours à la CPN entre les différents enfants.

Raisons	Fréquences	Pourcentages(%)
Conseil de l'entourage	17	54,8
Informations reçues	12	38,8
Les précédentes complications	1	3,2
Autre	1	3,2
Total	**31**	**100**

4. DISCUSSION DES RESULTATS.

4.1. Analyse de la mission.

La mission qui nous a été assignée comptait deux objectifs spécifiques :

- ***Le premier consistait à évaluer les normes de la réalisation de la CPN au sein du CH LUYINDU en rapport avec la périodicité, les interventions et les ressources (humaines, matérielles) pendant la période du stage.***

  Pour atteindre cet objectif, nous avons estimé important de réaliser du point de vue méthodologique un audit clinique. Ce dernier nécessitait la construction d'un référentiel nous permettant de faire une comparaison entre la pratique observée et celle qui est recommandée. L'existence d'un document normatif en rapport avec la pratique de la CPN nous a permis d'élaborer ce référentiel.

- ***Le deuxième objectif consistait à évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes enceintes qui fréquentent le CH LUYINDU en rapport avec la CPN.***

  Concernant cet objectif, le fait pour nous d'être un agent œuvrant dans le centre était un atout qui a permis de faciliter l'acceptation des entretiens auprès des femmes enceintes.

Nous avons fait plusieurs recommandations à la fin de notre investigation. Elles se rapportent à plusieurs niveaux en rapport avec les écarts constatés. Elles visent à améliorer la qualité des consultations prénatales pour que l'efficacité de celles-ci puisse entrainer un impact sur la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle liées à la grossesse en RDC.

4.2. Analyse des résultats.

4.2.1. Analyse des résultats d'application des normes par rapport à la périodicité et aux interventions à mettre en œuvre lors des CPN :

Nous avons évalué pendant une période de 4 semaines, l'application des normes en rapport avec la périodicité(le respect du calendrier) des CPN et les interventions essentielles qui sont exigées par l'OMS.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débuter à un stade précoce de la grossesse parce que c'est lors de la première consultation qu'on arrive à confirmer la grossesse et à déterminer le terme probable, à classer la femme selon qu'elle doit suivre le calendrier standard ou qu'elle a besoin des soins spécialisés, à dépister, à traiter et à administrer les mesures préventives , à aider la femme à élaborer un plan d'accouchement et à lui donner des conseils. Les CPN doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. Tout ceci permet à la femme enceinte de développer une attitude lui permettant de faire des choix favorables pour sa santé et celle de son bébé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales (la première au troisième mois de la grossesse) à intervalles réguliers tout au long de la grossesse [30].

Dans notre étude nous avons trouvé que 12% de femmes enceintes ont pu commencer leurs CPN au premier trimestre. Ce résultat correspond à celui trouvé par Maria khan à Kinshasa [31] mais il est légèrement inférieur à ceux de l'EDS II de la RDC [3] où on a trouvé 22,2% en milieu urbain.

L'âge des femmes enceintes ayant participé à notre étude variait entre 16 et 41ans avec une moyenne de 28 ans [IC95 : 26,4 ; 29,6]. Ce résultat est comparable à celui trouvé (27ans) par Maria khan et al à Kinshasa [31], celui de Nelly A. GBESSEMEHLAN à Bamako au mali[32] qui avait trouvé une moyenne de 26,5ans et celui de P. NDIAYE et al[33] au Sénégal qui ont trouvé que l'âge des femmes variait entre 15 et 40ans avec une moyenne de 26ans et celui de Mafuta EM[34].

Cinquante pourcent de femmes qui ont participé à notre étude étaient des femmes au foyer. 85% d'entre elles avaient une instruction de niveau secondaire.

Nous estimons que ces facteurs sont favorables à une éducation à la santé en rapport avec l'importance de la CPN précoce. Quand ces femmes sont dans leurs foyers, le plus souvent elles suivent la radio et la télévision. Au regard de leur niveau d'instruction, nous pensons qu'elles sont bien favorables à écouter et à intérioriser les messages véhiculé par ces 2 canaux en vue de prendre en main leur santé. Dans leur étude, Maria Khan et al [31] ont trouvé que 77% de femmes à Kinshasa seraient influencées par des messages à la radio et à la télévision les informant sur les pratiques des soins prénatals. Kidist Birmeta et al [35] ont aussi trouvé dans leur étude en Ethiopie que les femmes enceintes qui étaient exposées au média (radio ou TV) étaient quatre fois plus nombreuses aux CPN que les autres.

Dans notre étude nous avons trouvé, d'une part que 45% de femmes ont déclaré qu'il faut commencer la CPN au deuxième trimestre et d'autre part 35% ne savent pas le nombre de CPN qu'une femme enceinte doit faire. Cette ignorance peut être un frein à commencer précocement la CPN comme l'ont montré plusieurs auteurs [31, 33, 36] que l'illettrisme, l'ignorance des risque sont associés au retard de début précoce des CPN. Nous avons également trouvé que Plus de la moitié de femmes enceintes savent que des complications peuvent arriver au premier trimestre de la grossesse et 88% ont déclaré qu'il est important de commencer la CPN tôt pour un bon suivi de la grossesse qui va déterminer une bonne issue de celle-ci, quoi qu'elles commencent pour la majorité les CPN en retard. Nous estimons que plusieurs facteurs peuvent expliquer cette contradiction, entre autre les contraintes financières comme l'a montré Maria khan[31] et les pesanteurs culturelles liées à certaines représentations sociales et les croyances relatives à la grossesse. Il est à noter que dans notre étude 85% des femmes enquêtées ont déclaré que la grossesse devait être cachée à son début à cause de la peur des mauvais esprits pouvant avoir une influence sur eux-mêmes et leurs enfants. Ceci correspond au résultat trouvé par P. Ndiaye [33] qui a montré une association entre le fait de cacher la grossesse et le début tardif des CPN. De même Bouchon dans son étude socio-anthropologique en Côte-d'Ivoire [37] a trouvé que ceci était un frein pour les femmes enceintes pour commencer précocement les CPN. Le fait de cacher la grossesse peut donc expliquer le retard de fréquenter précocement les services de CPN pour ne pas s'attirer les mauvais esprits. Lorsqu'on y ajoute les diverses croyances que ces femmes ont déclarées en rapport avec la grossesse, il sied de noter que des efforts énormes doivent être entrepris pour réduire cette influence de la culture sur la fréquentation des femmes aux services de consultation prénatale en RDC.

Dans notre étude, toutes les femmes enceintes ont reçu une éducation sanitaire et nutritionnelle. À toutes ces femmes il a été fait le dépistage et le traitement des IST pour celles qui en avait une, le dépistage et le traitement des maladies liées à la grossesse ainsi que celles qui influent sur la grossesse.

Il a été fait aussi la détection des signes de danger chez toutes les femmes et celles qui en avaient étaient toutes transférées à temps au médecin pour la meilleure prise en charge.

