

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

UNIVERSITE DE LUBUMBASHI

Ecole de Santé Publique

B.P. 1825

LUBUMBASHI



**FACTEURS PREDICTIFS DE L'UTILISATION DE
SERVICES DE SOINS DE SANTE MATERNELLE DANS
LA ZONE DE SANTE DE KISANGA**

Présenté par : Gabriel BAMWANGI BOLOKO

Mémoire présenté et défendu en vue de
l'obtention du diplôme d'Etudes Approfondies
en Santé Publique

Directeur : Françoise MALONGA KAJ

Professeur Ordinaire

Co-directeur Abel NTAMBUE

Professeur Associé

Année Académique 2016-2017

DEDICACE

A mes chers parents ITELA IS'EA MONGO Léopold et IKOMBO MPANGA Marcelline, qui nous ont vu naître, vous qui avez fait de nous un homme responsable, vous qui teniez à ce que nous étudions plus que vous, que vous trouviez à travers ces mots l'expression de notre profonde gratitude;

A toi l'os de mes os, ma chère épouse BOKADJUA NGOY Mimie, malgré cette année de dure séparation, tu n'as cessé de témoigner ton affection et ta persévérance, Je t'aime ;

A vous mes enfants BAMWANGI IKOMBO Gabriella, BAMWANGI BOLOKO Prescillia et BAMWANGI ITELA Léonel, à mes beaux parents, à vous tous mes frères et sœurs ITELA, tantes, oncles, neveux, nièces, amis et connaissances, je manque de mots pouvant qualifier de l'amour et le soutien que vous m'avez toujours témoigné.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail et de notre formation à l'Ecole de Santé Publique de Lubumbashi, nous te remercions toi notre Dieu, Eternel tout puissant, Maître de temps et de circonstances, notre bouclier, notre gloire, toi qui nous écoutes quand nous crions vers toi, pour ton amour infiniment grand et la grâce que tu accordes à notre famille.

Qu'il nous soit permis de penser à tout le corps académique de l'Ecole de Santé Publique de Lubumbashi, particulièrement au Professeur MALONGA KAJ Françoise et au Professeur NTAMBUE Abel, qu'ils soient rassurés de notre reconnaissance et profonde gratitude pour leurs contributions, lors de cet exercice combien laborieux malgré leur temps précieux.

Cette tâche si fastidieuse, n'aura jamais été accomplie sans le concours combien louable de nos facilitateurs qui malgré leurs horaires de travail surchargés ont fait montre de leur disponibilité sans relâche pour nous guider et, surtout développer en nous le sens de la rigueur scientifique et du travail bien fait. Nos remerciements s'adressent également à tout le personnel administratif de l'Ecole de Santé Publique de Lubumbashi et à toute l'équipe de la Zone de Santé de Kisanga.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude et reconnaissance à RIPSEC pour leur modeste contribution pour la réalisation de cette œuvre.

Nous remercions Dr BOSOLO Yoursen, Dr LIKANELO Christophe et les collègues apprenants de la 12ème promotion pour les encouragements et leurs remarques pertinentes qui nous ont aidés à nous façonner et à nous améliorer au fil de temps.

Nous remercions également les familles ITELA, NGOY, BAMWANGI, et MPANGA pour le soutien moral et physique durant cette année de dure épreuve.

Que toute personne, qui a contribué de loin ou de près à la réalisation de cette étude, trouve ici l'expression de notre plus haute gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

APA	: Autorité politico-administrative
AS	: Aire de santé
BCZS	: Bureau central de la zone de santé
CDF	: Francs Congolais
CPN	: Consultations Pré Natales
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DSCR	: Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
ECP	: Equipe Cadre Provinciale
FOSA	: Formations sanitaires
HGR	: Hôpital Général de Référence
IC _{95%}	: Intervalle de Confiance à 95 %
Km	: Kilomètre
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappe à indicateurs multiples)
NV	: Naissances Vivantes
ODD	: Objectifs de Développement durable
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
OR	: Odds ratio
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
RDC	: République Démocratique du Congo
RL	: Régression Logistique
RMM	: Ratio de Mortalité Maternelle
RIPSEC	: Renforcement institutionnel pour des politiques de santé basées sur l'évidence
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SR	: Santé de la Reproduction

SRSS	: Stratégie de Renforcement des Systèmes de Santé
SSM	: Services de Santé Maternelle
SSP	: Soins de Santé Primaires
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency for International Development (Agence Internationale Américaine de Développement)
USD	: Dollar Américain
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé
ZSR	: Zone de Santé Rurale
ZSUR	: Zone de santé Urbano-Rurale

RESUME

Contexte : La mortalité maternelle demeure l'un des problèmes majeurs de santé publique dans les pays en voie de développement. L'utilisation des services de santé maternelle (SSM) constitue l'un des moyens efficaces pour améliorer la santé maternelle en vue d'atteindre l'ODD 3. La présente étude voudrait analyser l'utilisation des SSM afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle dans la ZS de Kisanga.

Méthodes : Une étude transversale analytique a été menée du 06 Juillet au 12 Aout 2017 dans la ZS de Kisanga dans la province du Haut Katanga. Trois cent quarante femmes âgées de 15 à 49 ans ont été interviewées au moyen d'un questionnaire structuré. Les informations recherchées concernaient l'utilisation et l'intention d'utiliser ultérieurement les mêmes services ainsi que leurs différents facteurs potentiels. Les associations entre l'utilisation des services et ces différents facteurs, ont été recherchées par la régression logistique.

Résultats : La proportion des femmes ayant utilisé les SSM est de 98%, dont 91,9% étaient satisfaites de la qualité des soins reçus. Quatre-vingt cinq pourcent avaient l'intention d'utiliser ultérieurement les SSM. Cinq facteurs sont associés à cette intention d'utiliser les SSM à savoir : l'âge du chef de ménage (25 à 35 ans : OR=15,59 ; IC95% [1,19 ; 203,68]) ; la distance FOSA-habitation (OR=7,35 ; IC95% [1,78 ; 30,69]) ; la qualité perçue des services (OR=15,55 ; IC95% [2,40 ; 100,93]) ; la disponibilité des médicaments dans les FOSA (OR=3,96 ; IC95% [1,07 ; 14,68]) ; et Le temps moyen d'attente de SSM inférieur ou égal à une heure (OR=4,24 ; IC95% [1,03 ; 17,45]).

Conclusion : Le taux d'utilisation des CPN1 et accouchement assisté sont conformes aux normes dans la ZS de Kisanga. Les résultats de cette étude suggèrent que pour améliorer l'utilisation des SSM, les prestataires de soins

doivent jouer sur la qualité de services, rendre disponibles les médicaments dans les FOSA et le temps moyen d'attente de SSM inférieur ou égal à une heure.

Mots clés : Facteurs prédictifs. Utilisation des services. Services de santé maternelle. ZS de Kisanga.

INTRODUCTION GENERALE

1.1 CONTEXTE

La question de réduction de la mortalité maternelle remonte depuis la conférence internationale sur la « maternité sans risque » convoquée à Nairobi en 1987, au cours de laquelle fut adopté l'objectif de réduire de moitié les taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2000. Cet objectif a été par la suite repris dans les conférences qui ont suivi notamment, le sommet mondial pour les enfants tenu à New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995(OMS, 1999a :4).

Néanmoins, l'échéance fixée pour cet objectif, avait plutôt été marquée par la persistance des niveaux élevés de mortalité maternelle dans certaines régions du monde et, cet ambitieux programme n'a pas pu supprimer le fossé qui depuis longtemps existe entre les pays en développement et les régions développées en matière de mortalité maternelle. Il va de soi que dans les pays en développement, les taux de mortalité maternelle restent encore les plus élevés au monde. Les risques pour la femme de mourir pendant la grossesse et à l'accouchement constituent la différence la plus flagrante: 1 sur 26 pour une région comme l'Afrique contre 1 sur 7300 pour les régions développées[1].

En 2005, sur un total estimé à 536 000 décès maternels dans le monde, la part des pays en développement s'élevait à 99%(533 000 décès). L'Afrique subsaharienne en particulier, la région où un peu plus de la moitié des décès sont survenus avait un ratio de mortalité maternelle estimé à 900 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes[2].

Les causes principales des décès maternels habituellement citées sont les hémorragies, complications de l'avortement, la dystocie, l'éclampsie et la septicémie. Entre 1990 et 2015, le ratio mondial de mortalité maternelle a baissé de 44 %, passant à une valeur estimée à 216 décès pour 100 000 naissances vivantes, en deçà des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Presque tous les décès maternels surviennent dans des contextes à faible revenu et peuvent être évités en étendant l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative appropriés.[3]

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour

renforcer l'offre des soins [4]. La population qui utilise les services des soins curatifs en RDC ne dépasse pas 50% de la population totale malgré l'existence des 516 ZS. Cela s'explique en partie par le fait que l'organisation des services pour l'offre reste encore sélective, étant donné qu'il y a des activités qui ne sont pas réalisées dans certaines Zones de Santé[5].

Des travaux de plus en plus nombreux démontrent que la qualité, telle qu'elle est perçue par les patients et leurs familles, est un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé. Les comportements en cas de maladies sont fortement associés à l'image de qualité que projettent les dispensateurs de soins. La faible utilisation des formations sanitaires publiques est pour une large part attribuable à une qualité des services déficiente. Plusieurs expériences notamment au Bénin, en Guinée, au Cameroun et en Mauritanie suggèrent que la revitalisation du secteur public et l'amélioration générale de la qualité des services sont en mesure de stimuler l'utilisation de ces services[6]

Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 542 décès pour 100 000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne alors qu'il est de 220 pour 100 000 en Asie du Sud et 16 pour 100 000 dans les pays développés [7]. Cet indicateur révèle l'ampleur des différences en terme de santé maternelle entre pays industrialisés et pays en développement et, ce, surtout que dans certains pays africains, au Cameroun et en Côte d'Ivoire par exemple, ce phénomène tend même à augmenter.

Parmi les 40 pays du monde avec un ratio de mortalité maternelle élevé (\geq 300 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) figurent certains pays comme le Tchad (1200 pour 100.000 naissances vivantes en 2008) [8]le Cameroun (782 pour 100.000 naissances vivantes) [9]et la République Démocratique du Congo (542 décès maternels 100.000 naissances vivantes) [7]. Dans la province du Katanga, la Division Provinciale de la Santé (DPS) a estimé le RMM intra hospitalier à 139 décès sur 100000 Naissances vivantes (NV) en 2012 [10].

L'utilisation des services de santé de base est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations. La littérature indique que l'analyse des déterminants de la demande de soins est extrêmement importante pour la formulation de politiques et de stratégies dans le secteur de la santé mais aussi assurer une utilisation effective des services et d'améliorer la qualité des services. Elle est aussi importante pour

concevoir des stratégies capables d'assurer la soutenabilité du financement d'un programme de santé. Plusieurs initiatives ont été prises à l'échelle internationale pour réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. On peut citer la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 et récemment le sommet de l'Union Africaine de juillet 2010, où une campagne pour une réduction accélérée de la mortalité maternelle a été lancée et où les chefs d'États africains ont convenu d'investir dans la santé maternelle pour le développement de l'Afrique.

Pour investir efficacement, les décideurs ont besoin d'informations pertinentes sur les facteurs de risque de mortalité maternelle, d'où la pertinence de cette étude. Celle-ci va s'attarder sur la demande de service des soins prénatals et l'accouchement assisté par les usagers et leur degré de satisfaction. Étant donné que la plupart de ces complications peuvent être médicalement prévenues, le non recours ou le retard dans le recours aux soins obstétricaux, l'accessibilité des soins obstétricaux (en termes de temps et de coût) et la disponibilité des soins obstétricaux de qualité déterminent le risque de mortalité maternelle dans ces pays.

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

1.2 ETAT DE LA QUESTION

Les recherches sur le recours aux soins en général et celles sur le recours aux soins pendant la grossesse en particulier font intervenir plusieurs disciplines, à savoir la médecine, la démographie, la sociologie, l'anthropologie et même l'économie. A cet effet, on retrouve dans la littérature plusieurs approches explicatives des comportements étudiés, qui sont classées en trois groupes, à savoir approche offre des soins, approche demande des soins et approche intégrant l'offre et la demande des soins [11].

1.2.1 APPROCHE OFFRE DES SOINS

Selon l'approche offre des soins, la disponibilité et les caractéristiques des services de santé influencent le recours aux soins. En d'autres termes, l'inexistence de l'offre des soins, son insuffisance et ses caractéristiques déterminent la demande de soins. L'offre crée donc sa propre demande, tel que présume l'économie classique. Le choix thérapeutique est alors conçu comme avant tout dépendant de l'efficacité des soins proposés par les filières thérapeutiques, de la distance à parcourir, du temps d'attente, du coût des prestations et de la qualité d'interaction entre le thérapeute et le malade. Cette

approche sous-estime l'effet du contexte socioculturel et celui de l'acteur (c.-à-d. l'individu) dans le choix thérapeutique.

1.2.2 APPROCHE DEMANDE DES SOINS

L'approche demande des soins repose sur l'idée d'une détermination sociale des comportements : ainsi, pour Émile Durkheim, l'action sociale consiste « en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures à l'individu, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui ». Les valeurs, les coutumes et les normes sociales apparaissent donc comme des moteurs du recours aux soins, intégrées sous forme de structures structurantes de la. Elles servent de guide définissant le cadre des comportements: « la majeure partie des comportements sont habituels, prévisibles, attendus et répétés[12].

De nombreuses études sociodémographiques se sont inscrites dans cette perspective explicative du recours aux soins. Elles ont essayé de l'expliquer par une multiplicité de variables socioculturelles comme l'ethnie, la religion et le degré de modernité en accordant une place importance aux variations culturelles des croyances et perceptions relatives à la grossesse, à l'accouchement et aux complications associées.

Les conditions économiques dans lesquelles vit un individu déterminent aussi ses comportements thérapeutiques. En d'autres termes, la capacité financière d'un individu à prendre en charge sa santé détermine ses comportements thérapeutiques. Le niveau de vie des ménages, l'activité économique de la femme et celle de son partenaire font donc partie des variables explicatives du recours aux soins obstétricaux.

