



UNIVERSITE DE KINSHASA
FACULTE DE MEDECINE
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE
Programme : Santé Publique
30^{ème} Promotion



**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PREMIERE
CONSULTATION PRENATALE DANS UNE STRUCTURE
SANITAIRE DE KINSHASA
(Cas de la maternité de Binza Météo)**



OHANO LUNGE Valery, MD

Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du
Diplôme de Maîtrise en Santé Publique

Option : Santé Communautaire

Directrice : Professeur Dr Antoinette TSHEFU KITOTO

Année Académique 2017-2018

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iii
LISTE DE FIGURES.....	iii
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	iv
DEDICACE.....	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
RESUME.....	viii
I. INTRODUCTION.....	1
I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	1
I.2. REVUE DE LA LITTERATURE.....	4
I.2.1. Soins prénatals.....	4
I.2.2. Facteurs influençant la qualité de CPN1.....	5
Model conceptuel.....	8
I.3. BUT ET OBJECTIFS.....	9
I.3.1. But.....	9
I.3.2. Objectif général.....	9
I.3.3. Objectifs spécifiques.....	9
I.4. HYPOTHESES.....	9
II. MATERIEL ET METHODES.....	10
II.1 MATERIEL.....	10
II.1.1 Site.....	10
II.2 METHODE.....	10
II.2.1 Type d'étude.....	10
II.2.2. Echantillonnage.....	10
II.2.3. Définition opérationnelle.....	12
II.2.4. Technique et collecte de données.....	13
II.2.5. Traitement et analyse des données.....	14
II.2.6. Considérations éthiques.....	15
II.2.7. Pré-test.....	16
III. RESULTATS.....	26
SECTION I : CARACTÉRISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENQUÊTÉES ET DE PRESTATAIRES AFFECTES À LA CPN.....	26

SECTION II : EVALUATION DE LA QUALITE CPN1 SELON LES COMPOSANTES AGE GESTATIONNEL A LA PREMIERE CONSULTATION, INTRANTS, PROCESSUS ET APPRECIATION DES ENQUETEES	28
III.2.1. Appréciation de la CPN1 selon l'âge gestationnel	28
III.2.2. Evaluation de la composante intrants de la CPN1	29
III.2.3.a. Evaluation de la composante processus de CPN1	32
III.2.3.b. : Appréciation de la composante du processus de CPN1	34
SECTION III : PROPORTION DES FEMMES QUI ONT REALISE LA CPN1 DE QUALITE..	37
SECTION IV : ASSOCIATION DE LA QUALITE DE LA CPN1 A LA MATERNITE DE BINZA AVEC CERTAINES VARIABLES	38
IV. DISCUSSION	40
ANNEXES	51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des enquêtées selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques.....	26
Tableau II : Répartition des prestataires selon les caractéristiques sociodémographiques	27
Tableau III : Evaluation des ressources matérielles et techniques.....	29
Tableau IV : Appréciation de la disponibilité des produits.....	31
Tableau V : Evaluation de l'environnement physique	31
Tableau VI : Appréciation de l'interrogatoire.....	32
Tableau VII : Répartition des enquêtés selon la réalisation de l'examen physique	33
Tableau VIII : Appréciation des tests diagnostiques.....	34
Tableau IX : Répartition des enquêtées selon les produits reçus en CPN1.....	35
Tableau X : Répartition des enquêtées selon leur appréciation de la CPN1	35
Tableau XI : Qualité CPN1 selon la composante intrants.....	36
Tableau XII : La qualité de CPN1 selon les composantes processus et âge gestationnel	36
Tableau XIII : Qualité CPN1 selon la satisfaction des enquêtées.....	36
Tableau XIV : Association de la qualité de CPN1 avec certaines variables.....	38
Tableau XV : Analyse multivariée.....	39

LISTE DE FIGURES

Figure I : Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel à la CPN1	28
Figure II : Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel par trimestre.....	28
Figure III : CPN1 de qualité selon les 4 composantes ci-haut citées mises ensemble	37

LISTE DES ABBREVIATIONS

A0	: Titre académique de licence en science infirmière ou accoucheuse
A1	: Titre académique de graduat en science infirmière ou accoucheuse
A2	: Titre académique de diplôme d'état en science infirmière ou accoucheuse
A3	: Titre académique de brevet en science infirmière ou accoucheuse
BCZS	: Bureau Central de Zone de la Santé
BDOM	: Bureau Diocésain des Œuvres Médical
CPN	: Consultation Périnatale
CPN1	: Première consultation périnatale
CS	: Centre de Santé
CSR	: Centre de Santé de Référence
DS	: Déviation Standard
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ESP	: Ecole de Santé Publique
HGR	: Hôpital Général de Référence
HTA	: Hypertension Artérielle
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
IMC	: indice de masse corporelle
Km	: Kilomètre
MIILDA	: Moustiquaire Imprégné d'Insecticide à Longue Durée d'Action
N	: Nombre
n	: Taille de l'échantillon
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMD	: Objectif du Millénum pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OR	: Odds Ratio
PCIGA	: Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
PNSR	: Programme Nationale de la Santé de la Reproduction
PTME	: Prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RDC	: République Démocratique du Congo
RPR	: Rapid Plasma Reagin