Nous estimons que la bonne application de ces interventions peut s'expliquer par le fait que celles-ci ne demandent pas de moyens onéreux. Elles dépendent plus des ressources humaines qui sont disponibles sur place.

Le VIH est l'une des causes indirectes de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne [38]. En RDC, la prévalence du VIH est nettement plus élevée chez la femme (1,6%) que chez l'homme (0,6%)[3]. D'où la recommandation du programme national de la santé de la reproduction de l'application de la directive de l'OMS selon laquelle toute femme enceinte devrait connaitre son statut sérologique avant l'accouchement et que toute femme dépistée positive soit mise sous ARV et puisse bénéficier de la prophylaxie au cotrimoxazole [30].

Dans notre étude, 97% de femmes enceintes ont été dépistées au VIH .Celles dépistées positives étaient mises sous ARV et sous prophylaxie cotrimoxazole. Ce résultat est supérieur à celui trouvé lors de l'EDS II (2013-2014) de la RDC [3] où il était trouvé que 54,9% de femmes enceintes à Kinshasa connaissaient leurs statuts.

La stratégie utilisée au centre LUYINDU qui consiste à faire un bon counseling, à faire le test à toute femme enceinte qui fréquente la structure et à donner le résultat au même moment, pourrait expliquer ce résultat. Aussi, pensons-nous que le fait que le centre bénéficie d'un appui d'une ONG en tests, ARV, médicaments contre les infections opportunistes et autres intrants fait qu'il n'y ait pas de rupture de stock , ce qui pourrait aussi expliquer ce résultat.

Le paludisme constitue l'une des causes indirectes de la mortalité maternelle. Chez la femme enceinte, il entraine des complications graves comme le décès materno-fœtal, des anémies chez la mère, un retard de croissance intra-utérin responsable d'une insuffisance pondérale à la naissance.

En RDC, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité. Il compte également parmi les trois premières causes de mortalité dans le groupe des plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes [27].

De ce qui précède, le programme national de la santé de la reproduction en collaboration avec le programme national de lutte contre le paludisme(PNLP) recommande l'application de la directive de l'OMS selon laquelle, toute femme enceinte devait avoir une prophylaxie contre le paludisme et devait recevoir et utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action(MIILDA).

Dans notre étude nous avons trouvé que 50% de femmes avaient reçu le traitement présomptif intermittent contre le paludisme, légèrement supérieur (40%) au résultat trouvé lors de l'EDS II de la RDC [3]. Et 33% avaient reçu une MIILDA, ainsi que les explications pour son utilisation. Ce résultat est comparable (38%) à celui trouvés lors de l'EDS II [3].

L'approvisionnement de la structure sanitaire en médicaments contre le paludisme et MIILDA se fait à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme(PNLP). Les ruptures de stock fréquentes au niveau du programme pourraient expliquer ce résultat. Il est à noter aussi que lorsque les femmes enceintes commencent les CPN en retard, elles ne peuvent plus recevoir correctement le Traitement Présomptif Intermittent, comme le demande le programme.

La vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles recommandées par le Programme National de Santé de la Reproduction(PNSR) et celui de la Vaccination afin d'améliorer les chances de survie des femmes et des nouveau-nés [3].

Dans notre étude, 52% de femmes avaient reçu correctement le vaccin antitétanique. Ce résultat est supérieur à celui de l'EDS II de la RDC [3] qui était de 44,9%.

La rupture fréquente des vaccins de deux à trois mois environ depuis 2 ans au site d'approvisionnement de la structure mais aussi le début tardif des consultations prénatales des femmes enceintes pourraient expliquer ces taux.

L'anémie favorise et aggrave l'hémorragie lors de l'accouchement, qui est l'une des principales causes de mortalité maternelle. Elle peut être prévenue par le suivi nutritionnel, le déparasitage et la supplémentation appropriée en fer et folates pendant la grossesse.

Selon l'EDS II, la prévalence de l'anémie auprès des femmes à Kinshasa est de 47%. C'est pourquoi la supplémentation en micronutriment entre autre le fer au cours de la grossesse est plus qu'importante.

Dans notre étude nous avons trouvé que 97% de femmes enceintes avaient reçu le fer. Ce résultat est légèrement supérieur à celui trouvé dans l'EDS II qui est de 88%. S'agissant du déparasitage des femmes enceintes avec le mebendazole, nous avons trouvé que 67% de femmes avaient reçu les doses selon le calendrier, contre 86% trouvés lors de l'EDS II de la RDC [3].

L'une des interventions essentielles recommandées par le PNSR est le dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes.

Dans notre étude, nous avons trouvé qu'aucune femme enceinte n'a été dépistée à la syphilis pendant la période de notre stage.

La rupture de stock en test de diagnostic depuis environ un an est la principale cause de ce manque de dépistage.

La forte dépendance du programme national de la santé de la reproduction aux ONG dans le financement de ses activités est un problème très important qui est à la base de la non réalisation de plusieurs interventions. Tant que le pays sera toujours dépendant en matière sanitaire au financement extérieur, nous pensons que les dysfonctionnements que nous avons détectés vont subsister.

Le gouvernement du pays doit donc allouer un budget conséquent à la santé pour réduire la dépendance au financement extérieur car pour l'année 2015, c'est 4,9% de budget qui était alloués à ce ministère.

4.2.2. Analyse des résultats de l'application des normes par rapport aux ressources (humaines, infrastructures, matériels, équipements et médicaments) nécessaires pour la CPN :

S'agissant des ressources humaines, la catégorie du personnel requise pour faire les CPN existe au CH LUYINDU. La seule difficulté est l'absence de la formation continue de ces prestataires sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement et sur les soins obstétricaux et néonatals d'urgence. D'où notre recommandation aux responsables de la structure de faire un plaidoyer auprès des responsables du PNSR en vue de former ces prestataires pour qu'ils arrivent à bien faire leur travail. Quant aux infrastructures, les espaces requis pour les CPN sont disponibles, excepté la salle d'attente qui est commune à toutes les personnes qui viennent au centre.

Nous avons constaté aussi qu'il manque un local pour faire les prélèvements lors de la CPN.

Concernant le matériel et l'équipement requis pour la CPN, nous avons trouvé le minimum qui permet de faire la consultation, excepté le manque de réfrigérateur, du compteur CD4 et d'une bonne source de lumière. Au regard de l'importance de cette structure, nous estimons que ce

matériel est indispensable, car la qualité des vaccins et d'autres tests utilisés dépend de la chaine de froid. Mais aussi une bonne source de lumière est un gage d'un bon examen gynécologique des femmes enceintes.

Ceci est autant pour le compteur CD4 car la mise sous traitement des femmes enceintes dépistées positives au VIH dépend du résultat de cet examen. Actuellement les échantillons sont envoyés dans un autre centre avec beaucoup de risque de dégradation et de perte d'échantillons lors du transport. Il en est de même sur place au regard du nombre important d'échantillons qui sont envoyés dans cette structure.