Dans la plupart des études, il a été constaté que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes économiquement défavorisées sont les moins enclines à effectuer les consultations prénatales pendant la grossesse et à accoucher dans les formations sanitaires. Dans la dimension « économique » de l'approche demande, l'individu est aussi considéré comme un acteur rationnel, qui agit en fonction du rapport entre les avantages et les coûts perçus. Ceci est bien mis en évidence dans le Health Belief Model (HBM)

Quant à la dimension « sociodémographique » de cette approche, elle s'intéresse aux caractéristiques qui renseignent sur le capital santé de la femme avant la conception, lequel peut aussi agir comme des prédispositions psychologiques. Enfin, il importe d'accorder aussi un rôle important aux rapports de genre lorsqu'on étudie le recours aux soins obstétricaux dans le contexte africain. En effet, comme le dit si bien Locoh (1997), « certaines femmes n'accèdent pas aux soins obstétricaux ou accèdent à

ceux inadéquats puisque la décision d'y recourir revient à d'autres membres de la famille (l'époux ou les hommes de la famille) ». [11]

1.2.3 APPROCHE GLOBALE

L'approche globale intègre les deux approches susmentionnées, à savoir l'approche offre des soins et l'approche demande des soins. Andersen et Newman (1972) et Kroeger (1983) sont parmi les premiers à s'être orientés vers cette approche puisqu'ils considèrent les caractéristiques individuelles, les caractéristiques de la maladie et les caractéristiques du système de soins dans l'ensemble des déterminants des pratiques thérapeutiques. Ces auteurs classent les déterminants individuels en deux groupes. Ils distinguent notamment les facteurs prédisposant de facteurs facilitant.

Pour Anderson et Newman (1972), les attitudes et connaissances de santé se retrouvent parmi les premiers et les revenus, le niveau socio-économique, la taille de la famille et l'instruction se retrouvent parmi les deuxièmes. Kroeger (1983) inclut dans le premier ensemble les facteurs sociodémographiques et socio-psychologiques. Les caractéristiques de la maladie et du cadre étiologique dépendent de la sévérité, de la durée et de l'interprétation de l'origine du mal. Les caractéristiques du système de soins décrivent la diversité de l'offre, son accessibilité spatiale ou géographique, son accessibilité financière, sa qualité et son efficacité[11].

Dans le contexte africain, marqué par le pluralisme thérapeutique et une perception diversifiée de la grossesse (Camara 2003), pour mieux appréhender l'utilisation des services de soins obstétricaux, il est pertinent d'adopter une approche explicative globale. !!

1.3 PROBLEMATIQUE

Notre approche est, dans une certaine mesure, adaptée de celle de Beninguisse (2003) et Rwenge et Tchamgoue (2011). Notre étude s'inscrit donc aussi dans la perspective explicative globale pour des raisons déjà évoquées. Nous présumons que le recours aux soins prénatals par les femmes est fonction du contexte dans lequel elles résident, des caractéristiques de l'offre sanitaire, des caractéristiques du ménage, des rapports de genre au sein du couple et des caractéristiques individuelles. Le contexte de résidence renseigne sur l'influence du milieu ou de la région où l'individu habite de façon permanente. En revanche, le contexte culturel, déterminé par le milieu culturel, produit les normes et valeurs en rapport avec la grossesse et les complications relatives à celles-

ci. Les deux dimensions de ce concept, à savoir les caractéristiques traditionnelles du milieu culturel et ses caractéristiques modernes, sont pertinentes dans le contexte africain.

En effet, le recours aux soins prénatals par la femme dépend non seulement des valeurs qu'elle a intériorisées pendant sa socialisation traditionnelle, mais aussi de son ouverture à la modernité. Certaines valeurs traditionnelles relatives à la gestation et à la parturition intériorisées par la femme pendant son enfance sont défavorables à leur fréquentation des services modernes de soins. Par exemple, dans diverses traditions africaines, la maternité est considérée comme une fonction naturelle de la femme. Par conséquent, la grossesse et l'accouchement n'y sont pas perçus comme des problèmes de santé. Ce qui peut se traduire par une faible fréquentation des formations sanitaires. L'ouverture de la femme à la modernité améliore sa perception de la grossesse et de l'accouchement et, partant, sa prise de conscience des risques de complications associées[13].

Notre approche a aussi une dimension économique puisqu'elle considère l'acte de consultation prénatale comme la rencontre entre une offre et une demande thérapeutique. Les caractéristiques de l'offre sanitaire font donc partie de facteurs des comportements étudiés ici. Il en est de même du niveau de vie du ménage et des rapports de genre au sein du couple.

En effet, le soutien matériel dont bénéficie la femme au sein du ménage joue un rôle important dans l'utilisation des services modernes de soins dans les contextes actuels de crise économique et de recouvrement des coûts dans les hôpitaux publics. En plus, il va sans dire que, dans le contexte africain, où les décisions dans le domaine de la santé reproductive sont généralement prises par l'homme, qui est pourtant moins concerné que la femme par les problèmes de santé reproductive, l'autonomie de la femme dans la prise des décisions dans ce domaine ou sa participation à la prise des décisions peut améliorer ses comportements thérapeutiques. [12].

La direction du ménage et l'entourage familial sont d'autres caractéristiques des ménages incluses dans notre approche dans l'ensemble des déterminants du recours aux soins prénatals. Abondant dans le même sens que Pilon (1996), les femmes chefs de ménages sont plus favorables au recours aux soins prénatals que leurs homologues de sexe masculin. L'entourage familial joue un rôle important puisqu'il apporte aux femmes le support social dont elles ont besoin pour faire face aux difficultés d'ordre psychologique et matériel [9]En République Démocratique du Congo, l'insuffisance des ressources et d'infrastructures pour la mise en œuvre et le suivi de la

politique de Santé de la Reproduction (SR) constitue aussi une des causes profondes de la détérioration de la santé maternelle. Depuis sa mise en place en 2001, le programme national de santé de la reproduction (PNSR) n'a jamais bénéficié de ressources correspondant à ses ambitions. La couverture en structures offrant les services de santé de la reproduction en RDC (soins obstétricaux d'urgence de base et soins obstétricaux d'urgence complets) reste faible, du fait de l'insuffisance et/ou de manque de ressources. Les problèmes liés aux infrastructures, aux équipements et aux médicaments pour la santé de la reproduction se posent toujours avec beaucoup d'acuité [4].

La mortalité maternelle est aggravée également suite aux guerres et conflits armés. En plus de l'insécurité entraînée par ces derniers, ils limitent l'accès des bénéficiaires aux soins et occasionnent le déplacement aussi bien des populations que du personnel. Les conflits et les guerres favorisent le décès maternel non seulement par la destruction des infrastructures et le pillage, mais aussi, et surtout, par les actes de violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants [14].

C'est dans ce cadre que plusieurs interventions ont été réalisées dans le pays tels que l'équipement des infrastructures sanitaires et les formations des prestataires. L'amélioration de la santé maternelle ne dépend pas seulement de la disponibilité d'équipements et du prestataire formé dans les infrastructures. Elle dépend également de la manière dont les prestataires se comportent face aux patients. La prise en compte de cet aspect peut conduire à l'amélioration des comportements des prestataires de services de santé et par cette voie, à l'utilisation de services de santé par les patients[15].

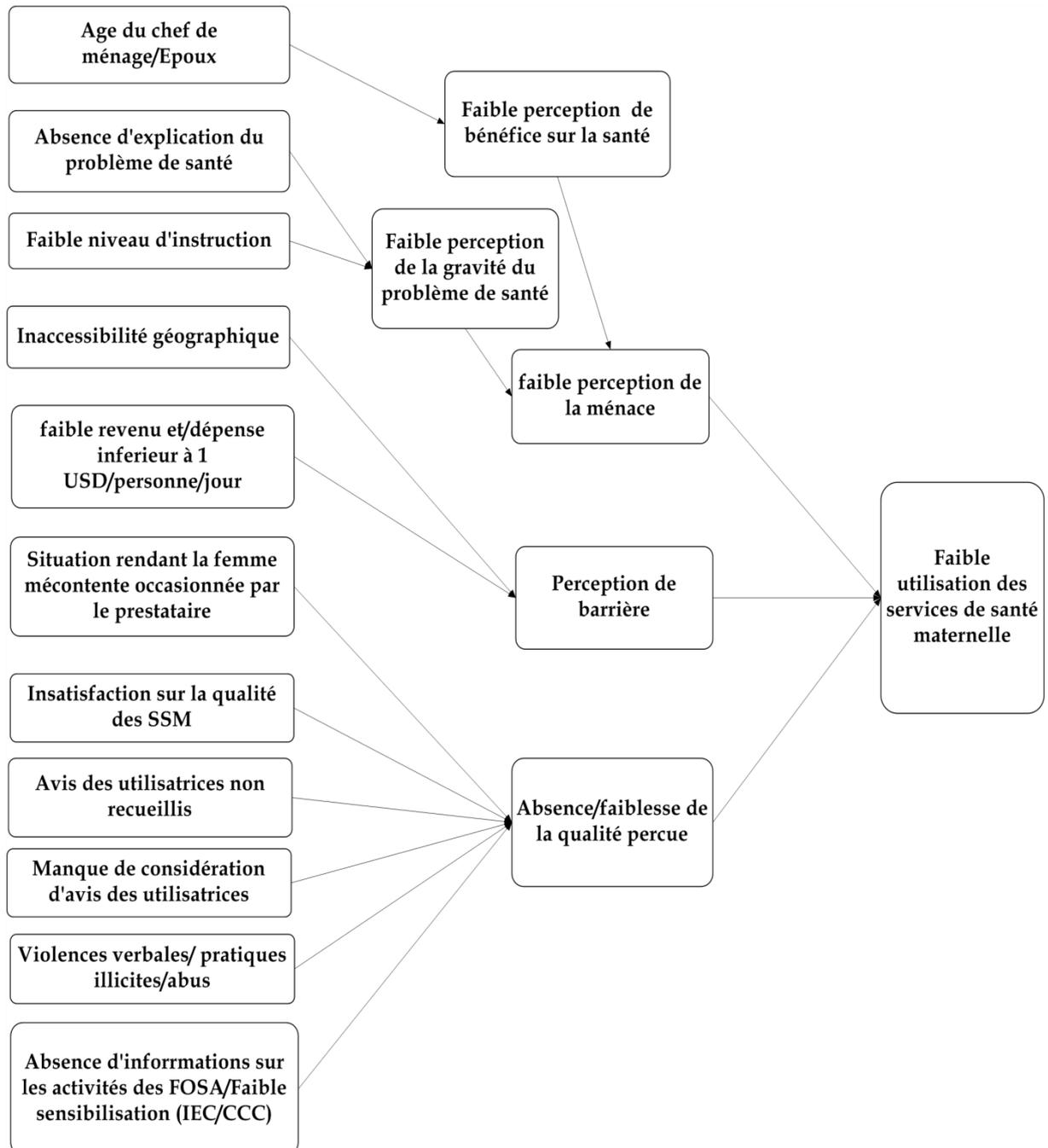
Cependant en RDC, peu d'études font allusion à la qualité de soins et de services offerts dans les institutions de santé de la RDC, également à la satisfaction des patients face aux services qui leur sont offerts et à leur rapport avec l'utilisation de services de santé [16].

C'est dans ce cadre que cette étude a été initiée, afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des femmes utilisant ces services. Elle vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

- ✓ Quelle est l'utilisation des services de soins prénatals dans la Zone de Santé de Kisanga ?
- ✓ Quelle est la perception de la qualité des services reçus par les enquêtées de la Zone de Santé de Kisanga ?

- ✓ Quels sont les facteurs prédictifs à l'utilisation de services considérée dans le sens de l'intention d'utilisation ultérieure de service de santé maternelle (CPN et accouchement) chez les femmes ayant déjà utilisé ces services dans la Zone de Santé de Kisanga ?

1.4 MODELE CONCEPTUEL THEORIQUE



1.5 HYPOTHESES

1. L'utilisation des services de soins prénatals est liée aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtées (l'âge, le niveau d'instruction, le niveau économique du ménage, la distance FOSA-habitation, la parité de l'enquêtée,...) ;
2. La satisfaction sur la qualité des soins reçus est associée à l'utilisation des services de soins prénatals ;
3. L'utilisation des services de soins prénatals est associée à la diffusion de l'information sur les activités des FOSA ;
4. L'utilisation des services de soins prénatals est associée à la perception des enquêtées sur la considération des clients par le prestataire (les avis recueillis des femmes et la considération de ces avis).

1.6 OBJECTIFS

1.6.1 Objectif général

L'objectif de cette étude est d'analyser l'utilisation des services de soins prénatals afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle dans la ZS de Kisanga.

1.6.2 Objectifs spécifiques

1. Déterminer le taux d'utilisation de services de soins prénatals dans la Zone de santé de Kisanga ;
2. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes et de leurs ménages ;
3. Décrire la perception des utilisatrices vis-à-vis des services de soins prénatals;
4. Déterminer l'intention des femmes d'utiliser ultérieurement les services de soins prénatals ;
5. Identifier les facteurs prédictifs à l'utilisation de services de soins prénatals.

1.7 INTERET DU SUJET

Parmi les études portant sur les déterminants de l'utilisation des services de soins prénatals, rares sont celles qui abordent la problématique de la perception des mères vis-à-vis d'une fréquentation ultérieure des services de soins de santé maternelle après une précédente utilisation. Cependant, en RDC et plus particulièrement dans la province

du Katanga, selon nos recherches, une étude de ce genre a été menée[17].Ainsi, les résultats de cette étude vont apporter quelques pistes de solution pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé en général et la fréquentation des services de soins prénatals en particulier et par voie de conséquence, la réduction de la mortalité maternelle.