SA	: Semaine d'Aménorrhée
SAPU	: Santé Publique
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SR	: Santé de la Reproduction
TDR	: Test de diagnostic rapide
USAID	: United States Agency International Development
VAT	: Vaccination anti tétanique
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé

DEDICACE

A l'Eternel Dieu Tout-Puissant, Maître de temps et des circonstances, lui qui commence une œuvre et l'achève ;

A ma chère épouse Marie Nenet Amuri Kocha, pour tant des sacrifices et affections, prières et patiences manifestées durant notre formation ;

A mes charmante filles Chancelat Ohano Selua et Pauline Ohano Sheka, que ce travail soit pour vous un motif d'encouragement et de fierté ;

A mes parents Faustin Gabriel Muya et Sabena Okito pour leur amour et encouragement lors cette formation ;

A mes sœurs et frères, belles sœurs et beaux-frères pour tout le soutien ;

A vous tous qui me sont chers ;

Je dédie ce travail, fruit de votre soutien et amour en ma personne.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail qui sanctionne la fin de notre formation de troisième cycle en Santé Publique, nous tenons à remercier l'Eternel Dieu Tout-Puissant, pourvoyeur de tous nos besoins.

Nous remercions sincèrement le corps professoral de l'Ecole de Santé Publique pour nous avoir donné une formation de qualité incontestable.

Nos remerciements s'adressent particulièrement au professeur Antoinette TSHEFU KITOTO promotrice de ce travail, pour avoir accepté de nous encadrer dans la réalisation de cette étude. Trouvez ici, l'expression de notre profonde gratitude.

Notre gratitude s'adresse également aux assistants Dalau NKAMBA et Daniel ISHOSO pour leurs suggestions qui étaient d'une grande importance pour la réalisation et la rédaction aussi bien du fond et la forme de ce travail.

Notre reconnaissance s'adresse beaucoup plus particulièrement à Nana MANZONZO, Stanis OKITENYEMA, Etienne TSHIBANDA, Timothée PANZA et tous les collègues de la 30^{ème} promotion pour tous les efforts consentis ensemble pour la réussite de notre formation.

Nos remerciements s'adressent au responsable de la maternité de Binza ainsi que tous les prestataires pour leur collaboration et disponibilité lors de la récolte de donnée.

Notre gratitude s'adresse aussi aux autorités de l'USAID, qui dans son appui à la formation de cadre de santé, l'agence nous a octroyée une bourse d'étude qui a permis d'acquérir cette noble formation.

Je ne peux terminer ses mots sans remercier ma chère sœur et collègue Dr Fathy EKOKO KEMBA ainsi que son cher époux Jean Paul YAMBA, pour la bonne collaboration et le soutien moral.

RESUME

Introduction

La consultation prénatale est l'un des piliers pour lutter contre de la mortalité maternelle et néonatale.

La disparité entre la couverture en consultation prénatale et le ratio de mortalité maternelle nécessite une évaluation afin d'améliorer sa qualité pour la réalisation du troisième objectif de développement durable.

Objectif

Evaluer la qualité de la première consultation prénatale (CPN1) à la maternité de Binza afin de contribuer à l'amélioration de la santé du couple mère-enfant.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique menée à la maternité de Binza. Elle a porté sur 422 gestantes, sélectionnées selon un échantillonnage probabiliste systématique. La revue documentaire, l'interview et l'observation ont été les techniques utilisées pour la récolte des données. Les résultats ont été exprimés en moyenne et en proportion. La régression logistique multivariée a été utilisée pour identifier les associations.

Résultats

La qualité de la CPN1 à travers les intrants a été jugée bonne, la performance sur le processus et âge gestationnel a été jugée satisfaisante alors que l'appréciation des gestantes sur le processus a été jugée insatisfaisante. La Proportion des gestantes qui ont réalisé la bonne CPN1 de qualité a été estimée à 29,9%. L'âge, l'état matrimonial, et le niveau d'instruction ont été significativement associés à la qualité de CPN1 en analyse bivariée et multivariée.

Conclusion

La qualité de CPN1 est bonne sur la composante intrant et satisfaisante pour le processus et âge gestationnel, mais reste mauvaise sur l'appréciation des gestantes. D'où la nécessité d'améliorer les deux composantes afin de permettre la réalisation des objectifs durable pour le développement d'ici 2030.