Concernant les médicaments, les tests et les consommables, nous avons constaté que l'essentiel était disponible pendant la période de notre stage. Le grand problème constaté est l'absence de certains tests notamment ceux servant à faire le dépistage de la syphilis.

Les partenaires qui fournissaient le centre en ces tests ne le font plus, cela occasionne des ruptures de stock.

4.3. Analyse des résultats en rapport avec les Connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes en rapport avec la CPN.

Dans cette partie de notre étude, nous avons cherché à savoir les leviers et les freins qui font que les femmes enceintes puissent ou ne pas fréquenter le service des CPN.

Des études ont montré que l'inaccessibilité géographique est un facteur de la non fréquentation des femmes enceintes au service de la CPN.

En RDC les normes organisant le système sanitaire exigent qu'un centre de santé puisse couvrir une population autour de 8km de celui-ci. En outre, pour chaque activité, le taux d'utilisation devrait tendre vers 50% et devrait augmenter [39].

Dans notre étude nous avons trouvé que 70% de femmes ayant participé à l'enquête habitaient dans l'aire de santé où se trouve le CH LUYINDU dont plus de la moitié étaient satisfaites du déroulement des CPN, 98% ont même déclaré être à l'aise pendant les séances sans sentiment d'intrusion dans leur intimité et 69% ont déclaré avoir appris de nouvelles connaissances en rapport avec la grossesse et la CPN. L'enjeu est de savoir comment continuer à améliorer la fréquentation dans la structure. Mais aussi de savoir s'il n y a pas de laissés pour compte et si les femmes habitant

plus loin étaient aussi prises en charge dans les aires de santé voisines. Ceci nécessite donc une autre investigation.

4.3.1. Représentations sociales et pratiques en rapport avec la grossesse :

Dans notre étude, aucune femme n'a déclaré avoir fait usage des pratiques traditionnelles avant de commencer les CPN. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces pratiques étaient plus observées en milieu rural car nombreux qui viennent en ville abandonnent certaines pratiques. Mais à cela s'ajoute l'influence de la religion qui de plus en plus fustige ces pratiques traditionnelles.

Le retard dans la prise de décision pour consulter un service de santé est l'un des facteurs importants qui déterminent la mortalité des femmes enceintes en Afrique [40]. Dans notre étude, nous avons trouvé que dans 47% de cas, la décision de commencer la CPN est prise collégialement entre l'homme et la femme. De ce qui précède, il convient donc de trouver des stratégies pour arriver à sensibiliser les couples et les pères afin que ceux-ci améliorent leur prise de conscience et les amener à un changement de comportement vis-à-vis de la CPN.

4.3.2. Evolution des pratiques des femmes enceintes en rapport avec l'évolution de leur pratique de recours à la CPN entre les différents enfants :

Dans notre étude, 53% de femmes ont déclaré avoir eu une évolution en rapport avec le recours à la CPN entre les différentes grossesses. C'est suite aux conseils de l'entourage et des informations reçues lors des consultations prénatales mais aussi par diverses sources.
C'est ici encore la preuve de l'importance de l'éducation pour la santé.

5. LIMITES DE L'ENQUETE.

Dans notre étude nous avons évalué le respect des normes en rapport avec les interventions recommandées pour la CPN, mais nous n'avons pas eu à évaluer les procédures qui sont exigées par le programme pour avoir les interventions de qualité. Il y a des interventions qui sont mises en place mais y a-t-il respect des procédures pour que ces interventions soient de qualité ? Cet aspect pourra donc être pris en compte dans les études futures pour bien évaluer la qualité des CPN.

En outre, compte tenu de l'échantillon qui était faible, il est difficile de généraliser ces résultats. Une grande investigation avec un échantillon plus grand est nécessaire pour généraliser les résultats à l'ensemble de femmes enceintes. Toutefois, les écarts qui sont constatés nécessitent d'être corrigés pour améliorer la situation actuelle.

Une autre difficulté rencontrée est qu'au début de la mission, nous avions estimé faire une observation directe de la réalisation de la CPN. Mais étant donné que nous travaillons dans la structure comme médecin, cela aurait une influence sur les prestataires qui pouvaient modifier leur pratique à cause de notre présence dans la salle et cela pouvait entrainer des biais. Pour cela, nous avions préféré faire une analyse des cartes des consultations prénatales où sont notées toutes les interventions.

Concernant les connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec la CPN, nous avons juste identifié les facteurs pouvant être considérés comme des leviers et des freins pour la fréquentation à la CPN mais nous n'avons pas établit les liens entre ces facteurs et la fréquentation à la CPN.

6. RECOMMANDATIONS.

6.1. Au Gouvernement de la République.

Elaborer des programmes d'empowerment pour amener les couples et les pères à améliorer leur prise de conscience et les amener à un changement de comportement vis-à-vis de la CPN.

6.2. Au programme national de la santé de la reproduction.

- Élaborer des messages d'éducation pour la santé, axés sur l'importance de la CPN précoce, ciblant particulièrement les femmes d'âge à risque, multipares et illettrées.
- Intégrer ces messages d'éducation pour la santé dans les programmes
- Scolaires et d'alphabétisation.
- Vulgariser à travers les zones de santé le document normatif en rapport avec la CPN.
- Utiliser la radio et la télévision comme canaux pour la diffusion de message en rapport avec la CPN.
- Trouver des voies et moyens pour réduire les ruptures en intrants entre autre vaccins, moustiquaires et autres tests utiles lors de la CPN.

6.3. Aux responsables de la structure sanitaire.

- Faire un plaidoyer pour la formation continue des prestataires de la CPN.
- Trouver les moyens pour ajouter le matériel et l'équipement indispensable pour la bonne réalisation de la CPN comme la lampe pour un bon examen gynécologique.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Fonds de nations unies pour l'enfance (page consultée le 18/07/2016) La situation des enfants dans le monde 2009: La santé maternelle et néonatale, [en ligne] http://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-FR.pdf

2. Organisation mondiale de la santé.(page consulté le 6/01/2016) Tendance 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,[en ligne]http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204113/1/WHO_RHR_15.23_fre.pdf

3. République Démocratique du Congo (Consulté le 17/01/2016). Enquête démographique et de santé EDS –RDC II 2013-2014,[en ligne]https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf

4. République Démocratique du Congo, Programme national de la santé de la reproduction : politique nationale de la santé de la reproduction, juillet 2008.

5. République Démocratique du Congo (Consulté le 14/12/2015). Normes de la zone de sante relatives aux interventions intégrées de sante de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en République démocratique du Congo,[en ligne]sur www.mediacongo.net/docs/jobaof/2014/oms_20141202_SMNE.pdf

6. République Démocratique du Congo. (page consulté le 13/12/2015). Rapport national OMD : évaluation des progrès accomplis par la RDC dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement en 2012, [en ligne].http://www.cd.undp.org/content/dam/dem_rep_congo/docs/MDG/UNDP-CD-OMD-rapport-national.pdf

7. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : Le programme de développement durable à l'horizon 2030. Sommet des nations unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015, Assemblée Générale des Nations Unies, New-York, Septembre 2015.