1.8 DEFINITIONS DES CONCEPTS ET GENERALITES

- ✓ **Besoin**: dans l'absolu il s'agit du manque partiel ou total d'une chose nécessaire. Ici ils sont définis selon la rationalité des professionnels de santé.
- ✓ **Demande** : expression de l'individu ou du groupe du souhait d'être assisté pour soulager une souffrance.
- ✓ **Offre** : ce qui est offert par les professionnels de santé.
- ✓ **Prédictif** : aide à anticiper les effets de l'introduction d'un changement sur l'ensemble du système.
- ✓ **Utilisation** : le fait de satisfaire un besoin, le fait de rendre l'emploi,...
- ✓ **Service** : le fait de se mettre à la disposition de quelqu'un, ce qu'on peut faire à quelqu'un, un avantage qu'on lui procure bénévolement ou contre un paiement.
- ✓ **Soins de santé** : tout procédé pour rétablir ou maintenir la santé.
- ✓ **Services de santé** : endroit où se donnent les soins de santé.
- ✓ **Soins prénatals** : tout procédé pour rétablir ou maintenir la santé chez la femme enceinte.[18]

L'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. Pour atteindre cet objectif en rapport avec l'amélioration de l'état de santé des populations, les services de santé doivent être utilisés. Dans cette partie du travail, nous avons abordé les causes de la mortalité maternelle, les études sur l'utilisation des services de santé et nous avons présenté les études sélectionnées qui soulignent les éléments importants pouvant influencer la

performance du système de santé en général et de services de santé maternelle en particulier. [19].

Les principales causes à l'origine de ces décès maternels sont : les hémorragies, les infections, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, les troubles de l'hypertension (pré-éclampsie et éclampsie) et les dystocies. Les causes immédiates de la mortalité maternelle correspondent aux principales complications déclarées qui sont, par ordre d'importance, l'hémorragie (l'hémorragie du postpartum peut, si elle n'est pas traitée, emporter en 2 heures même une femme en bonne santé), les infections et les troubles hypertensifs de la grossesse. Les hémorragies et les troubles hypertensifs sont les principaux contributeurs à la mortalité maternelle dans les pays en développement [14].

La plupart de ces décès pourraient être évitées. Le niveau élevé de décès maternels dans certaines régions du monde reflète les inégalités dans l'accès aux services de santé et met en lumière l'écart entre les riches et les pauvres. On observe également de grandes disparités à l'intérieur d'un même pays, entre les populations à faible revenu et à revenu élevé, de même entre les populations rurales et urbaines. Le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans [20].

La mortalité maternelle est reliée à la forte fécondité constatée en RDC avec un indice synthétique de fécondité estimé à 6,3 en 2010 (UNICEF, Mai 2011) et à la précocité de la fécondité car une adolescente sur quatre a déjà eu au moins une naissance vivante soit 25,1% [21] Les causes rattachées de la mortalité maternelle sont l'insuffisance du système de surveillance, de riposte et de contrôle des maladies, la mauvaise qualité des services de Santé de la Reproduction, la faible utilisation des services de planification familiale et la défaillance du système d'approvisionnement en contraceptifs et autres commodités de la santé de la reproduction, la faible disponibilité des services SR, l'inaccessibilité aux services de SR, l'insuffisance de personnel compétent, les barrières socioculturelles, la fragilité de la femme due aux grossesses nombreuses et rapprochées ainsi que la fragilité de la femme enceinte à cause du VIH et du paludisme [16].

Les causes profondes de la mortalité maternelle trouvent leur origine dans la faiblesse de la politique de santé publique, l'insuffisance des ressources et

d'infrastructures pour la mise en œuvre, le suivi de la politique de la santé de la reproduction, voire dans les guerres et conflits armés qu'a connus la RDC [22]. Les facteurs de risque se résument par les 4 trop qui sont : grossesses trop précoces avant 18 ans, grossesses trop rapprochées avec un écart inter gésésique (EIG) inférieur à 2 ans ; grossesses trop nombreuses avec une parité supérieure à 5 et grossesses trop tardives survenant après 35 ans.

Les facteurs aggravants sont regroupés sous le vocable de trois retards. Il s'agit du retard de décision de recourir aux soins. Le second est le retard d'accès aux structures de soins et le dernier est le retard d'administration des soins [23]. Les facteurs influençant l'utilisation ou la fréquentation des services en général ont été décrits par certains auteurs dont ANDERSEN et NEWMAN. Ces auteurs résument ces facteurs en 3 grands groupes à savoir les facteurs prédisposant, les facteurs facilitants et les facteurs de capacité [24]. S'agissant des facteurs prédisposant, ils comprennent les caractéristiques démographiques dont l'âge et le sexe ; les caractéristiques sociales telles que la profession, le niveau d'étude et l'ethnie. On trouve également les croyances, les attitudes, les valeurs, les connaissances.

Concernant les facteurs facilitants, ils comprennent la perception de bénéfice sur la santé, la qualité de diagnostic, le traitement ainsi que la confiance. Quant aux facteurs de capacité, nous avons le revenu, l'assurance, l'accessibilité géographique, la disponibilité des services au milieu de résidence et relation entre personnel et patient [24]. Les services de santé maternelle constituent une sous-composante d'un système de santé. Trois objectifs fondamentaux sont visés par ces services à savoir : l'amélioration de la santé de la population cible, la réponse aux attentes de la population et assurer la protection contre le risque financier lié à la santé tout en assurant l'équité et en faisant une utilisation efficiente des ressources disponibles [25].

Améliorer ou renforcer les services de santé revient à améliorer les sept composantes du système de santé dans la réalisation de leurs fonctions et à gérer leurs interactions de manière à atteindre les améliorations plus équitables et pérennes à travers l'offre de services et les résultats de santé [15].

Ces sept composantes sont la structure organisationnelle, la prestation des services, les ressources humaines pour la santé, le financement et systèmes d'assurance,

les systèmes d'information sur la santé, les achats, logistique et systèmes d'approvisionnement ainsi que la recherche sur les systèmes de santé [26] Les informations sur les facteurs qui affectent l'utilisation de services de soins maternels étaient rares jusqu'en 2008[27]. A ce jour, une étude réalisée au Mali en 2013 sur les déterminants socioculturels de l'accès et l'utilisation des services de soins prénatals ainsi que néonatale, a prouvé que 6 déterminants influent sur l'utilisation à savoir[28]:

- ✓ accessibilité financière : un des facteurs majeurs empêchant les populations à utiliser les services des structures de santé est le manque de moyen.
- ✓ Les dynamiques communautaires : la multiplication d'associations de santé communautaires (ASACO), a considérablement amélioré la couverture sanitaire sans oublier les actions de quelques ONG. Par ailleurs, l'initiative basée sur l'utilisation des relais communautaires pour véhiculer des messages de santé et aussi procéder à des références aux centres de santé avait été reconnue par des interviewés comme un apport favorisant l'utilisation des services de soins prénatals et infantile.
- ✓ Qualité des soins perçus : les avis étaient partagés. Certaines utilisatrices ont estimé que les soins étaient de bonne qualité, par contre d'autres ont estimé qu'il y avait des améliorations à apporter. D'une part, le jeune âge du prestataire était synonyme d'inexpérience mais pour d'autres, l'écart d'âge entre la personne qui fournissait les services de santé et celle qui recevait, ne favorisait pas l'établissement d'une interaction sociale entre les deux parties dans une société qui était fortement marquée par le droit d'ainesse.
- ✓ Déterminant individuel lié à la faible perception des risques : l'état physiologique de certaines femmes enceintes caractérisé par une certaine diminution de leurs capacités physiques amenait des femmes à fournir moins d'efforts pour utiliser les services de santé. La paresse et la négligence constituaient des facteurs empêchant les femmes à fréquenter les centres de santé selon le focus group qui était réalisé avec des belles-mères. Ces aspects de personnalité ont aussi été identifiés par beaucoup d'interviewés comme un frein à l'utilisation des services de santé.
- ✓ Déterminants institutionnels : les collectivités décentralisées et les associations de santé communautaires étaient devenues les principales responsables de la gestion et de l'offre des services publics de santé au niveau du district de santé.

- ✓ Accessibilité géographique : la présence physique des centres de santé dans un rayon de 5 km a été également exprimée par les personnes interrogées comme un des facteurs favorisants[28]

Ce pendant, cette étude n'a pas non plus démontré l'influence de la perception du comportement des prestataires sur la fréquentation des services de soins prénatals. Un service de santé performant est celui qui offre les interventions de santé, personnelles ou collectives, efficaces, sans risque et de qualité à ceux qui en ont besoin, au moment et à l'endroit qu'ils désirent avec un minimum des pertes de ressources. Le chemin des ressources aux résultats finaux se réalise à travers la réalisation d'un meilleur accès et d'une couverture pour les interventions de santé efficaces.

L'offre de services de santé ou la prestation constitue la principale fonction du système de santé. La prestation de services est le niveau où les prestataires et les bénéficiaires entrent directement en contact[15].L'offre de services efficaces requiert un personnel formé avec des produits et des équipements adéquats et un financement suffisant. La réussite dépend aussi d'un environnement organisationnel qui fournit des incitants adéquats et aux prestataires et aux utilisateurs[15].

L'offre de service doit accorder une attention particulière à la demande de services notamment la stimulation de la compréhension de la part des prestataires de perspectives des utilisateurs, la stimulation de la connaissance du public et la réduction de barrières aux soins. La réalisation de cet aspect nécessite différentes formes d'engagement social dans la planification et la supervision de la performance de services de santé[15]. La prise en compte de la demande est importante du fait que la population est non seulement constituée des bénéficiaires mais aussi des consommateurs[25].

L'utilisation de services dépend non seulement de la perception par le consommateur de la nécessité ou de la probabilité d'un service mais aussi de la relation éthique entre le prestataire et le consommateur [15].Cette relation éthique entre le prestataire et le consommateur client comporte des exigences de consentement, de confidentialité, de discrétion, du respect de la vérité et de la sincérité[25].

Un service de santé performant offre un paquet intégré de services, basés sur le profil de besoins de santé de la population, sur les barrières à l'accès aux services et sur les ressources disponibles. Ceci est un moyen de fournir à ceux qui ont besoins de soins, spécialement les groupes vulnérables et les pauvres, avec confiance qu'ils seront

traités décemment, équitablement et avec dignité [15]. Une étude réalisée au Mali en 2013, avait montré que les services de soins prénatals et néonataux sont utilisés d'une manière générale. Les modes d'utilisation se reposaient beaucoup plus sur le principe du curatif que sur le préventif. Et, l'accouchement constituait le cas pour lequel la notion de risque pousse les femmes à aller tôt au centre de santé [28].

Par ailleurs, les structures de santé qui avaient les pharmacies assez fournies en médicaments, étaient préférées par rapport à celles où les ruptures de médicament étaient fréquentes. Des usagers préféraient parcourir une certaine distance pour fréquenter les FOSA où il y avait la disponibilité des médicaments [28]. Conceptuellement, si la qualité des services était l'une des explications du niveau d'utilisation, cette étude avait en plus évoqué aussi l'importance d'un ensemble d'autres facteurs qui devraient être pris en compte pour améliorer la fréquentation des services de santé, notamment les questions suivantes : « pourquoi les femmes qui avaient l'intention d'accoucher au niveau des structures ne le faisaient pas toutes ? » et « pourquoi les femmes qui ont fait des CPN n'accouchaient pas toutes au niveau des services de santé ? » [29].

La performance de services de santé est fonction aussi du système de gestion, de ressources humaines et du leadership et la gouvernance pour maximiser la couverture, la qualité et la sécurité. Dans les pays en développement, les prestataires de services de santé souffrent parfois d'une mauvaise réputation. Souvent, les populations ne font pas confiance aux prestations qu'ils offrent, l'accès est difficile, la qualité est insuffisante même lorsque ces formations disposent de personnels qualifiés et de médicaments, ce qui, par ailleurs, n'est pas toujours le cas.

Les stratégies passées pour tenter de changer cette situation mettaient l'accent sur les moyens; augmentation du nombre de personnels, augmentation des budgets de fonctionnement, formation continue des personnels en place, etc. Par ailleurs, le recours à la sanction pour amener les personnels de santé à mieux s'impliquer dans leur travail est de fait très difficile à mettre en œuvre. Il faut bien reconnaître que ces stratégies que l'on avait qualifiées de stratégies basées sur les inputs- ont eu des résultats mitigés [30].

Ce pendant la perception de la qualité par l'utilisatrice de service s'avère importante. Mesurer cette perception, donne une idée sur la façon dont les services de

santé répondent aux besoins de santé selon une communauté et sous entend l'évaluation de la satisfaction de la population au-delà de soins de santé qu'elle reçoit. Elle correspond selon OMS (2000) aussi à la capacité pour les services de santé à limiter les atteintes à la dignité et à l'autonomie de l'individu, ainsi que les craintes et la honte qui sont associées à la maladie. Elle est la garantie d'une prise en charge rapide, du respect de la dignité et des vœux de patients, d'un soutien physique et affectif adéquat pendant la durée du traitement [15].

Pour mesurer cette perception de la qualité, il faut tenir compte de la première dimension qui est en rapport avec le respect de la personne. Elle est essentiellement subjective et jugée au premier chef par les patients. Bien plus, la deuxième dimension est plus objective et se rapporte à la façon dont le système de santé répond à certaines préoccupations fréquemment exprimés par les patients et leur famille en tant que clients du système et correspond à l'attention accordée au client [29].

Des enquêtes ont été conduites dans les différents pays tant au niveau national, régional que local pour identifier les facteurs pouvant expliquer cette sous utilisation. Cette masse d'informations a permis de conduire une méta-analyse sur les facteurs explicatifs de l'utilisation des services de santé, pour en ordonner les principales composantes. Il était frappant de constater à l'issue de cette étude que les facteurs qui bloquaient ou au contraire favorisaient l'utilisation des centres de santé dans les pays africains au sud du Sahara étaient identiques et qu'ils n'étaient pas en premier lieu d'ordre financier [31].

Le principal facteur explicatif était avant tout l'absence de qualité, tant perçue, (tels la non disponibilité en médicaments à moindre coût, le mauvais accueil, l'attitude méprisante et condescendante du personnel soignant, les pratiques illicites et la malhonnêteté du personnel), qu'objective (telles la faible compétence du personnel de santé ou encore la non application des règles classiques de conduite thérapeutique) [31]. Parmi les études portant sur les déterminants de l'utilisation des services de soins prénatals, rares sont celles qui abordent la problématique de la perception des mères vis-à-vis d'une fréquentation ultérieure des services de soins prénatals (SSM) après une précédente utilisation.

Cependant en RDC et plus particulièrement dans la province de l'Haut-Katanga, selon nos recherches, aucune étude de ce genre n'a été menée. Ainsi, les

résultats de cette étude vont apporter quelques pistes de solution pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé en général et la fréquentation des services de soins prénatals en particulier.