Mots-Clés : La maternité de Binza, consultation prénatale, qualité de CPN1.

I. INTRODUCTION

I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La consultation prénatale (CPN) est définie comme un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse. Elle permet en outre de pronostiquer la voie d'accouchement [1].

La CPN est l'un des trois principaux piliers de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, les deux autres piliers étant la planification familiale et les soins obstétricaux essentiels dont l'accouchement dans les conditions optimales d'hygiène et de sécurité [2]. Une CPN de bonne qualité contribue à la réduction de la mortalité maternelle pour la réalisation du troisième objectif de développement durable qui prône la bonne santé à tous et le bien être à tous âge [3], par un suivi, au travers les professionnels de santé qualifiés (niveau A2 au moins). Ce dépistage précoce d'éventuelles complications par les prestataires à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et de la santé du couple mère-enfant [4]. Il est évident que c'est de l'application rigoureuse du contenu de la CPN par un personnel qualifié exerçant dans des conditions optimales que dépend la contribution de cette intervention à l'atteinte des objectifs de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [5]. Mais, la CPN ne pourra jouer effectivement ce rôle et attirer davantage les femmes enceintes que si les services offerts sont de bonne qualité sur tous les plans : organisationnel, technique et relationnel [6].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins huit CPN dont la première devrait avoir lieu au cours des 12 premières semaines de grossesse jusqu'au plus tard à la 16^{ème} semaine [7]. Pour qu'elle soit de qualité, les activités suivantes doivent être réalisées par un personnel qualifié (niveau A2 au moins): la confirmation de la grossesse, la recherche des pathologies associées à la grossesse (VIH, Diabète, HTA,...), les facteurs morbides et la recherche des signes de danger (Saignements, anémie, malnutrition, notion d'avortements, fièvre, vomissements, mal au ventre, HTA, diabète, VIH), la réalisation des activités promotionnelles de la santé (planification familiale) et préventives prioritaires (la prévention de l'anémie, du tétanos néonatal, du paludisme et de la transmission mère-enfant du VIH). Elle permet aussi d'établir le plan de suivi [8]. La CPN1 permet également d'identifier les femmes à haut risque de développer la prééclampsie, deuxième cause directe de mortalité maternelle, et d'initier les mesures préventives telles que l'administration de l'aspirine à faible dose. L'aspirine à faible dose n'est efficace dans la prévention de la prééclampsie que lorsqu'elle est administrée à la femme

enceinte avant la 16^{ème} semaine de grossesse [9]. Cette consultation doit se faire dans un cadre adéquat garantissant la confidentialité, la sécurité, le confort [10].

Selon le rapport de l’OMS, la proportion des femmes enceintes qui utilisent les services de CPN en Europe est de 100% dans les pays comme la France, l’Italie, la Suède, la Finlande, l’Irlande, l’Allemagne et le Portugal avec une moyenne de la couverture en CPN1 estimée 95% des femmes qui consulte durant les 16^{ème} premières semaines de grossesse. Ces services sont également utilisés par la totalité des femmes enceintes dans la région des Amériques notamment au Canada et au Cuba [11].

En Afrique, par contre, la situation est différente, car une grande majorité de gestantes ne font souvent pas recours aux soins prénatals selon les normes (respect du début de la CPN1 et le contenu de celle-ci...).

Selon le rapport du bureau régional de l’OMS Afrique publié en 2016, la couverture moyenne de la CPN1 de 2013-2015 est estimée à 40% au Soudan du Sud, 85% en Guinée, 88% en Tanzanie, 89% en Erythrée et 89% au Burundi soit une moyenne de 77%, alors qu’en Europe et en Amérique du Nord elle est à 95%. En République Démocratique du Congo (RDC), cette couverture était estimée à 96% [12].

Durant la même période, le rapport de l’OMS a noté que 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou à l’accouchement dans le monde, la majorité de ces décès se sont produits dans les pays en développement dont la plupart auraient pu être évités [11]. Les deux régions dans lesquelles le Ratio de Mortalité Maternelle était le plus élevé en 2015 sont l’Afrique subsaharienne (546) et l’Océanie (187) [11]. Le Nigéria et l’Inde avaient enregistré plus d’un tiers de tous les décès maternels survenus dans le monde en 2015, comptant respectivement 58 000 (19 %) et 45 000 (15 %) décès maternels. Le risque de décès maternel sur la durée de vie entière dans le pays à faible revenu est de 1 sur 41 [11]. La région de l’Afrique subsaharienne est celle qui présente la situation la plus préoccupante et cela malgré une couverture élevée en CPN1, de sorte que si des efforts importants ne sont pas entrepris pour respecter les engagements pris au niveau des Nations Unies, il sera difficile d’atteindre la cible au-dessous 70 décès sur 100 000 naissances en 2030 dans le cadre des objectifs du développement durable [3], car les programmes de soins prénatals souffrent d’une mauvaise exécution, du retard de la première CPN et de l’irrégularité des visites effectuées [13]. Par conséquent, les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle n’ont pas diminué, et ont même augmenté dans certains de ce pays [14].