8. Organisation mondiale de la santé.(page consulté le 12/11/2015) Le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque,[en ligne]. http//apps.who.int/iris/bitstream/10665/63168/1/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1_fre.pdf

9. World Heath Organisation, (page consulté le 6/01/2016) World Heath statistics 2015, [en ligne] disponible sur http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

10. Karlsen, Saffron et al. "The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in healthcare institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health". *BMC PublicHealth* 2011, 11: 606

11. Conde-Agudelo, A., J. M. Belizán et C. Lammers, 'Maternal-Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: Crosssectional study', American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 192, no. 2, février 2005, pp. 342–349

12. USAID Congressional Budget Justification FY2002: program, performance and prospects – the global health pillar". United States Agency for International Development. Washington DC. 2001.

13. Say L, Chou D, Gemmill A et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014 jun;2(6):e323-33

14. Nicholas JK, Amelia BV, Megan SC et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014 sept 13;384(9947):980-1004.

15. Diana GG, Mecedes CP, Maria TR. Knowlegde gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review. Bull World Health Organ. 2006 Nov; 84(11): 903–909.

16. Tebeu PM, Halle-Ekane G, Da Itambi M. Maternal mortality in Cameroon: a university teaching hospital report. Pan Afr Med J. 2015; 21: 16.

17. Bomela NJ. A cross-sectional analysis of geographic distribution and causes of maternal mortality in South Africa: 2002 – 2006. BMC Public Health. 2015; 15: 273.

18. Piane GM. Evidence-based practices to reduce maternal mortality: a systematic review. J. Public Health (Oxf). 2009 Mar; 31(1):26-31.

19. Organisation mondiale de la santé bureau régional de l'Afrique (page consulté le 29/12/2015) Réduire la mortalité maternelle : un défi pour le 21ème siècle, [en ligne] disponible sur http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=913&Itemid=2111

20. Vincent DB, Lerberghe WV (Consulté le 13/12/2015). Réduire le risque de la maternité : stratégies et évidences scientifiques,[en ligne] sur http://www.itg.be/itg/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop18.pdf

21. Rooney C. Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of the evidence. WHO/MSM/92.4 Maternal Health and Safe Motherhood Program, Division of Family Health. Geneva: World Health Organisation, 1992.

22. Carroli G, Rooney C, Villar J. WHO Programme to Map the Best Reproductive Health Practices: How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? Paed Perinatal Epidemiol 2001; 15 (suppl 1).

23. De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. « La Maternité sans Risque »dans les pays en développement: les leçons de l'histoire. Studies in Health Services organisation & policy, 6, Antwerp, ITGpress. 1997.

24. Organisation mondiale de la santé. Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur lanotion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève 1978.

25. Backett M, Davies A.M. and Petros-Barvazian A. 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: OMS. 1984.

26. République Démocratique du Congo (consulté le 19/07/2016). Enquête par grappe à indicateurs multiples MICS-2010. [en ligne] sur https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/West%20and%20Central%20Africa/Congo%2C%20Democratic%20Republic%20of%20the/2010/Final/Congo%20DR%202010%20MICS_French.pdf.

27. République démocratique du Congo. (Consulté le 1/06/2016) Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté de seconde génération, [en ligne] disponible sur http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/RDC-2011-2015_-Document_de_strat%C3%A9gie_de_r%C3%A9duction_de_la_pauvret%C3%A9.pdf.

28. République démocratique du Congo.(page consultée le 19/07/2016). Ministère de la santé publique. Programme national des comptes de la santé : comptes de la santé RDC 2013. [en ligne] disponible sur http://www.minisanterdc.cd/new/images/Documents/CompteN/CNS RD Congo.

29. République Démocratique du Congo(Consulté le 19/07/2016). Enquête démographique et de santé EDS –RDC 2007. [en ligne] disponible sur https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf.

30. OMS *:* Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

31. Khan M et *a*l. Soins prénatals à Kinshasa: croyance, connaissance et obstacle à la programmation appropriée. *Cahiers Santé.* av-m-juin 2005; 15:2.

32. Gbessemehla AN. 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, pharmacie et d'onto-stomatologie ; 2011.

33. Ndiaye P et al. Déterminants socioculturels du retard de la 1re consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé Publique* 2005 ; 4(17) : 531-538.

34. 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 Sept; 4 (4).

35. Birmeta K, Dibaba Y, Woldeyohannes D. Determinants of maternal health care utilization in Holeta town, central Ethiopia. BMC Health Services Research 2013 jul; 13: 256.

36. Mugo et al. Prevalence and risk factors for non-use for antenatal care visits: analysis of the 2010 south sudan household survey. BMC pregnancy and childbirth (2015) 15: 68.

37. Bouchon, M. 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, 2012.

38. Say L, Chou D, Gem mill A et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014 jun;2(6):e323-33.

39. République Démocratique du Congo. Ministère de la santé publique. Secrétariat général : Recueil des normes de la zone de santé.

40. Cham M, Sundby J, Vangen S. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. Reprod Health. 2005; 2:3

8. INDEX DES TABLES.

Tableau I : Comparaison des résultats entre la pratique observée et le standard de l'application des normes de la CPN en rapport avec la périodicité et les interventions 24

Tableau II : Comparaison des résultats entre les ressources observées et le standard requis pour la bonne réalisation de la CPN 29

Tableau III : Répartition de femmes enceintes en fonction de leur âge 32

Tableau IV : Répartition des femmes enceintes en fonction de la profession, du niveau d'étude et la religion..... 32

Tableau V : Répartition des femmes enceintes en fonction de leur lieu de résidence, du moyen de transport et du temps pour arriver au centre..... 33

Tableau VI : Répartition des femmes enceintes en fonction de l'âge de la grossesse au début de la CPN..... 34

Tableau VII : répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance de la période de début de la CPN et du nombre des CPN qu'une femme enceinte doit faire..... 35

Tableau VIII : Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance des complications pouvant survenir au premier trimestre de la grossesse..... 36

Tableau IX : Répartition des femmes enceintes en fonction des complications pouvant survenir au premier trimestre qui étaient citées..... 36

Tableau X : Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance ou pas des avantages de liés au début précoce de la CPN et des avantages cités..... 36

Tableau XI : Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance des signes de danger et des maladies à prévenir pendant lors de la CPN..... 37

Tableau XII : Répartition des femmes enceintes en fonction de la personne qui prend la décision pour débuter la CPN..... 38

Tableau XIII : Répartition des femmes enceintes en fonction de leur opinion si la grossesse doit être cachée ou pas à son début..... 39