2 METHODOLOGIE

2.1 PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE

L'étude s'est réalisée dans la ZS urbano-rurale de Kisanga, située dans la commune de Katuba, ville de Lubumbashi. La ZS a une population totale estimée à 345597 habitants répartie dans 15 aires de santé (AS). Sa superficie est de 28 km² soit une densité de 12343 Habitants/Km².

Par rapport aux Soins Prénatals, la proportion de CPN 1 était de 102,3% (toute femme qui a consulté les CPN au moins une fois au cours de sa dernière grossesse) et 33,5% en CPN 4.

2.2 TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale analytique qui s'est réalisée du 6 juillet au 12 Août 2017.

2.3 POPULATION D'ETUDE

Il était assuré aux femmes en âge de procréer que leur participation était volontaire et que la confidentialité était préservée par l'anonymat du questionnaire qui était à l'abri de toute personne étrangère à l'étude. Le retrait de l'étude était sans aucune conséquence pour les femmes qui le souhaitaient. Comme dans tout projet de recherche, les aspects éthiques liés au respect de la personne, à la bienfaisance et à la justice étaient prises en compte de femmes de 15 à 49 ans suivies durant leur dernière grossesse dans les deux dernières années aux soins prénatals par au moins un personnel qualifié.

2.4 METHODE

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule suivante :

$$n \geq \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

- ✓ p = la proportion de femmes de 15 à 49 ans suivies durant leur dernière grossesse dans les deux dernières années aux soins prénatals par au moins un personnel qualifié de 89 % selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 20152015 soit p = 0,89 ;
- ✓ q = le complémentaire de p, = 1-p = 0,11 ;
- ✓ Z = le niveau de confiance de 95% (1,96) ou risque d'erreur (5%) et
- ✓ d = la précision voulue de 5% soit 0,05.

Ainsi, la taille minimale obtenue était de 150 femmes. Cependant, pour augmenter la puissance, cet échantillon a été ramené à 340 femmes. Les absentes ont été remplacées par les femmes des ménages suivants au dernier jour de l'enquête

Un échantillonnage à 3 degrés était utilisé. Au premier degré, un tirage aléatoire simple de deux aires de santé était effectué à partir de la liste de 15 AS de la ZS de Kisanga. Au deuxième degré, quatre avenues étaient tirées de manière aléatoire dans chaque AS sélectionnée sur base d'une liste de toutes les avenues existant dans l'aire de santé. Dans chaque avenue tirée, un relevé parcellaire était constitué en répertoriant tous les ménages ayant au moins une femme âgée de 15-49 ans, qui avait satisfait aux critères d'inclusion. Enfin au troisième degré, un tirage systématique de 340 femmes était fait (avec un pas de sondage calculé qui sera de 1,12). Tous les détails en rapport avec la répartition de femmes enquêtées par village et par AS se trouvent dans l'annexe n°II.

2.5 VARIABLES

Variable dépendante :

La variable dépendante était : « l'utilisation des services de soins prénatals », variable dichotomique.

Variables indépendantes :

Les variables indépendantes sont listées ci-dessous, excepté l'utilisation et l'intention d'utiliser. Les facteurs socioculturels : Sexe du chef de ménage, Religion, Age, le niveau d'études ; Respect de la dignité de la personne, Abandon, Abus physiques, Confidentialité, Choix du prestataire, Perception du changement ;...Les facteurs économiques : Dépenses journalières par personne, Moyen de transport, Occupation, Le niveau de vie (manque d'électricité, pas de eau de robinet et pas de TV) ;...

Les facteurs démographiques : Taille du ménage, Lieu de provenance ; Etat matrimonial, Parité, Distance lieu d'habitation-formation sanitaire la plus proche,...

Tableau I. Liste, définition opérationnelle et échelle des variables

Variables	Définition opérationnelle	Echelle
Utilisation	Avoir déjà fréquenté les services de santé maternelle durant la grossesse en cours ou lors de la dernière grossesse pour les accouchées soit lors de l'accouchement du dernier enfant	Nominale : - Oui - Non
Sexe du chef de ménage	sexe de la personne responsable du ménage	Nominale : - Masculin - Féminin
Taille du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Intervalle
Religion	Religion pratiquée par le concerné durant les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête	Nominal : - Catholique - Protestante - Kimbanguiste - Musulmane - Eglise de Réveil - Autres chrétiens indépendants
Age	Age du concerné au dernier anniversaire en années	

Variables	Définition opérationnelle	Echelle
Occupation	Occupation principale du chef de ménage ou de l'enquêtée	Nominale : - Oui - Non
Niveau d'instruction	Niveau d'étude le plus élevé qu'atteint le concerné	Ordinale : - Primaire - Secondaire - Supérieur
Dépenses journalières par personne	Estimation du coût ou montant journalier habituellement dépensé dans le ménage par personne	Intervalle Catégorisables en : -Dépense inférieure ou égale à 10000 CDF (6,67 USD) par jour par personne -Dépense de plus de 10000 CDF (6,67 USD) par jour par personne
Statut matrimonial	Situation matrimoniale de l'enquêtée lors de l'enquête	Nominal : - En Union - Sans Union

Variables	Définition opérationnelle	Echelle
Parité	Nombre d'accouchements antérieurs	Intervalle Catégorisable en : - Nullipare (0 accouchement) - Pauci pare (1 ou 2 accouchements) - Multipare (supérieur ou égal à 3 accouchements)
Moyen de transport	Tout moyen de transport utilisé pour atteindre la formation sanitaire	Nominale : - Pieds - Moto - Véhicule
Distance lieu d'habitation-formation sanitaire la plus proche	Distance séparant la maison de la formation sanitaire la plus proche	Intervalle Catégorisables en : - proche (≤ 30 min de marche) - éloigné (>30 min de marche)
Respect de la dignité de la personne	Le fait que le prestataire crie sur le patient, menace d'arrêter les soins ou le traitement, soit fait des commentaires négatifs ou décourageants	Nominale : - Oui - Non
Confidentialité	Silence observé par le prestataire devant les informations de la cliente	Nominale : - Oui - Non

Variabes	Définition opérationnelle	Echelle
Demande de paiement inapproprié	Requête ou demande de paiement informel ou rétention de la mère ou de l'enfant au CS pour défaut de paiement	Nominale : - Oui - Non
Environnement	Propreté des locaux de FOSA	Nominale : - Oui - Non
Perception du changement	changement de comportement du prestataire après recours	Nominale : - Oui - Non
Qualité globale perçue	Cotation ou Appréciation subjective de la qualité globale perçue sur base d'expérience vécue	Nominale : - Oui - Non
Variabes	Définition opérationnelle	Echelle
Complication	Complications connu pendant la grossesse/l'accouchement	Nominale : - Oui - Non
Intention	prêt à revenir prochainement ou à recommander ses proches pour les CPN ou accouchement dans la même structure	Nominale : - Oui - Non

2.6 COLLECTE DES DONNEES

Pour participer à l'étude, seules les femmes en âge de procréer qui avaient rempli au préalable le formulaire de consentement éclairé repris en annexe, étaient retenues.

Avant l'interview sur terrain, chaque enquêteur a obtenu le consentement éclairé oral des personnes à enquêter. Les enquêteurs étaient recrutés parmi les étudiants de la faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi habitant le centre-ville, afin de ne pas influencer les réponses des enquêtées. Les relais communautaires ont fait au préalable le relevé parcellaire avant l'interview proprement dite.

En vue de garantir la qualité des données collectées, les enquêteurs étaient formés et la collecte des données était supervisée. Par ailleurs, le contrôle de qualité se faisait

chaque jour sur le terrain après la réunion de l'équipe de recherche qui se tenait chaque soir après la collecte des données

2.7 ANALYSE DES DONNEES

Après la collecte des données, tous les questionnaires étaient centralisés auprès de chaque superviseur avant d'être rassemblés par le chercheur principal. Chaque Superviseur passait en revue les questionnaires à leur remise par les enquêteurs pour vérifier s'il y avait des données manquantes ou des incohérences. Il procédait par la suite à leur correction, si nécessaire. Cette vérification continuait après la mise en commun de tous les questionnaires auprès de l'investigateur principal. Il s'en est suivi une codification des différents questionnaires.

Le traitement des données et les analyses statistiques étaient réalisés à l'aide de l'Excel et du logiciel Epi Info 7. Les analyses statistiques de ce travail étaient principalement celles d'une étude analytique. C'était essentiellement :

- ✓ Analyses uni variées : calcul des fréquences et fréquences relatives, des moyennes plus écart-type si distribution normale ou médiane et son espace interquartile si distribution asymétrique pour les variables quantitatives telles que l'âge ;
- ✓ Analyse multi variée (régression logistique binaire multiple) avec calcul des odds ratio permettant d'identifier les facteurs à l'utilisation des services de soins prénatals ainsi que leurs intervalles de confiance.

2.8 CONSIDERATION ETHIQUE

Avant la collecte des données, avons reçu les autorisations auprès du MCZ pour l'enquêteur principal, les superviseurs et les enquêteurs de terrain chacun en ce qui le concerne. Le respect de la confidentialité fut garanti. Le consentement éclairé verbal était obtenu auprès des interviewées.

Les données ont été collectées de manière anonyme et dans le respect de la dignité et de l'équité,. L'équipe était tenue au secret professionnel pour tout ce qui concerne les informations recueillies au cours de cette étude.

3 RESULTATS DE L'ETUDE

3.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau II. Caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage et époux/partenaires des enquêtées dans la ZS de Kisanga en 2017

Caractéristiques	Fréquence (n= 340)	Proportion
Sexe du Chef de ménage		
Masculin	312	91,8
Féminin	28	8,2
Age du Chef de ménage		
Inférieur à 25 ans	14	4,1
25-35 ans	141	41,5
Supérieur à 35 ans	185	54,4
Religion du chef de ménage		
Catholique	44	12,9
Protestante	66	19,4
Eglise de Réveil	197	57,9
Autres chrétiens indépendants	5	1,5
Musulmane	28	8,2
Occupation du chef de ménage		
Sans occupation	15	4,4
Avec occupation	325	95,6
Niveau d'études du Chef de ménage		
Primaire	26	7,7
Secondaire	235	69,1
Supérieur	79	23,2

Il ressort de ce tableau que neuf sur dix chefs de ménage de la ZS de Kisanga, étaient du sexe masculin. La majorité des chefs de ménage ont plus de 35ans (près de onze sur vingt) alors qu'environ un chef sur vingt est âgé de moins de 25 ans. Environ 6 chefs de ménage sur 10 priaient dans les Eglise de réveil. La majorité des chefs de ménage, soit 9 sur 10, avaient comme une activité lui permettant de survivre. Le niveau d'études du chef de ménage à Kisanga montre que 7 chefs sur 10 étaient du niveau secondaire.

L'âge moyen gestationnel des Enquêtées pour consulter les SSM était de 4,97 \pm 1,04 mois et la majorité de femmes enceintes consultaient au delà de 4 mois de grossesse

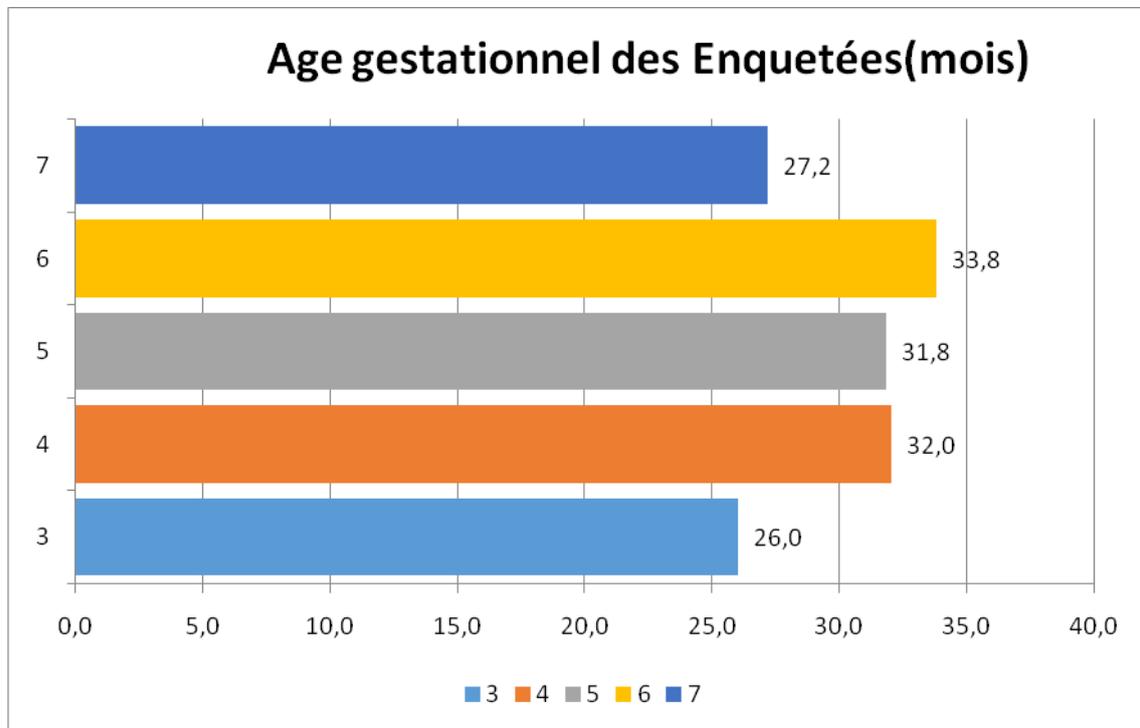


Figure 2. Age gestationnel de la première CPN au cours de la dernière grossesse de l'Enquêtée

Près de 99% de femmes enceintes consultaient les services de soins de santé maternelle à Kisanga.

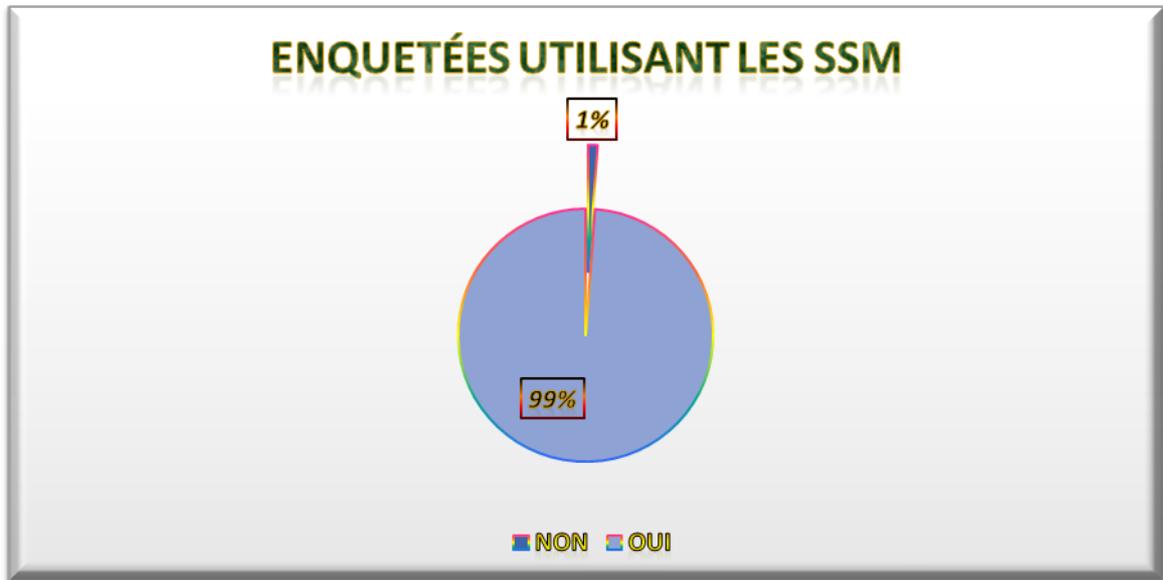


Figure 3. Utilisation des SSM dans la ZS de Kisanga en 2017

Tableau III. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées dans la Zone de santé de Kisanga en 2017

Caractéristiques	Fréquence (n= 340)	Proportion
Age de l'enquêtée		
Inferieur à 20 ans	5	1,4
20-35 ans	230	67,6
Supérieur à 35 ans	105	30,9
Religion de l'enquêtée		
Eglise de Réveil	207	60,9
Catholique	40	11,7
Protestante	65	19,1
Autres chrétiens indépendants	0	0
Musulmane	28	8,2
Occupation de l'enquêtée		
Oui	82	24,1
Non	258	75,9
Niveau d'études de l'enquêtée		
Primaire	45	13,2
Secondaire	278	81,8
Supérieur	17	5,0
Femme vivant en union		
Non	40	11,8
Oui	300	88,2
Parité		
Nullipare	53	15,6
Paucipare	89	26,2
Multipare	198	58,2

Il ressort de ce tableau que, la majorité des enquêtées (près de 7 femmes sur 10) avaient l'âge compris entre 20 et 35 ans et moins de femmes étaient âgées de plus de 35 ans (3 femmes sur 10). L'âge moyen des femmes était de $31,8 \pm 5,9$ ans (IC_{95%} [25,13 ; 27,02]). Environ 6 sur 10 femmes priaient à l'église de réveil suivies de 4 sur 20 de femmes qui étaient protestantes. S'agissant de l'occupation de ces femmes, environ 8 sur 10 avaient une occupation leur permettant de survivre aux besoins primaires de son foyer alors que près de 5 femmes sur 20 restent encore sans occupation. Concernant le niveau d'étude des enquêtées, il se dégage que plus de la moitié d'enquêtées étaient de niveau secondaire. La majorité des femmes (environ 9 femmes sur 10) vivaient dans le même toit avec un homme (mariée monogame ou polygame, soit une union libre). A côté d'elles, 1 femme sur 10, vivait seule (célibataire, divorcée ou séparée soit veuve). Les

multipares étaient les plus nombreuses (près de 11 femmes sur 20), au côté desquelles, l'on notait une minorité constituée des nullipares (3 femme sur 20).

Tableau IV. Dépenses journalières moyennes par ménage dans la ZS de Kisanga en 2017

Caractéristiques	Effectif	Proportion
<10000 CDF (6,67USD)/ménage/ jr	274	80,5
≥10000 CDF (6,67USD)/ménage/ jr	66	19,4

Taux de change=1\$ pour 1500CDF. Il ressort de ce tableau que dans l'ensemble, la majorité des ménages dans la ZS de Kisanga dépensaient moins de 10000 CDF (6,67 USD)/ménage/ jour.

Tableau V : Proximité FOSA-habitation et Moyen de transport habituel utilisé par les enquêtées à Kisanga en 2017

Caractéristiques	Effectif	Proportion
Moyen de transport		
Moto	87	25,6
Pied	189	55,6
Véhicule	64	18,8
Proximité FOSA-habitation		
Proche<2km	292	85,9
Eloigné≥2km	48	14,1

Plus de la moitié de femmes allaient à pied dans les formations sanitaires et pour la distance FOSA-habitation, près de 9 sur 10 femmes sont proches de formations sanitaires.

**Tableau VI. Utilisation des services de santé maternelle par les enquêtées
à Kisanga en 2017**

Caractéristiques	Effectif	Proportion
Femmes ayant utilisé au moins une fois la CPN (n=340)		
Oui	336	98,8
Non	4	1,2
Femmes enquêtées ayant utilisé quatre fois la CPN (n= 336)		
Oui	31	9,2
Non	305	90,7
Femmes enquêtées ayant accouché au CS (n=287)		
Oui	228	79,4
Non	59	20,6

Environ 99% de femmes utilisaient le service de soins prénatals à Kisanga et Contrairement à la CPN 4, une infime partie, près de 1 femme sur 10 suivait correctement les soins prénatals alors la majorité d'entr'elles viennent consulter le SSM tardivement. Par rapport à l'accouchement au CS ; près 8 sur 10 femmes accouchaient dans les formations sanitaires.

Tableau VII. Profil des enquêtées ayant utilisé au moins 1 fois la CPN dans la ZS de Kisanga en 2017

Caractéristiques	Effectif (n=336)	Proportion
Sexe du chef de ménage		
Masculin	308	91,7
Féminin	28	8,3
Niveau d'études		
Primaire	45	13,4
Secondaire	274	81,5
Supérieur	17	8,1
Groupe d'âge		
Inférieur à 20ans	5	1,5
20 à 35ans	226	67,3
Supérieur à 35ans	105	31,2
Statut de famille		
Ne vivant pas en union	40	11,9
Vivant en union	296	88,1
Parité		
Nullipare	49	14,5
Paucipare	89	26,5
Multipare	198	58,9

La proportion des chefs de ménage du sexe féminin à Kisanga était moins d'une femme sur dix. Plus 8 femmes ayant utilisé au moins 1 fois la CPN sur 10 avaient un niveau d'études secondaires et environ 7 femmes sur 10 avaient l'âge compris entre 20 à 35ans. Près de 9 femmes sur 10 vivaient en union et environ 6 femmes sur 10 étaient multipares.

Tableau VIII. Profil des enquêtées ayant utilisé au moins 4 fois la CPN dans la ZS de Kisanga en 2017 au cours de leur dernière grossesse

Caractéristiques	Effectif (n=31)	Proportion
Sexe du chef de ménage		
Masculin	31	100
Féminin	0	0,0
Niveau d'études		
Primaire	7	22,5
Secondaire	21	67,7
Supérieur	3	9,7
Groupe d'âge		
Inférieur à 20ans	0	0,0
20 à 35ans	22	42,9
Supérieur à 35ans	9	57,1
Statut de famille		
Ne vivant pas en union	2	14,3
Vivant en union	29	85,7
Parité		
Paucipare	10	32,2
Multipare	21	67,7

Parmi les enquêtées ayant déjà utilisé au moins quatre fois le service de CPN, l'on note 10 sur 10 provenaient des ménages dirigés un homme. Celles ayant atteint le niveau secondaire étaient majoritaires (près de 6 sur 10). Environ 7 d'entre elles sur les 10, avaient l'âge compris entre 20 et 35 ans. Et la plupart d'elles vivaient avec un homme (9 enquêtées ayant utilisé au moins 4 fois la CPN sur 10). Environ 6 femmes sur 10 étaient multipares.

Tableau IX. Profil des enquêtées ayant accouché dans une FOSA auprès d'un personnel qualifié dans la ZS de Kisanga en 2017

Caractéristiques	Effectif (n=287)	Proportion
Sexe du chef de ménage		
Masculin	282	98,2
Féminin	5	1,7
Niveau d'études		
Primaire	40	13,9
Secondaire	230	80,1
Supérieur	17	5,9
Groupe d'âge		
Inférieur à 20ans	0	0,0
20 à 35ans	182	63,4
Supérieur à 35ans	105	36,5
Statut de famille		
Ne vivant pas en union	0	0,0
Vivant en union	287	100
Parité		
Paucipare	89	31,0
Multipare	198	68,9

Il ressort que parmi les enquêtées ayant accouché dans les FOSA, 9 femmes sur 10 provenaient des ménages dirigés par un homme. Près de 8 enquêtées sur 10 avaient le niveau secondaire et plus de 6 d'entre elles sur 10, avaient l'âge compris entre 20 et 35 ans. Et 10 femmes sur 10 vivaient en union ; enfin, près de 7 enquêtées sur 10 étaient multipares.

3.2 PERCEPTION DES ENQUÊTES SUR LA QUALITÉ DES SERVICES

Les données de ce module sont présentées en rapport avec l'appréciation de la qualité globale des services reçus par les enquêtées, la situation où la femme était satisfaite, la disponibilité de SSM et le manque de considération des enquêtées par les acteurs de santé de la ZS.

Tableau X: Appréciation de la qualité des soins par les enquêtées ayant utilisé au moins une la CPN dans la ZS de Kisanga en 2017

Caractéristiques	Effectif (n=336)	Proportion
Satisfaction de SSM		
Satisfaite	309	91,9
Non satisfaite	27	8,0
Disponibilité de médicaments (VAT, SP, Fer,...)		
Satisfaite	309	91,9
Non satisfaite	27	8,0
Paiement inapproprié de SSM		
Satisfaite	26	7,7
Non satisfaite	310	92,2
Non respect de la dignité		
Satisfaite	37	11,0
Non satisfaite	299	88,9

Environ 9 femmes sur 10 ayant utilisé les SSM, en général, étaient satisfaites de la qualité des soins dispensés aux FOSA qu'elles ont visitées. Un peu plus de 9 femmes sur les 10, n'étaient pas satisfaites de paiement inapproprié des soins dispensés aux FOSA qu'elles ont visitées. Il en était de même pour le non respect de la dignité de la femme qui a consulté les SSM. Il ressort également de ce tableau qu'environ 9 femmes sur les 10 ayant utilisé le service de CPN au moins une fois lors de notre étude, étaient satisfaites de la disponibilité des médicaments.

Tableau XI. Appréciation de la qualité des soins par les enquêtées ayant accouché au moins une fois au CS auprès d'un personnel qualifié dans la ZS de Kisanga en 2017

Caractéristiques	Effectif (n=287)	Proportion
Satisfaction de SSM		
Satisfaite	228	79,4
Non satisfaite	59	20,5
Temps moyen d'attente		
≤1heure	150	52,2
>1heure	137	47,7
Complications pendant la grossesse ou l'accouchement		
Oui	37	12,8
Non	250	87,1
Intention de revenir ou de recommander un proche		
Oui	234	81,5
Non	53	18,4

Au regard de ce tableau, près de 8 femmes sur 10 étaient satisfaites de SSM. Plus de 5 femmes sur 10 ne traînaient pas au CS et elles avaient déclaré que les complications au cours de la grossesse et de l'accouchement ne survenaient qu'à une femme sur 10. Elles affirmaient à plus de 80% qu'elles avaient l'intention de revenir ou de recommander un proche.

Tableau XII: Appréciation de la qualité des soins par les enquêtées ayant utilisé au moins quatre la CPN au cours de leur dernière grossesse dans la ZS de Kisanga en 2017

Caractéristiques	Effectif (n=31)	Proportion
Satisfaction de SSM		
Satisfaite	6	19,3
Non satisfaite	25	80,6
Disponibilité de SSM		
Oui	7	28,6
Non	24	77,4

Près de 2 femmes sur 10 n'étaient pas satisfaites de SSM, quand bien même elles avaient fait plus de 4 CPN au cours de leur dernière grossesse. Le service de soins prénatals était disponible à plus de 75%.

3.3 FACTEURS PREDICTIFS A L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE

Ce module présentera les résultats de l'analyse bi variée et de l'analyse multi variée.

Tableau XIII : Association entre l'utilisation des services de soins santé maternelle et facteurs sociodémographiques dans la ZS de Kisanga en 2017

Facteur	Utilisation des SSM		OR brute	IC à 95%	p - value
	Non (53)	Oui (234)			
Sexe du Chef de ménage					
Féminin	4 (7,5%)	20 (8,6%)	1	-	-
Masculin	49 (92,4%)	214 (91,4%)	0,87	[0,24 ; 7,53]	0,812
Age chef de ménage					
Inferieur à 25 ans	12 (22,6%)	17 (7,2%)	1	-	-
De 25 à 35 ans	4 (7,5%)	89 (38,0%)	16,04	[1,60 ; 161,07]	0,018
Supérieur à 35 ans	37 (69,8%)	128 (54,7%)	2,57	[0,66 ; 10,17]	0,180
Niveau d'études du chef de ménage					
Inferieur ou égal primaire	12 (22,6%)	63 (26,9%)	1	-	-
Secondaire ou plus	41 (77,3%)	171 (73,1%)	0,79	[0,37 ; 1,58]	0,521
Occupation chef de ménage					
Sans occupation	4 (7,5%)	4 (1,7%)	1	-	-
Avec occupation	49 (92,4%)	230 (98,2%)	3,77	[1,01 ; 21,30]	0,019
Age enquêtée					

	15				
Inferieur ou égal à 20 ans	(28,3%)	52 (22,2%)	1	-	-
	26	156	3,03		0,087
20-35 ans	(49,0%)	(66,7%)		[0,85 ; 10,76]	
	12	26 (11,1%)	0,87		0,852
Supérieur à 35 ans	(22,6%)			[0,19 ; 3,84]	
Niveau d'études Enquêtée					
	16	111			
Inferieur ou égal primaire	(30,1%)	(47,4%)	1	-	-
	37	123	0,48		0,022
Secondaire ou plus	(69,8%)	(52,6%)		[0,24 ; 0,90]	*
Occupation enquêtée					
	20	65 (27,8%)	1	-	-
Sans occupation	(37,7%)				
	33 (62,2%)	169 (72,2%)	1,57	[0,83 ; 2,93]	0,151
Avec occupation					
Femme vivant en union					
Non	4 (7,5%)	9 (3,8%)	1	-	-
Oui	49 (92,4%)	225(96,1%)	2,03	[0,52 ; 6,78]	0,242
<hr/>					
Parité					
	24	86 (36,7%)	1	-	-
Paucipare	(45,2%)				
	29	148	1,42	[0,77 ; 2,60]	0,248
Multipare	(54,7%)	(63,2%)			
Distance FOSA-habitation					
	37	92 (39,3%)	1	-	-
Eloigné	(69,8%)				
	16 (30,1%)	142 (60,7%)	3,55	[1,88 ; 6,90]	0,000*
Proche					
Dépenses journalières/ ménage					
< 10000 CDF (6,67USD)	49 (92,4%)	172 (73,5%)	1	-	-

≥ 10000 CDF (6,67USD)	4 (7,5%)	62 (26,4%)	4,39	[1,64 ; 14,85]	0,003*
----------------------------	----------	---------------	------	-------------------	---------------

Taux de change=1500CDF (1\$US)/(*) : valeur statistiquement significative

Après l'analyse bi variée, cinq facteurs sociodémographiques étaient associés à l'utilisation des services de soins de santé maternelle à savoir l'âge du chef de ménage, l'occupation du chef de ménage, le niveau d'études de l'enquêtée, la distance FOSA-habitation et les dépenses journalières par ménage. Les utilisatrices résidant dans les ménages où le responsable était âgé de 25 à 35 ans, avaient 16 fois plus de chance d'utiliser les SSM que celles qui étaient dirigées par les chefs de ménage de moins de 25 ans (OR=16,04 ; IC_{95%} [1,60 ; 161,07]).