Tableau XIV : Répartition des femmes enceintes en fonction des raisons pour lesquelles une grossesse doit être cachée à son début..... 39

Tableau XV : Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance des croyances en rapport avec la grossesse..... 39

Tableau XVI : Présentation des paramètres sur la satisfaction des femmes enceintes en rapport avec le déroulement de la CPN..... 40

Tableau XVII : Répartition des femmes enceintes en fonction de la connaissance sur l'évolution de leurs pratiques de recours à la CPN entre les différents enfants..... 40

Tableau XVIII : Répartition des femmes enceintes en fonction de la raison de l'évolution de leur pratique de recours à la CPN entre les différents enfants..... 41

9. INDEX DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Graphique montrant la distribution en pourcentage de 58 dossiers selon la conformité au critère.....27

Illustration 2 : Présentation en pourcentage des critères en rapport avec les ressources utilisées pour la CPN selon leur conformité ou pas aux normes.....31

Illustration 3 : Répartition des femmes enceintes en fonction de la nature de la grossesse.....35

Illustration 4 : Répartition des femmes enceintes en fonction de la réalisation ou non des pratiques traditionnelles avant le début de la CPN.....38

ANNEXES.

ANNEXE I : REFERENTIELS UTILISES :

I. REFERENTIEL POUR LES NORMES DES INTERVENTIONS DE LA CPN.

ELEMENTS	STANDARD	EXCEPTION
1. LA PERIODICITE		
1.1 . Les soins sont offerts à tout moment tout au long de la grossesse soit un total de 4 visites dont deux visites au dernier trimestre selon le calendrier ci-après : • 1ère CPN avant 12SA et au plutard 14SA. • 2ème CPN entre 24 et 28SA • 3ème CPN à 32 SA • 4ème CPN à 36 SA.	100%	Les grossesse à problème pouvant nécessiter des visites additionnelles (VIH, adolescentes, viol.)
2. INTERVENTIONS OPERATIONNELLES DE LA CPN.		
2.1. Education nutritionnelle et sanitaire Toute femme enceinte doit recevoir lors de la CPN des conseils sur la nutrition et une éducation sanitaire	100%	--
2.2. Dépistage et conseil initié par le prestataire en rapport avec le VIH Toute femme enceinte devrait connaitre son statut sérologique VIH lors de la CPN.	100%	--
2.3. Prophylaxie et traitement aux ARV et prophylaxie au cotrimoxazole pour les femmes enceintes vivant avec le VIH. Toute femme enceinte vivant avec VIH doit avoir une prophylaxie et traitement aux ARV et une prophylaxie au cotrimoxazole	100%	Allergies aux sulfamidés
2.4. Vaccination antitétanique suivant le calendrier national. Toute femme enceinte doit recevoir le vaccin antitétanique selon son statut vaccinal actuel et suivant le calendrier Ci-dessous : • VAT1 : dès le 1er contact CPN • VAT2 :1mois après VAT1 • VAT3 : 6mois après VAT2 ou à la grossesse suivante	100 %	Femmes complètement Vaccinées.

• VAT4 : 1an après VAT3 • VAT5 :1an après VAT4		
2.5. Traitement présomptif intermittent du paludisme.		
Toute femme enceinte doit recevoir la sulfadoxine-pyriméthamine en dose unique 3 cés en prise supervisée selon le calendrier ci-dessous : • SP1 à partir de 16 SA • SP2 entre 24 et 28SA • SP3 : à 32 SA femmes enceintes VIH +	100 %	- Allergie aux sulfamidés - Grossesse de moins de 16SA -PVV sous cotrimoxazole.
2.6. Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action(MIILD)		
Toute femme enceinte reçoit une MIILD et reçoit les explications sur son mode d'emploi.	100 %	--
2.7. Supplémentation en micronutriments.		
Toute femme enceinte doit recevoir 1cés de fer-folate par jour dès la 1ère CPN Jusqu'à 3mois après l'accouchement.	100 %	Femme enceinte anémique qui reçoit 2cès par jour.
2.8. Traitement présomptif de l'ankylostomiase		
Toute femme enceinte doit recevoir une cure de mebendazole au moins une fois pendant la grossesse à raison de 2X1cés par jour/3jours puis une 2ème dose 6mois après.	100%	Grossesse de moins de 16SA
2.9. Dépistage et traitement de la syphilis		
➢ Toute femme enceinte doit être dépistée à la syphilis.	100%	
➢ Toute femme enceinte dépistée positive doit être prise en charge.	100 %	
2.10. Diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles(IST)		
➢ Toute femme enceinte doit être examiné pour diagnostiquer les IST	100%	
➢ Toute femme enceinte ayant une IST doit être soigné selon le protocole national.	100%	
2.11. Dépistage et traitement des maladies liées à la grossesse.		
Toute femme enceinte doit être examinée pour dépister et traiter toute maladie liée à la grossesse.	100%	
2.12. Dépistage et traitement des maladies qui influent sur la grossesse.		

Toute femme enceinte est examinée pour dépister et soigner toutes maladies qui influent sur la grossesse.	100%.

2.13. Détection des signes de danger. Toute femme enceinte qui vient à la CPN est examinée pour détecter les signes de danger.	100%
2.14. **Référence à temps des grossesses avec complications**. Toute femme enceinte ayant des complications est référée à temps.	100%

II. REFERENTIEL EN RAPPORT AVEC LES RESSOURCES

ELEMENTS	STANDARD	EXCEPTION
1. RESSOURCES HUMAINES. Le personnel requis pour la CPN c'est Une sagefemme ou accoucheuse A2 Ou une infirmière A2 formée et recyclée En PCIGA, PCIMAA, PTME, SONU	**100%**	
2. INFRASTRUCTURES. Aménagement des espaces ci-après Permettant de réaliser la CPN : Une salle d'attente, une salle de réception et de causerie éducative, un local d'examen physique , un local de prélèvement, Une salle de counseling VIH et planification familiale (PF) dans le respect de l'intimité et de la confidentialité, une salle des soins, un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main).	**100%**	
3. EQUIPEMENTS Table gynécologique, source de lumière, table de bureau, au moins trois chaises de bureau, bancs en nombre suffisant, armoire, échéancier, etc….	**100%**	
4. MATERIELS. stéthoscope, tensiomètre à mercure, foetoscope (Pinard, De Lee), Gravidomètre (réglette), pelvimètre, horloge, mètre ruban (au moins deux), balance pèse-personne avec toise, thermomètre, speculums vaginaux de différentes tailles , poubelle avec couvercle, potences, escarbot,	**100%**	

bassin réniforme, marmite à pression, gobelet, paravent, seau, hémoglobinomètre

---

5. <u>MEDICAMENTS, INTRANTS ET CONSOMMABLES.</u>

- **Médicaments** : fer-folate, mébendazole, SP, MILD, VAT, ARV, cotrimoxazole, céfixime, amoxicilline, benzatine benzylpenicilline, érythromycine, métronidazole en comprimé ou ovule, papavérine **100%**