Les enquêtées ayant de chef de ménage avec occupation avaient plus de chance d'utiliser que celles de chef de ménage sans occupation (OR=3,77 ; IC_{95%} [1,01 ; 21,30]). Lorsque la distance entre la résidence de l'utilisatrice et la FOSA était moins de 2 km (proche), la probabilité d'utiliser les SSM était 3 fois plus par rapport à l'utilisatrice résidant à plus de 2 km (éloigné) de la FOSA (OR=3,47 ; IC_{95%} [1,04 ; 11,52]). Et enfin, celles qui dépensaient plus 10000CDF (6,67USD) journalièrement avaient 4 fois la chance d'utiliser que celles qui dépensaient moins.

Tableau XIV. Association entre l'utilisation des services de soins de santé maternelle et les perceptions des enquêtées dans la ZS de Kisanga en 2017

Facteur	Utilisation des SSM		OR brute	IC à 95%	p -value
	Non (53)	Oui (234)			
Disponibilité de Méd. (VAT, SP, Fer,...)					
Non	12 (22,6%)	9 (3,8%)	1	-	-
Oui	41 (77,3%)	225 (96,1%)	7,24	[2,84 ; 18,96]	0,000*
Satisfaction de SSM					
Non satisfaite	10 (18,8%)	8 (3,4%)	1	-	-
Satisfaite	43 (81,1%)	226 (96,6%)	6,51	[2,39 ; 18,16]	0,000*
Temps moyen d'attente					
>1heure	25 (47,1%)	63 (26,9%)	1	-	-
≤1 heure	28 (52,8%)	171 (73,1%)	2,41	[1,30 ; 4,47]	0,003*
Complications pendant la grossesse ou l'accouchement					
Non	41 (77,3%)	184 (78,6%)	1	-	-
Oui	12 (22,6%)	50 (21,4%)	0,92	[0,46 ; 1,96]	0,838
Paiement inapproprié de SSM					
Non	33 (62,2%)	54 (23,1%)	1	-	-
Oui	20 (37,7%)	180 (76,9%)	0,44	[0,24 ; 0,86]	0,012*
Non respect de la dignité					
Oui	37 (69,8%)	82 (35,0%)	1	-	-
Non	16 (30,1%)	152 (64,9%)	4,26	[2,25 ; 8,31]	0,000*

(*) : valeur statistiquement significative

Après l'analyse bi variée, cinq facteurs (en rapport avec les perceptions) étaient associés à l'utilisation des services de soins de santé maternelle à savoir : la disponibilité de Médicaments (VAT, SP, Fer,...), la satisfaction de SSM, le temps moyen d'attente, le paiement inapproprié de SSM et le Non respect de la dignité de la personne. L'utilisatrice avait 7 fois plus de chance de consulter les SSM lorsque les médicaments étaient disponibles (OR=7,24 ; IC_{95%} [2,84 ; 18,96]).

Lorsque une enquêtée était satisfaite de la qualité des services dans la FOSA, elle avait environ 7 fois plus de chance d'utiliser les SSM par rapport à celle qui était insatisfaite (OR=6,51; IC_{95%} [2,39 ; 18,16]).

Lorsque le temps moyen d'attente des activités était inférieur ou égal à une heure, cela accroissait la chance de 2 fois aux femmes d'utiliser les SSM (OR=2,41; IC_{95%} [1,30 ; 4,47]). Le paiement inapproprié de SSM réduisait la chance d'environ 44% d'utiliser les SSM (OR=0,44; IC_{95%} [0,24 ; 0,86]). Le Non respect de la dignité de la personne diminuait de 4 fois la chance aux femmes d'utiliser les SSM (OR=4,26; IC_{95%} [2,25 ; 8,31]).

Tableau XV. Les facteurs prédictifs à l'utilisation des services de soins de santé maternelle dans la ZS de Kisanga en 2017

Facteur	Utilisation des SSM					
	Analyse bi variée			Analyse multi variée (RL)		
	OR brute	IC à 95%	p	OR ajusté	IC à 95%	p
Age du chef de ménage						
<25 ans	1	-	-	-	-	-
25-35 ans	16,04	[1,60 ; 161,07]	0,018 *	15,59	[1,19 ; 203,68]	0,036*
> 35 ans	2,57	[0,66 ; 10,17]	0,180	-	-	-
Occupation chef de ménage						
Sans occupation	1	-	-	-	-	-
Avec occupation	3,77	[1,01 ; 21,30]	0,019 *	-	-	-
Niveau d'études Enquêtées						
Primaire	1	-	-	-	-	-
Secondaire & plus	0,48	[0,24 ; 0,90]	0,022 *	-	-	-
Distance FOSA-habitation						
Eloigné	1	-	-	-	-	-
Proche	3,55	[1,88 ; 6,90]	0,000 *	7,35	[1,78 ; 30,69]	0,006*
Dépenses journalières/ ménage						
< 10000 CDF (6,67USD)	1	-	-	-	-	-
≥ 10000 CDF (6,67USD)	4,39	[1,64 ; 14,85]	0,003 *	-	-	-
Satisfaction de la qualité de SSM						
Insatisfaite	1	-	-	-	-	-
Satisfaite	6,51	[2,39 ; 18,16]	0,000 *	15,55	[2,40 ; 100,93]	0,004*
Disponibilité de Médicaments (VAT, SP, Fer,...)						
Non	1	-	-	-	-	-
Oui	7,24	[2,84 ; 18,96]	0,000 *	3,96	[1,07 ; 14,68]	0,040*
Temps moyen d'attente						
>1heure	1	-	-	-	-	-
≤1 heure	2,41	[1,30 ; 4,47]	0,003 *	4,24	[1,03 ; 17,45]	0,045*
Non respect de la dignité						

Oui	1	-	-	-	-	-
Non	4,26	[2,25 ; 8,31]	0,000	*	-	-
Paiement inapproprié de SSM						
Non	1	-	-	-	-	-
Oui	0,44	[0,24 ; 0,86]	0,012	*	-	-

(*) : valeur statistiquement significative

Au total, 5 facteurs étaient associés à l'utilisation des services de soins de santé maternelle à savoir l'âge du chef de ménage compris entre 25 et 35 ans, la distance FOSA-habitation inférieure ou égale à 2 km(proche) , la satisfaction sur la qualité des soins reçus, la disponibilité des médicaments dans les FOSA ainsi que le temps moyen d'attente aux FOSA.

Les utilisatrices résidant dans les ménages où le responsable est âgé de 25 à 35 ans, avaient 15 fois plus de chance d'utiliser les SSM que celles qui étaient dirigées par les chefs de ménage de moins de 25 ans (OR=15,59 ; IC95% [1,19 ; 203,68]).

Lorsque la distance entre la résidence de l'utilisatrice et la FOSA était inférieure ou égale à 2 km(proche), la chance d'utiliser les SSM était 7 fois plus par rapport à l'utilisatrice résidant à plus de 2 km(éloigné) de la FOSA (OR=7,35 ; IC95% [1,78 ; 30,69]).

Lorsque une enquêtée était satisfaite de la qualité des services dans la FOSA, elle avait 15 fois plus de chance d'utiliser les SSM par rapport à celle qui était insatisfaite (OR=15,55 ; IC95% [2,40 ; 100,93]). La disponibilité des médicaments dans les FOSA, accroissait la chance d'environ 4 fois aux femmes exposées d'utiliser les SSM (OR=3,96 ; IC95% [1,07 ; 14,68]).

Lorsque le temps moyen d'attente des activités était inférieur ou égal à une heure, cela augmentait les chances d'environ 4 fois d'utiliser les SSM (OR=4,24 ; IC95% [1,03 ; 17,45]).

4 DISCUSSION

Cette discussion portera essentiellement sur les caractéristiques sociodémographiques des ménages et des enquêtées, les taux d'utilisation des services, la perception de la qualité des services, ainsi que les facteurs associés à l'utilisation des services de soins de santé maternelle, et cela en référence avec les publications d'autres auteurs.

4.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Les résultats de cette étude sont comparables avec les résultats de WHO 2015, qui montrent que les ménages dirigés par les hommes sont majoritaires par rapport à ceux dirigés par les femmes soit 81,7%[21]. A Rubavu au Rwanda, MUNYAMAHORO M. et NTAGANIRAJ avaient trouvé dans une étude en 2012, 75,7% de chef de ménage étaient de sexe masculin[28], lesquels résultats sont différents de ce que cette étude a trouvé (91,76%). Cette différence de proportion pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a eu lieu dans un milieu urbano-rural africain où la responsabilité de ménage est confiée plus à l'homme.

Le groupe d'âge majoritaire chez les enquêtées est celui compris entre 20 et 35 ans avec une proportion de 67,6%. La moyenne d'âge des femmes ayant utilisé les CPN1 dans notre étude à Kisanga est de $31,93 \pm 5,88$ ans. Mafuta E. et Kayembe P. ont trouvé l'âge moyen de $26,6 \pm 6,8$ ans chez les femmes qui ont utilisé les CPN avec le groupe d'âge majoritaire (68,6%) compris entre 25 et 34 ans dans une étude menée dans les provinces de l'Haut-Katanga et du Katanga en 2011[32]. KHADIJA NASSIRI a trouvé dans une étude au Maroc, l'âge moyen de 28 ans[6]. Ces 3 résultats se rapprochent. S'agissant du niveau d'études, la majorité (86,8%) d'enquêtées étaient de niveau secondaire ou plus, lesquels résultats sont comparables avec les résultats trouvés par Mafuta et Kayembe P. (57,3%) quand bien même les proportions ont été différentes.

Le nombre moyen d'enfants pour les enquêtées est de $4,97 \pm 1,04$; différent de 7,2, nombre moyen rapporté par MICS 2010 pour la province du Katanga[21]. De même, la taille moyenne par ménage trouvée est de $5,17 \pm 1,75$ personnes, différente de 5,7 (la taille moyenne trouvée pour la province du Katanga dans MICS 2010[21]). Ces différences pourraient s'expliquer par des disparités constatées dans

les différents territoires que constituent la province du Katanga.

En rapport avec la situation de famille, cette étude a trouvé 88,2% d'accouchées vivaient en couple (ensemble avec un homme). Ce résultat diffère de 37% que F. Dedecker et coll. ont trouvés en Réunion [33].

Parmi les enquêtées interviewées dans cette étude, 98,8% ont utilisé au moins une fois les CPN. MUNYAMAHORO M et J. NTAGANIRA avaient trouvé dans une étude dans le district de Rubavu 96% (23). Cette proportion selon MICS 2010 était de 87,3% (UNICEF, Mai 2011). Avec EDS RDC 2013-2014, dans la future province du Haut-Katanga, 89,1% femmes avaient reçu des soins prénatals auprès d'un prestataire formé [34]. Mafuta E. et Kayembe P. ont trouvé la proportion de 87,7 % des femmes qui ont utilisé les CPN dans une étude dans les provinces de l'Haut-Katanga et du Katanga en 2011 [32]. La proportion trouvée dans cette étude, quand bien même conforme aux normes nationales de la RDC ($\geq 80\%$), reste légèrement supérieure à celles des études sus évoquées.

Cette étude a trouvé à Kisanga, 9,2 % d'accouchées ayant réalisé les quatre visites standards, ce qui se rapproche de la couverture nationale (44%) rapportée par MICS 2010 [21]. Alors que, MUNYAMAHORO M et J. NTAGANIRA avaient trouvé dans une étude dans le district de Rubavu 24% en 2012 au Rwanda [19]. Et, KHADIJA NASSIRI a trouvé dans une étude au Maroc, 30% d'accouchées qui avaient complété les 4 séances de CPN [6]. Cette différence ne peut pas s'expliquer malgré les différentes interventions de santé qui ont eu lieu en RDC et particulièrement à Kisanga.

En rapport avec l'accouchement dans cette étude, 79,4% étaient dirigés par le personnel de santé dans les formations médicales. Une étude au Mali réalisée par Brahim A. Diallo en 2013, a trouvé 64 % d'accouchements assistés (20). MUNYAMAHORO M et J. NTAGANIRA avaient trouvé dans une étude dans le district de Rubavu 74% (23). MICS 2010 et EDS RDC 2013-2014 ont rapporté respectivement 39,7% et 78,4% de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé dans la province du Katanga pour le MICS et la future province du Haut-Katanga pour l'EDS [34]. Ce résultat trouvé à Kisanga, était conforme aux normes nationales, néanmoins reste supérieur à ceux des études évoquées. Cette différence pourrait s'expliquer du fait de la présence des accoucheuses traditionnelles dans les autres pays évoqués, et des disparités constatées dans les différentes ZS que constituent la province

du Haut-Katanga.