- **<u>Kits tests</u>** : test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme, test RPR pour la syphilis, tests rapides VIH, test de groupage sanguin, **100%**

- **<u>Intrants et autres consommables</u>** : désinfectant, compresses, gants, savon liquide, savon en bloc **100%**

---

6. <u>OUTILS</u>. **100%**

- **<u>Outils de prestation (outils techniques</u>)** : carte/fiche CPN, supports éducatifs (boîtes à images, cartes conseils et autres selon les besoins), manuels de formation **100%**
- **<u>Outils de rapportage</u>** : cahier de rapport, canevas de rapport mensuel **100%**
- **<u>Outils de supervision</u>** : registre/cahier de supervision, canevas de supervision **100%**
- **<u>Outils de collecte des données</u>** : carte CPN, carte de rendez-vous, registre CPN , bon de référence, registre de référence/contre-référence, carnet de vaccination, fiche de stock, registre des prélèvements RPR/VIH/CD4, fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats, registre de résultats, registre de laboratoire, registre de suivi des femmes VIH+, **100%**

ANNEXE II : GRILLE DE RECOLTE DES DONNEES EN RAPPORT AVEC LES INTERVENTIONS DE LA CPN.

- N° Dossier
- Age de la gestante : /____/ans
- Date de dernières règles : / /
- Age de la grossesse :/____/ semaines /____/mois.
- Age de la grossesse au début de la CPN:/____/ semaines /____/mois.

N°	ITEMS	Oui	Non	Observations
A. PERIODICITE				
1.	Le calendrier ci-après a-t-il été respecté :			
	Première consultation prénatale (CPN 1) au 1er trimestre, avant la 12ème semaine d'aménorrhée (SA) jusqu'au plus tard à la 14ème SA, ou dès que la femme pense qu'elle est enceinte ;			
	CPN 2, entre la 24ème et la 28ème SA			
	CPN 3, à la 32ème SA			
	CPN 4, à la 36ème SA			
B. LES INTERVENTION OPERATIONNELLES DE LA CPN				
	Les interventions ci-après ont-elles été administrées auprès des femmes enceintes ?			
1	Education sanitaire et nutritionnelle			
2	Dépistage et conseil initié par les prestataires (DCIP) : toute femme enceinte devrait connaitre son statut sérologique VIH			
3	Prophylaxie et traitement aux antirétroviraux (ARV) et prophylaxie au cotrimoxazole pour les femmes enceintes vivant avec le VIH			
4	Vaccination antitétanique (VAT) suivant le calendrier ci-après : o VAT 1 : dès le premier contact CPN o VAT 2 : 1 mois après VAT 1 o VAT 3 : 6 mois après VAT 2 (ou à la grossesse suivante) o VAT 4 : 1 an après VAT 3 (ou à la grossesse suivante) o VAT 5 : 1 an après VAT 4 (ou à la grossesse suivante)			
5	Traitement présomptif intermittent (TPI) du paludisme par l'administration de la sulfadoxine 500 mg Ŕ pyriméthamine 25 mg (SP), per os, en dose unique de 3 comprimés (cés) en prise supervisée, suivant le calendrier ci-après : o SP 1 : à partir de la 16ème semaine, ou dès la perception des mouvements fœtaux o SP 2 : entre la 24ème et la 28ème semaine de grossesse o SP 3 : à la 32ème semaine de grossesse, uniquement aux femmes enceintes VIH+ qui ne sont pas sous cotrimoxazole			
6	Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILD			
7	Supplémentation en micronutriment : fer-folate (60 mg fer + 400 mcg folate), per os, 1 comprimé / jour, dès la première visite CPN jusqu'à 3 mois après l'accouchement			

8	Traitement présomptif de l'ankylostomiase : une cure de mébendazole au moins une fois au cours de la grossesse à partir de la 16ème semaine, per os, à raison de 2 × 1 cé 100 mg / jour / 3 jours, ou 1 cé 500 mg en dose unique, à partir du deuxième trimestre de la grossesse (pas avant la 16ème SA), puis une deuxième dose 6 mois après			
9	Dépistage et traitement de la syphilis			
10	Diagnostic et traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST)			
11	Dépistage et traitement des maladies liées à la grossesse			
12	Dépistage des maladies qui influent sur l'évolution de la grossesse			
13	Détection des signes de danger			
14	Référence à temps des cas des grossesses avec complications			

ANNEXE III : Grille de récolte des données sur l'observation des normes en rapport avec les ressources : humaines et <u>matérielles de la CPN.</u>

N°	ITEMS	Oui	Non	Observations
	A. RESSOURCES HUMAINES			
1	Combien d'infirmières (sages-femmes) sont affectées à la CPN ?			Nombre :
2	Pouvez-vous nous donner leur nombre par niveau d'étude			A1 A2
3	Ces infirmières sont-elles formées en : • prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement(PCIGA) • prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte(PCIMAA) • Protection de la transmission de la mère à l'enfant du VIH(PTME) • Soins obstétriques et néonatals d'urgence(SONU)	/__/ /__/ /__/ /__/	/__/ /__/ /__/ /__/	
4	Y a-t-il un médecin généraliste qui travaille dans la structure auprès de qui on peut transférer les cas à problème ?			
5	Si oui, est –il formé en : • PCIGA • PCIMAA • PTME • SONU	/__/ /__/ /__/ /__/	/__/ /__/ /__/ /__/	
6	Y a-t-il un gynécologue qui travaille dans la structure ?			
7	Si OUI, est –il formé en ; • PCIGA • PCIMAA • PTME • SONU	/__/ /__/ /__/ /__/	/__/ /__/ /__/ /__/	
	B. INFRASTRUCTURES			
8	Pour la réalisation de la CPN, les espaces ci-après sont-ils disponibles au niveau de la structure ? • Salle d'attente • Salle de réception • Salle de réalisation de la causerie éducative • Un local d'examen physique • Une salle de prélèvement • Une salle de counseling VIH et planification familiale (PF) dans le respect de l'intimité et de la confidentialité, • Une salle des soins • Un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main).	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	
	C. EQUIPEMENTS ET MATERIELS			
9	L'équipement ci-après est –il disponible pour la réalisation de la CPN : • Table gynécologique,	/__/	/__/	