4.2 PERCEPTION DES ENQUETÉES SUR LA QUALITE DES SERVICES

Au total, 91,9% d'enquêtées utilisatrices des SSM ont été satisfaites de la qualité des soins reçus à Kisanga, se rapprochant de 97,3% d'enquêtées satisfaites de la qualité des soins reçus dans une étude menée par le Programme National de la Santé de la Reproduction de la Mauritanie en 2005[29]. Néanmoins, ces résultats diffèrent de 49,9% des répondants qui n'étaient pas satisfaits sur la qualité des soins prénataux tels que trouvés par Fantaye Chemir et coll. dans une étude en Ethiopie [35]et 12,3% des répondants ayant déclaré une mauvaise qualité des services trouvés par Kidist Birmeta et coll. toujours en Ethiopie [36].

Dr Achille LANZY M. et Julien MBAMBI ont trouvé 57,6% d'enquêtées étaient satisfaites de la qualité des soins reçus dans les FOSA dans une étude au Congo Brazza[37]. Ces résultats diffèrent de ceux que cette étude a trouvés à Kisanga où 98,8 % des femmes qui avaient utilisé les SSM, étaient satisfaites de la qualité des soins reçus dans les FOSA.

4.3 FACTEURS PREDICTIFS A L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE

Les résultats de la présente étude ont montré que 5 facteurs sont associés à l'utilisation considérée dans le sens d'intention d'utiliser ou de recommander un proche à utiliser ultérieurement des services de santé maternelle à savoir l'âge du chef de ménage, la distance FOSA-habitation, la satisfaction sur la qualité des soins reçus, la disponibilité des médicaments dans les FOSA ainsi que le temps moyen d'attente aux FOSA.

Cette étude a permis de trouver que les utilisatrices des SSM résidant dans les ménages où le responsable est âgé de 25 à 35 ans, ont 16 fois plus de chance d'utiliser ou de recommander un proche à utiliser prochainement les SSM que celles qui sont dirigées par les chefs de ménage de moins de 25 ans. Alors que Gedefaw Abeje and al, avaient trouvé plutôt l'âge au premier mariage (15-19 ans) et marié à 20-24 ans [38].

A Kisanga, lorsque la distance entre la résidence de l'utilisatrice et la FOSA est moins de 2 km, l'intention d'utiliser prochainement les SSM est 7 fois plus par rapport à l'utilisatrice résidant à plus de 2 km de la FOSA. BENINGUISSE Gervais avait trouvé dans une étude que les femmes résidant près des FOSA et celles qui habitent à moins de 5km desdits centres ont respectivement 6,37 et 4,53 fois plus de chances que leurs homologues résidant à plus de 15km des centres de Santé Maternel et Infantile d'effectuer au moins une CPN [13]. De ce qui précède, nous pouvons dire que l'hypothèse 1 « l'utilisation des services de santé maternelle est liée aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtées (l'âge, le niveau d'instruction, le niveau économique du ménage, la distance FOSA-habitation,...) est partiellement vérifiée.

Lorsque une enquêtée était satisfaite de la qualité des services dans la FOSA, elle a 15 fois plus de chance d'utiliser prochainement les SSM par rapport à celle qui était insatisfaite. D'où la satisfaction sur la qualité des soins reçus est associée à l'utilisation des services de santé maternelle.

La disponibilité des médicaments dans les FOSA à Kisanga, accroît la chance d'environ 4 fois plus aux femmes d'utiliser ultérieurement les SSM. Kadidiatou KANTA avait trouvé que 84% de femmes ont la chance de revenir consulter les SSM lorsque les médicaments sont disponibles [39]. Lorsque le temps moyen d'attente des utilisatrices des SSM est inférieur ou égal à une heure, cela augmente les chances d'environ 4 fois d'utiliser ultérieurement les SSM. Ceci corrobore avec la théorie soutenue par Kadidiatou kanta selon laquelle environ 75% d'utilisatrices préféraient passer moins de temps à la FOSA les rendait susceptibles d'utiliser ces services ultérieurement[39]. Ainsi, les hypothèses 3 et 4 formulées, l'utilisation des SSM est liée respectivement à la disponibilité des médicaments dans les FOSA et à la qualité perçue des enquêtées sur la considération des clients par le prestataire; sont vérifiées.

DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES D'ETUDES

Suite à l'absence des numéros dans certaines parcelles dans l'AS Yaamayetu, les RECO des AS étaient obligés d'écrire le nom du chef de ménage ou de la personne connue dans le ménage, ce qui a facilité tant soit peu les enquêteurs. En outre, certains RECO étaient recrutés comme guide pour retrouver facilement les enquêtées.

Dans cette étude, la possibilité de biais de souvenir n'est pas exclue car certaines enquêtées qui avaient accouché depuis environ 4 mois, avaient quelques difficultés pour répondre aux questions qui concernaient leurs CPN. En plus, les prestataires des services de santé maternelle n'étaient pas interviewés, ni observés pendant l'exercice de leur fonction pour connaître comment ils se comportaient devant les utilisatrices de ces services.

Certaines catégories de femmes en âge de procréer ayant utilisé les SSM (notamment la consultation post natale et le service de naissances désirables) n'étaient pas pris en compte, car cette étude n'a concerné que les femmes ayant utilisé les services de CPN et la maternité. Les femmes en âge de procréer des populations résidant dans les campements n'ont pas été interviewées suite aux contraintes budgétaires.

5 CONCLUSION

La présente étude a été initiée pour analyser l'utilisation des SSM afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle dans la ZS de Kisanga. L'utilisation des services de santé maternelle constitue l'un des moyens efficace pour améliorer la santé maternelle en vue d'atteindre l'ODD 3. La mortalité maternelle demeure l'un des problèmes majeurs de santé publique en particulier pour les pays en voie de

développement.

Les femmes interrogées étaient des jeunes. La majorité des femmes avaient utilisé les SSM en général, voire la majorité d'enquêtées utilisatrices des SSM étaient satisfaites de la qualité des soins reçus dans la ZS de Kisanga et avaient accepté de revenir ou recommander prochainement leurs proches pour les CPN ou accouchement dans les mêmes structures.

Cinq facteurs prédictifs à l'utilisation des services de santé maternelle ont été significatifs à savoir : l'âge du chef de ménage, si ce dernier est âgé de 25 à 35 ans, la femme aura 15 fois plus de chance d'utiliser ou de recommander un proche à utiliser prochainement les SSM que celle qui est dirigée par le chef de ménage de moins de 25 ans. La distance FOSA-habitation de moins de 2 km augmente la chance d'utiliser prochainement les SSM de 7 fois plus par rapport à l'utilisatrice résidant au delà de 2 km de la FOSA. L'enquêtée satisfaite de la qualité des services, a 15 fois plus de chance d'utiliser prochainement les SSM. La disponibilité des médicaments dans les FOSA, a 4 fois plus de chance d'utiliser prochainement les SSM que celle qui n'a pas de médicaments. Le temps d'attente inférieur ou égal à une heure des utilisatrices des SSM, multiplie la chance de 4 fois à la femme d'utiliser prochainement les SSM.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] MBOTI SANGO, « DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES FEMMES AU CAMEROUN », *Mémoire de MASTER EN DEMOGRAPHIE*, Yaoundé, juill-2009.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport sur les objectifs de développement durable ». Nations Unies New York, 2016.

- [3] Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport sur les objectifs de développement durable », *N. U. N. Y.*, 2016.
- [4] RDC, Programme national de santé de la reproduction (PNSR)., « Rapport annuel 2011 ». janv-2013.
- [5] RDC, Direction de Développement des Soins de Santé Primaires au Secrétariat Général à la Santé du Ministère de la santé., « Bulletin SNIS/SSPN°8 ». mai-2012.
- [6] KHADIJA NASSIRI, « Les déterminants de l'utilisation de la consultation postnatale à la préfecture de Skhirat-Témara ». Mémoire de fin d'études cycle de master en gestion des programmes sanitaires, juill-2013.
- [7] Organisation mondiale de la Santé et Bureau régional pour l'Afrique, « Atlas des statistiques sanitaires de la Région africaine ». 2016.
- [8] Tchad, Ministère de la santé, « Fiche d'information des Statistiques sanitaires ». Tchad-2010.
- [9] Cameroun, Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, Ministère de la Santé, « Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011 », *Calverton Md. USA ICF Int. Inc.*, p. 546p, sept. 2012.
- [10] RDC, Division Provinciale de la Santé Haut KATANGA, « Rapport annuel Soins de Santé Primaires 2015 ». 2015.
- [11] Salomon H.A. Kochou¹ et Mburano J.R. Rwenge², « Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire », *Afr. Eval. J.* 21, n° Art. #79, p. 12 pages., 2014.
- [12] Mekonnen, Yared, and Asnaketch Mekonnen., « Utilization of Maternal Health Care Services in Ethiopia », *Calverton Md. USA ORC Macro*, 2002.
- [13] Gervais BENINGUISSE, « Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique : cas du Bénin », *Mém. Fin Détudes En Vue Obtention Diplôme Détudes Supér. Spéc. En Démographie*, déc. 2004.
- [14] Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gülmezoglu AM. and Van Look P. F. a. (2006)., « WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review ». *Lancet*, 367(9516), 1066–74.
- [15] Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant », Genève-2001.
- [16] Kabali E., Gourbin C. & De Brouwere V, « Complications of childbirth and maternal deaths in Kinshasa hospitals: testimonies from women and their families.

- BMC pregnancy and childbirth », n° 11 (1), 29, 2011.
- [17] A. Ntambue, « Determinants of maternal health services utilization in urban settings of the Democratic Republic of Congo – A Case study of... », *BMC Pregnancy Childbirth*, juill. 2012.
- [18] Luboya et al., « Politiques et Systèmes de santé ». Inédit, 2017.
- [19] M. MUNYAMAHORO1,* , et J. NTAGANIRA2, « DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES MENAGES DU DISTRICT DE RUBAVU », *Rwanda Med. J.*, vol. Vol. 69, mars 2012.
- [20] Organisation Mondiale de la Santé, « Mortalité maternelle, aide-mémoire n° 348 ». Genève-2017.
- [21] Institut National des Statistiques RDC et UNICEF, « Enquête par grappes à indicateurs multiples en RDC (MICS-RDC) 2010 Rapport final », mai-2011.
- [22] Coghlan B., Brennan R. J., Ngoy P., Dofara D., Otto B., Clements M. & Stewart T., « Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey », *Lancet* 3679504 44–51 2006.
- [23] Mambu T. N. M., Malengreau M., Kayembe P. K. & Lapika B. D, « Les retards de recours et de soins à Kinshasa en cas de maladie sévère chez la femme en âge de procréer Résumé, Revue d'Epidémiologie et de santé publique », vol. 58 (3), p. pp 189–196, 2010.
- [24] Andersen, Ronald (1995), « “Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?”. », *J Health SocBehav*, n° 36 (1): 1–10.
- [25] Organisation Mondiale de la Santé., « Rapport sur la santé dans le monde 2007 : Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle », p. 67 p, 2008.
- [26] Mutombo Paulin, « Module d'organisation des structures et services de santé,Knshasa RDC : Ecole de Santé Publique de Kinshasa », p. 92 p., 2014.
- [27] Simkhada et al, « Factors affecting utilization of antenatal care in developing countries: a systematic review of the literature .Journal of Advanced Nursing », vol. vo. 61 (3), p. 244-260., 2008.
- [28] Brahim A. Diallo, « Déterminants socioculturels de l'accès et l'utilisation des services de soins prénatals et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako, Programme AFD-Sahel, rapport pays MALI », p. 55 p, 2013.
- [29] Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, « Enquête sur l'utilisation des services de santé de la reproduction en Assaba, Nouakchott », p. 60 p., avr. 2005.

- [30] Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, OMS et World Bank Institute, « Rapport de l'atelier de formation sur l'incitation à la performance des prestataires de services de santé : Ouidah, BENIN, 1er au 5 mars 2010. »
- [31] M. Audibert, E. de Roodenbeke, A. Pavy-Letourmy et J. Mathonnat, « Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse? Communication présentée au Développement durable et santé dans les pays du sud », déc. 2004.
- [32] Mafuta Eric and Kayembe Patrick, « Late antenatal care attendance, main determinants in health zones of Katanga and Equateur, DR Congo », *Ann. Arica Med.*, vol. Vol n°4, p. 845-854., sept. 2011.
- [33] F. Dedecker T. de Bailliencourt, G. Barau, D. Fortier P., Y. Robillard, M.-M. Roge-Wolter, S. Djemili, P. Gerardin, « Étude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion. », *J Gynecol Obstet Biol Reprod 34 Cah. 1 Paris Masson*, p. 694-701., 2005.
- [34] RDC, Ministère du plan, « Rapport préliminaire Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014 », Calverton, Maryland, USA : Macro International Inc., 2014.
- [35] Fantaye Chemir, Fessahaye Alemseged and Desta Workneh, « Satisfaction with focused antenatal care service and associated factors among pregnant women attending focused antenatal care at health centers in Jimma town, Jimma zone, South West Ethiopia; a facility based cross-sectional study triangulated with qualitative study. », 2014.
- [36] Rutaremwa et al., « Determinants of maternal health services utilization in Uganda », 2015.
- [37] Dr Achille LANZY M. et Julien MBAMBI, « Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction par les peuples autochtones en république du Congo », p. 88 p, févr. 2013.
- [38] Gedefaw Abeje, Muluken Azage and Tesfaye Setegn, « Factors associated with Institutional delivery service utilization among mothers in Bahir Dar City administration, Amhara region: a community based cross sectional study », 2014.
- [39] Kadidiatou K., « Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de segué ». 2011.

ANNEXES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour, Je réponds au nom de.....Je suis enquêteur (trice) pour le compte d'une étude menée par l'Ecole de Santé Publique de Lubumbashi qui porte sur la santé des femmes en âge de procréer ici à Lubumbashi.

L'équipe de recherche dont je fais partie, analyse le comportement des adolescentes en matière de santé de la reproduction. Je sollicite votre accord à la participation de cette étude dont les résultats pourront servir à l'amélioration de la qualité de la vie des jeunes filles. Certaines questions vous seront posées dans cet objectif ; vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette étude mais soyez rassuré que toutes les déclarations ou autres points de vue que vous donnerez seront gardés secrets et ne seront exploités que dans le seul cadre de la recherche scientifique.

Vous avez tout le temps pour réfléchir et décider de prendre part à notre enquête. Pour vous rassurer d'avantage, nous donnons ci-après toutes nos coordonnées afin qu'en cas de besoin, vous puissiez nous contacter.

Noms de l'investigateur principal lui-même

.....

.....

6.1

6.2

6.3

6.4

6.5

OUTIL DE COLLECTE DES**DONNEES**

Numéro questionnaire : /__/_/_/_/

Province : HAUT KATANGA

Commune : KATUBA

Zone de santé : KISANGA

Aire de santé : _____

Rue/Localité : _____

numéro parcelle _____

Code de l'équipe d'enquêteurs : /__/_/_/

Date de l'enquête : __/__/2017

Contrôleur : _____

SECTION I: CARACTERISTIQUES DES ENQUETEES ET DE LEURS MENAGES

N°	Questions et filtres	Réponses-codes		Codes
Q100	Heure de début de l'enquête	__/_ heures __/_ minutes		
Q101	Qui est le chef de ménage ? (Enquêteur pointez le sexe du Chef du ménage)	Masculin 1 Féminin 2		
Q102	Quelle est la religion du chef de ménage ? (0= Non et 1= Oui)			
Q102 A	Catholique	0	1	
Q102 B	Protestante	0	1	
Q102 C	Kimbanguiste	0	1	
Q102 D	Musulmane	0	1	
Q102 E	Eglise de Réveil & Autres	0	1	
Q103	Quel est l'âge du chef de ménage ? (année)	_____		
Q104	Quelle est l'occupation principale du chef de ménage ? (Cochez			

	0=Non ou 1=Oui)			
Q104 A	Fonctionnaire/ Militaire /policier	0	1	
Q104 B	Employé secteur privé	0	1	
Q104 C	Cultivateur/ Pêcheur/ Eleveur	0	1	
Q104 D	Commerçant/ petit commerce	0	1	
Q104 E	Petits métiers	0	1	
Q104 F	Sans profession	0	1	
Q104 G	Autres « à préciser ».....	0	1	
Q105	Quel est le niveau d'études le plus élevé qu'a atteint le chef de ménage?			
Q105 A1	Aucun niveau d'instruction	0	1	
Q105 A	Primaire non achevée	0	1	
Q105 B	Primaire achevée	0	1	
Q105 C	Secondaire non achevée	0	1	
Q105 D	Secondaire achevée	0	1	
Q105 E	Supérieur non achevée	0	1	
Q105 F	Supérieur achevée (G3 et plus)	0	1	
Q106	Est-ce que l'auteur de la grossesse/ père de l'enfant que vous avez est –il	Non 0 Oui 1		1→107

	le chef de ce ménage ?			
Q106 A	Si non, quelle est l'occupation principale du mari ? (Cochez 0=Non ou 1=Oui)			
Q106 A	Fonctionnaire/ Militaire /policier	0	1	
Q106 B	Employé secteur privé	0	1	
Q106 C	Cultivateur/ Pêcheur/Éleveur	0	1	
Q106 D	Commerçant/ petit commerce	0	1	
Q106 E	Petits métiers	0	1	
Q106 F	Sans profession	0	1	
Q106 G	Autres « à préciser ».....	0	1	
Q106 H	Quel est l'âge de votre mari ?			_____
Q106I	Quel est le niveau d'études le plus élevé qu'a atteint votre mari?			
Q106I 1	Aucun niveau d'instruction	0	1	
Q106J	Primaire non achevée	0	1	
Q106 K	Primaire achevée	0	1	
Q106 M	Secondaire non achevée	0	1	
Q106 N	Secondaire achevée	0	1	
Q106 O	Supérieur non achevée	0	1	
Q106 P	Supérieur achevée	0	1	

Q107	Combien de personnes y-a-t-il dans le ménage ?			
Q108	Combien dépensez-vous par jour pour le ménage ?			_____FC
Q109	Quelle est votre rémunération mensuelle ?			_____FC
Information sur l'enquêtée (femme de 15 à 49 ans enceinte d'au moins 3 mois/ accouchée depuis au plus 6 mois)				
Q110	Quel âge avez-vous ? (année)			_____
Q111	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint ?			
Q111 A1	Aucun niveau d'instruction	0	1	
Q111 A	Primaire non achevée	0	1	
Q112 B	Primaire achevée	0	1	
Q112 C	Secondaire non achevée	0	1	
Q112 D	Secondaire achevée	0	1	
Q112 E	Supérieur non achevée	0	1	
Q112 G	Supérieur achevée	0	1	
Q113	Quel est votre statut matrimonial ?	Célibataire 1 Mariée monogame 2 Mariée polygame 3 Union libre (cohabitation) 4 Divorcée /séparée 5 Veuve 6		
Q114	Quelle est votre occupation principale?			

Q114 A	Fonctionnaire/ Militaire /policier			
Q114 B	Employé secteur privé	0	1	
Q114 C	Cultivatrice/maraichère	0	1	
Q114 D	Commerçante/petit commerce	0	1	
Q114 E	Petits métiers	0	1	
Q114 F	Ménagère	0	1	
Q114 G	Autres « à préciser ».....	0	1	
Q116	Combien de fois aviez-vous accouché (enfants vivants ou non vivants) ?	_____		
Q117	Quel est le moyen de transport utilisé pour atteindre habituellement la FOSA ?	Pieds 1 Moto 3 Véhicule 4		
Q118	Quelle est la distance entre le lieu d'habitation et le CS de l'aire de santé ?	_____mètres		
Q119	Combien de minutes faites-vous pour arriver au CS ?	_____		

SECTION II: UTILISATION, PERCEPTION ET APRECIATION DE LA QUALITE
DES SERVICES DE SANTE PAR L'ENQUETEE

*Instructions : Q201, Q202 et Q203 se rapportent à la femme enceinte
Q204 et Q205C se rapportent à l'accouchée*

Q200	Observez l'enquêtée, est-elle enceinte?	Non 0 Oui 1	0→ Q204
Q201	Si enquêtée est enceinte, Avez-vous déjà commencé les CPN ?	Non 0 Oui 1	
Q202	Combien de séances en avez-vous déjà faites ?	_____	
Q203	Où faites-vous la CPN ?	CS de l'aire de santé 1 PS de l'aire de santé 2 FOSA privée de l'aire de santé 3 FOSA en dehors de l'aire de santé 4 Autres « à préciser ».....10	1,2,3,4,10→ Q206
Q204	Observez l'enquêtée, c'est une femme accouchée?	Non 0 Oui 1	
Q204 B	Si enquêtée est une accouchée, depuis combien de mois a-t-elle accouché ?	_____	
Q205 A	Où aviez-vous accouché ?	CS de l'aire de santé 1 PS de l'aire de santé 2 FOSA privée de l'aire de santé 3 FOSA en dehors de l'aire de santé 4 A domicile 5 Autres « à préciser ».....10	
Q205 B	Avez-vous suivies les CPN durant votre dernière grossesse?	Non 0 Oui 1	0→ Q206
Q205	Combien de séances aviez-		

C	vous faites au total ?	_____			
<p>Madame, je vais vous raconter une histoire d'une femme s'appelant Marie :</p> <p>- Si femme en CPN : Marie avait une grossesse de 7 mois, elle est allée voir l'IT du CS, qui la fait assoir sur un banc et la fait attendre pendant 4 heures pour la recevoir dans un lieu où on pouvait la voir de loin.</p> <p>- Si femme accouchée : Marie lors de 2^{ème} grossesse, est allée accoucher au CS, comme elle n'avait pas bien respecté les RDV de CPN, la sage-femme l'a grondé devant les autres parturientes, et va la négliger pendant qu'elle avait des douleurs et en plus elle a eu à la frapper au niveau des cuisses parce qu'elle n'arrivait pas à pousser l'enfant.</p>					
Q206	Aviez-vous rencontré une situation similaire lors des CPN ou accouchement pour laquelle vous n'aviez pas été contente ?		Non 0 Oui 1		
Q207	<p><i>Instructions : passer en revue les différents facteurs pour rappeler à la femme si le prestataire a commis les actes d'abus contre elle</i></p> <p>Parmi ce que je vais citer, lequel vous a concerné ? (Encerclez le code correspondant Non 0 et Oui 1)</p>				
Q207 A	Non-respect de la dignité de la personne :	A.1 Crier sur le patient	0	1	
		A.2 Menacer d'arrêter les soins ou le traitement	0	1	
		A.3 Faire des commentaires négatifs ou décourageants	0	1	
Q207 B	Abandon :	B.1 Ignorance du patient ou de ses requêtes pour assistance	0	1	
		B.2 Non-assistance lors de l'accouchement/ Non réalisations de certains actes de prestations anténatales	0	1	
Q207 C	Abus physiques	C.1 Piquer	0	1	
		C.2 Frapper	0	1	

		C.3 Gifler	0	1	
		C.4 Pousser	0	1	
		C.5 Pincer la peau	0	1	
		C.6 Abus sexuel	0	1	
		C.7 Autres façons de faire mal	0	1	
Q207 D	Non confidentialité :	D.1 Laisser votre corps visible par les autres	0	1	
		D.2 Divulguer vos informations aux autres	0	1	
Q207 E	Non consentement :	E.1 Pratique des soins sans demander la permission ou informer la cliente (Episiotomie, TV)	0	1	
Q207 F	Demande de paiement inapproprié :	F.1 Requête ou demande de paiement informel	0	1	
		F.2 Rétention de la mère ou de l'enfant au CS pour défaut de paiement	0	1	
Q207 G	Attention :	G.1 Le prestataire répondait-il dans un délai raisonnable chaque fois vous aviez besoin de lui ?	0	1	
Q207 H	Environnement	H.1 Les locaux de FOSA étaient-ils propres ?	0	1	
		H.2 Est-ce que les locaux étaient-ils spacieux ?	0	1	
Q207 I	Choix du prestataire	I.1 Aviez-vous choisi vous-même votre prestataire ?	0	1	
Q208	Si non, est-il arrivé à votre voisine ou une connaissance une situation similaire?		Non 0 Oui 1		
Q209	<i>(Instruction : Q209 à 214E si l'enquêtée a</i>		Non 0 Oui 1		

	<i>été victime d'abus)</i> Aviez-vous présenté vos préoccupations ou êtes vous plainte au prestataire concerné ?			
Q210	Pourquoi ? (pour oui ou non)			
Q211	Si oui est ce que la personne a eu à modifier son comportement ou a présenté les excuses ?	Non 0	Oui 1	
Q212	Qu'est ce qui vous a motivé principalement de faire ça ?			
Q213	En dehors du prestataire, est-ce qu'avez-vous partagé les préoccupations à une autre personne?	Non 0	Oui 1	
Q214	Si oui cochez code correspondant à la personne recourue (Encerclez le Non 0 et Oui 1)			
Q214 A	Epoux	0	1	
Q214 B	Parent (Mère, tante ou sœur)	0	1	
Q214 C	RECO	0	1	
Q214 D	Autres leaders ou autorité communautaire	0	1	
Q214 E	Responsable du CS	0	1	
Q215	Suivant l'expérience que vous venez de nous rapporter, comment jugez-vous la qualité des soins que vous avez reçu ? (Si on vous demande de coter sur 5) <i>NB : questions 215, 301 et 302 à poser aux femmes ayant utilisé les services de santé maternelle (SSM)</i>	5 très satisfait 1 4 satisfait 2 3 pas de position 3 2 peu satisfait 4 1 insatisfait 5		

SECTION III: PERCEPTION DES ENQUETES SUR LA CONSIDERATION DES
CLIENTS ET COMMUNICATION

Q301	Est-ce que le prestataire vous avait-t-il expliqué votre problème de santé ?	Non 0 Oui 1	
Q302	Est-ce que le prestataire vous a-t-il fait participer au choix dans la prise en charge?	Non 0 Oui 1	
Q303	Etes-vous informé sur ce qui se passe au CS ? <i>NB : Q303 et Q304 à poser à toutes les enquêtées</i>	Non 0 Oui 1	
Q304	Si oui, comment connaissez-vous ce qui se passe au niveau de CS (Activités, Nombre de femmes qui ont accouché, combien d'enfants sont nés, ou combien de plaintes formulées contre les prestataires) ?	RECO 1 COSA2 Infirmiers eux-mêmes 3 Voisine 4 Autres « à préciser »..... 10	
Q305	Est-ce que la structure des soins recueille vos points de vue ou vos avis (opinions) en tant que patients ?	Non 0 Oui 1	0→ Q401
Q306	Si oui, quels moyens sont utilisés ? <i>NB : Les Q305 à Q308 à poser à aux femmes ayant utilisé les services de santé maternelle (SSM)</i>	Boite à suggestions 1 Formulaire à remplir 2 Entretien face à face 3 Réunion avec les leaders communautaires 4 Discussions informelle avec le client ou la	

		communauté 5 Feed back directement 6 Autres « à préciser »..... 10	
Q307	Pensez-vous que le CS ou la FOSA tient en compte vos avis ?	Non 0 Oui 1	
Q308	Sur quoi basez-vous votre réponse ?	Amélioration de l'accueil 1 Assistance morale par le prestataire 2 Bonne collaboration avec le prestataire après dialogue 3 Non application des recommandations ou conseils ou propositions 4 Pas d'amélioration 5	

SECTION IV: INTENTION A FREQUENTER ULTERIEUREMENT LES SERVICES
DE SANTE OU A RECOMMANDER LEUR PROCHE TENANT COMPTE DE
L'EXPERIENCE ANTERIEURE

<i>NB : ces questions doivent être posées à toutes les enquêtées</i>			
Q401	Est-ce que vous avez connu de complications pendant la grossesse/l'accouchement de l'enfant qui était né ?	Non 0 Oui 1	
Q402	Si ca ne dépendait que de vous, prochainement, pourriez-vous revenir ou recommander vos	Non 0 Oui 1	

	proches pour les CPN ou accouchement dans la même structure où vous aviez été ?		
Q403	Si oui ou non pourquoi ?		
Q404	Heure fin enquête	___/___ heures ___/___ minutes	

Merci beaucoup pour votre participation et votre collaboration