	• Source de lumière, • Table de bureau, • Au moins trois chaises de bureau, • Bancs en nombre suffisant, • Armoire, • Echéancier, • Réfrigérateur, • Compteur CD4, • Un échographe.	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	Nombre :
10	Le matériel ci-après est –il disponible ? • Stéthoscope, • Tensiomètre à mercure, • Foetoscope (pinard, de lee), • Mètre ruban (au moins deux), • Gravidomètre (réglette), • Pelvimètre, • Horloge, • Balance pèse-personne avec toise, • Thermomètre, • Speculums vaginaux de différentes tailles (petit, moyen et grand), • Poubelle avec couvercle, • Potences, • Escarbot, • Bassin réniforme, • Marmite à pression, • Gobelet, • Paravent, • Seau, • Hémoglobinomètre.	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	
D. MEDICAMENTS, INTRANTS ET CONSOMMABLES.				
11	**MEDICAMENTS** Les médicaments ci-après sont-ils disponibles lors de la CPN ? • Fer-folate, • Mébendazole, • Sp, • Mild, • Vat, • Arv, • Cotrimoxazole, • Céfixime, • Amoxicilline, • Benzatinebenzylpenicilline, • Erythromycine, • Métronidazole en comprimé ou ovule, • Papavérine	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	
12	**KITS TESTS** Les kits de test ci-après sont-ils disponibles dans site de la CPN : • Test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme, • Test RPR pour la syphilis, • Tests rapides VIH, • Test de groupage sanguin, • Réactifs pour glycémie, • Réactifs pourglycosurie	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	

	• Réactif pour protéinurie	/__/	/__/	
13	**INTRANTS ET AUTRES CONSOMMABLES** • Désinfectant, • Compresse, • Gants, • Savon liquide, • Savon en bloc	 /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	 /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	
E. LES OUTILS				
14	**OUTILS DE PRESTATION** (outils techniques) • Carte/fiche CPN • Supports éducatifs (boîtes à images, cartes conseils et autres selon les besoins) • Manuels de formation.	 /__/ /__/ /__/	 /__/ /__/ /__/	
	OUTILS DE GESTION 1. Outils de collecte des données • Carte CPN • Carte de rendez-vous • Registre CPN • Bon de référence • Registre de référence/contre-référence • Carnet de vaccination, fiche de stock • Registre des prélèvements RPR/VIH/CD4 • Fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats • Registre de résultats • Registre de laboratoire • Registre de suivi des femmes VIH+, 2. Outils de rapportage • Cahier de rapport • Canevas de rapport mensuel des activités 3. Outils de supervision • Registre/cahier de supervision • Canevas de supervision	 /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	 /__/ __/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/	

ANNEXE IV : Guide d'entretien individuel semi-directif avec les <u>femmes enceinte</u>.

N° Fiche :.....
Date :.....

N°	QUESTIONS	REPONSES
A. Données sociodémographiques (Cases à cocher)		
1	Age de la femme enceinte (en années)	/__/
2	Profession de la femme	/__/Femme au foyer /__/Fonctionnaire /__/Commerçante /__/Elève/Etudiante /__/Autres (à préciser)
3	Niveau d'instruction de la femme enceinte	/__/Alphabétisée /__/Primaire /__/Secondaire /__/Supérieur /__/Aucun
4	Résidence de la femme	/__/Moins de cinq km /__/5 et 9Km /__/Plus de 10Km
5	Religion de la femme enceinte	/__/Catholique /__/Protestante /__/Musulmane /__/Animiste /__/ Eglise de réveil /__/Autres
6	Situation matrimoniale de la femme enceinte	/__/Célibataire /__/Mariée /__/Veuve /__/Divorcée
7	Régime matrimoniale	/__/Monogame /__/Polygame
8	Profession du conjoint	/__/Cultivateur /__/Fonctionnaire /__/Commerçant /__/Elève/Etudiant /__/chauffeur /__/Autres (à préciser)
9	Niveau d'instruction du conjoint	/__/Alphabétisé /__/Primaire /__/Secondaire /__/Supérieur /__/Aucun
10	Religion du conjoint	/__/Catholique /__/Protestant /__/Musulman /__/Animiste /__/Eglise de réveil /__// autre
11	Moyen pour arriver au lieu de la CPN	/__/Bus /__/Pied /__/ moto /__/ autre
B. Antécédents obstétricaux et informations sur la grossesse en cours		
12	Gestité (inscrire le nombre dans la case correspondante)	/__/
13	Parité (inscrire le nombre dans la case correspondante)	/__/
14	Nombre d'enfants vivants (idem)	/__/
15	Nombre d'avortements (idem)	/__/
16	Nombre d'enfants décédés (idem)	/__/
17	âge gestationnel (en mois)(semaines)	/__/mois /__/semaines
18	Grossesse désirée (cocher la bonne réponse)	/__/Oui /__/Non
19	S'agit-il de la quantième CPN celle d'aujourd'hui (cocher :	/__/1ère /__/2ème /__/3ème /__/4ème /__/ autre à préciser
20	C'est à quel âge de la grossesse vous avez eu votre 1ère CPN (au cas où la femme n'est pas à sa 1ère CPN).	/___/mois /___/semaines
C. <u>Données sur les connaissances de la femme enceinte sur la CPN</u>		
21	Selon vous, à quel mois de grossesse doit-on commencer les CPN? (cocher la bonne réponse) ?	/__/Moins de 3 mois /__/4 à 5mois /__/6 mois et plus /__/Ne sait pas
22	Selon vous, combien de CPN une femme enceinte doit faire au cours de sa grossesse? (inscrire le nombre correspondant)	/__/

23	Pensez-vous que des complications peuvent survenir pendant les 3 premiers mois de la grossesse?	/__/Oui /__/Non
	Si oui, citez nous ces complications (cocher N° des bonnes réponses) 1-Saignements 2-Anémie sévère (pâleur, fatigue) 3-Malnutrition, maigreur 4-Avortements 5-Fièvre persistante après TT AB et Palu de 3j 6-Vomissements importants 7-Mal au ventre	 /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/
24	Selon vous, y a-t-il des avantages de commencer la CPN précocement ? /__/OUI/__/NON Si oui Quels sont les avantages de commencer la CPN précocement ? (inscrire les réponses ici)	
25	Quels sont les signes de dangers au cours de la grossesse selon vous ? (inscrire les N° des bonnes réponses) 1-Saignements vaginaux 2- Convulsions 3- Pâleur 4- Respiration rapide 5-Céphalées 6- Main et visage enflés 7- Douleurs abdominales aigues	 /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/
26	Quelles sont les maladies que l'on peut prévenir lors des CPN chez les femmes enceintes ?	/__/Paludisme /__/Tétanos /__/Anémie /__/IST/VIH/SIDA /__/Autres (à préciser)

D. Représentations sociales et pratiques en rapport avec la grossesse.

27	Avez-vous des pratiques traditionnelles avant de faire la CPN ?	/__/Oui /__/Non
	Si oui, citer ces pratiques	
28	Qui décide pour vous d'aller en CPN dans votre famille?	/__/Beau-père /__/Mari /__/Belle-mère /__/ Le pasteur /__/Belle sœur /__/Mère /__/Père /__/Moi-même
29	Croyez-vous que la grossesse doit être cachée jusqu'à ce qu'elle soit visible de tous ?	/__/Oui /__/Non
	Si oui, pourquoi ?	
30	Vous arrive-t-il de consulter des gens avant de prendre la décision de commencer la CPN ? Si oui les quelles ?	/__/OUI /__/NON /__/ prophète /__/pasteur /__/marabout /__/autre à préciser
31	Que pensez-vous de la grossesse, est-elle une maladie ou un phénomène normal, physiologique ?	
32	Avez-vous ou entendez-vous parler de certaines croyances sur la grossesse ? Si oui les quelles ?	/__/OUI /__/NON
33	Avez-vous certaines pratiques nutritionnelles particulières lorsque vous êtes enceintes ?	

34	Comment avez-vous trouvé l'accueil des agents de santé lors de la CPN?	/__/Très satisfaisant /__/Satisfaisant /__/Pas satisfaisant
35	Comment avez-vous trouvé le temps d'attente lors des consultations prénatales ?	/__/3 à 4HTrop long /__/2 à 3H Long /__/< 2H Pas long
36	Avez-vous reçu des informations sur l'évolution de votre grossesse ?	/__/Oui /__/Non
37	Ces informations vous rassurent elles sur l'évolution de votre grossesse ?	/__/oui /__/Non
38	Etes-vous prête à revenir dans ce centre pour la CPN ? Pourquoi ?	/__/Oui /__/Non
39	Pendant le déroulement de la CPN, vous êtes-vous senti à l'aise ou qu'il y a des choses qui vous ont mises mal à l'aise et pouvez-vous nous les citer ?	
40	Environ combien de temps faites-vous pour arriver au centre pour la CPN ?	/__/moins D'1h /__/1à2h /__/2à3h /__/plus de 3h
41	Vous arrive-t-il d'être accompagné quand vous venez à la CPN ? Si oui par qui ?	/__/Oui /__/Non /__/ Epoux /__/ sœur /__/mère /__/belle-mère /__/ autre
42	Y a t il déjà eu une évolution dans ses pratiques de recours à la CPN entre ses différents enfants. Si oui, pourquoi, qu'est-ce qui a motivé son recours à la CPN pour cette maternité ci ? (conseils entourage, précédentes complications, information reçue, etc...)	/__/oui /__/Non /__/conseil entourage /__/précédentes complications /__/ informations reçues /__/ autre

MERCI DE VOTRE CONTRIBUTION

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

En 2015, près d'un demi-million de femmes sont décédées dans le monde à cause de la grossesse ou des complications de l'accouchement.

La RDC pays de l'Afrique subsaharienne est l'un de ceux dont l'ampleur est important avec un RMM de 846 décès pour 100 000Naissances vivantes.
La consultation prénatale apparait importante dans la réduction de certains facteurs liés à cette mortalité.

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les normes de la réalisation de la CPN au sein du CH LUYINDU et d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques en rapport avec la CPN des femmes enceintes qui fréquentent le même centre.

C'était une étude transversale descriptive. Comme méthode, un audit clinique était réalisé pour mesurer le degré de conformité de la pratique aux critères du référentiel construit sur base des normes élaborées par le PNSR. A cet audit clinique était associée une enquête qualitative Pour évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de 58 femmes qui étaient incluses dans notre étude.

L'analyse des résultats a montré des écarts importants entre la pratique observée et le référentiel, entre autre, il n y a que 12% de femmes qui ont respecté le calendrier de la CPN ; aucune femme enceinte n'était dépistée à la syphilis ; 33% de femmes avaient reçus la MIILD ; 50% de femmes avaient reçus le traitement présomptifs intermittent du paludisme et 67% contre l'ankylostomiase ; 52% des femmes avaient reçus le VAT.

Concernant les ressources, le personnel n'a pas de formation continue et des ruptures répétées en tests utilisés à la CPN ont été constatées.

Du point de vue de l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes, près de 64% de femmes ne savent pas quand commencer les CPN et 69% ne savent pas le nombre de CPN à faire pendant la grossesse.

Aucune femme enceinte n'a déclaré avoir fait des pratiques traditionnelles avant de commencer la CPN et 53% ont déclarés avoir eu une évolution de leur pratique de recours à la CPN suite aux conseils de l'entourage et des informations reçues à la CPN. 85% de femmes ont déclarés que la grossesse devrait être cachée à son début par peur des mauvais esprits et 52% ont déclaré avoir connaissance de croyances en rapport avec la grossesse.

Des recommandations ont été formulées à plusieurs niveaux pour améliorer ces écarts observés.

En conclusion, notre étude a permis de déterminer certaines faiblesses pouvant affecter la qualité de la CPN et certains facteurs pouvant constituer des freins à la fréquentation précoce au service de la CPN.

MOTS CLEFS : **DECES MATERNEL, CONSULTATION PRENATALE, EVALUATION, NORME, FEMMES ENCEINTES**

ABSTRACT

In 2015, nearly half a million women died in the world because of pregnancy or childbirth complications.

DRC sub-Saharan Africa's country is one of those whose the extent is important with an MMR of 846 deaths per 100 000 lives birth. Prenatal care appears important in reducing some factors related to maternal mortality.
.
The objectives of this study were to assess the standards of achievement of the antenatal care within the CH LUYINDU and evaluate the knowledge, attitudes and practices related to the antenatal care of pregnant women attending the same center.

It was a descriptive cross-sectional study. As a method, clinical audit was conducted to measure the level of compliance of practice with the criteria of the repository built based on standards developed by the PNSR. In this clinical audit was associated with a qualitative survey to assess the Knowledge, attitudes and practices of 58 women were included in our study.

Analysis of the results showed significant differences between actual practice and the repository. Among other things, 12% of women who have respected the timing of the antenatal care; no pregnant woman was detected with syphilis; 33% of women had received the MIILD; 50% of women had received intermittent presumptive treatment of malaria and 67% against hookworm; 52% of women had received the VAT.

Regarding resources, staff has no training and repeated failures in tests used at the antenatal care service were found.

From the point of view of the assessment of knowledge, attitudes and practices of pregnant women, nearly 64% of women do not know when to start the an-

tenatal care and 69% do not know the number of antenatal care to do during pregnancy.

No pregnant woman has reported making traditional practices before beginning the antenatal care and 53% reported having had a change in their practice use the antenatal care on the advice of the entourage and in-training received to the CPN . 85% of women reported that pregnancy should be hidden from the beginning of fear of evil spirits and 52% declared have knowledge of beliefs associated with pregnancy. Recommendations were made at various levels to improve these observed differences.

In conclusion, our study has identified some weaknesses that may affect the quality of the antenatal care and factors that may constitute obstacles to early attendance at the service of the antenatal care.

KEYWORDS: MATERNAL DEATH, PRENATAL CARE, ASSESSMENT, STANDARDS, PREGNANT WOMEN

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

EGLISE DU CHRIST AU CONGO
DEPARTEMENT DES ŒUVRES MEDICALES
AVENUE DE LA JUSTICE N°75 COMMUNE DE LA GOMBE ;
KINSHASA/RD CONGO.