En RDC la proportion des femmes ayant reçu les CPN par un personnel formé est de 88%, alors qu'à Kinshasa, elle est estimée à 96,4%. En outre, on note une disparité entre le milieu rural, où la couverture en soins prénatals est moins importante qu'en milieu urbain (86 % contre 94 %). Malgré ce taux élevé de CPN, il ressort que le ratio est de 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité néonatale de 42 pour 1000 Naissances Vivantes [12]. Ces taux sont très élevés comparativement aux engagements du pays sur les Objectifs du développement durable 3.1 [3].

Devant cette situation, le Ministère de la Santé Publique a organisé en Mars 2012, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé, une analyse de la situation sur les goulots d'étranglements à l'amélioration de la Santé Maternelle et des Nouveau-nés dans le pays afin d'atteindre l'objectif 5 du millénaire pour le développement (OMD) qui consistait à améliorer la santé maternelle. C'est ainsi qu'il a été mis en place le programme national de la santé de la reproduction (PNSR), avec une politique nationale en matière de la santé de la reproduction (SR) [15] ; qui dans ses axes stratégiques, fait de la qualité de la CPN un des axes prioritaires. C'est pour résoudre ce goulot d'étranglement que les normes et les directives en rapport avec la CPN étaient mises en place et sont d'application dans tout le pays [16].

En 2014, le taux de la fréquentation à la CPN en RDC était de 88,4%, mais seulement 17% des femmes ont commencé leur CPN1 à temps [12]. Cette couverture de la RDC est supérieure à la moyenne africaine fixée à 77% [3]. En dépit de cette couverture, la RDC n'est pas arrivée à atteindre son objectif en matière de réduction de la mortalité maternelle en 2015 dont les prévisions fixaient le taux à 322 décès pour 100 000 naissances vivantes [15].

Selon le rapport SNIS 2017 ; la ZS de Binza Météo a enregistré trois décès maternels sur 9046 naissances vivantes, soit un ratio de 33 décès pour 100 000 naissances vivantes malgré la couverture élevée de 96% en CPN1 dans la ZS et 100% à la maternité de Binza [17]. En 2018, cette maternité qui reçoit en moyenne 600 nouveaux cas en CPN1 par mois, a enregistré 4253 naissances vivantes et 2 décès, soit un ratio estimatif de 47 décès maternel sur 100 000 naissances vivantes malgré la couverture estimée à 100% de CPN1 [17]. Le ratio enregistré à la maternité de Binza est très élevé par rapport à l'objectif du développement durable (ODD) de 3.1 [3].

Au vu de cette disparité entre la couverture en CPN1 en RDC (88,4%), précisément à Kinshasa (96,4%), dans la ZS de Binza Météo (96%), et à la maternité de Binza (100%) et, le ratio de mortalité maternelle enregistré dans le pays (846), à Kinshasa (119) dans la ZS de Binza

(33) et estimatif dans la maternité de Binza (47) [17] ; **les questions suivantes** sont posées afin de contribuer dans la mesure du possible à informer le Ministère de la santé en général et le Programme national de la santé de reproduction en particulier sur les faiblesses affectant la qualité de la CPN1.

1. Quelle analyse porter sur la qualité de la CPN1 à la maternité de Binza ?
2. Quels sont les facteurs associés à la qualité de la CPN1 à la maternité de Binza ?

I.2. REVUE DE LA LITTERATURE

I.2.1. Soins prénatals

C'est l'ensemble des soins qu'une femme reçoit au cours de la grossesse, en fonction de sa situation individuelle, en vue d'assurer une issue favorable pour elle-même et son (ses) nouveau-né(s) [16].

La CPN est un pilier important dans la réduction de certains facteurs liés à la mortalité maternelle, surtout dans le pays en voie de développement [18].

C'est un schéma de prévention et de dépistage des complications de la grossesse. Le suivi doit se faire et continuellement de façon évolutive jusqu'à l'accouchement.

La première CPN est déterminante pour le suivi de la grossesse. Elle doit avoir lieu au cours du premier trimestre (16^{ème} semaine y compris) pour permettre les autres visites prénatales [19]. Les principaux objectifs de cette CPN1 sont avant tout de confirmer la grossesse et son bon emplacement, de déterminer l'âge gestationnel, de dépister les facteurs de risque, d'appliquer les mesures prophylactiques, de donner les conseils hygiéno-diététiques et de faire le plan de suivi de la grossesse [19]. Les CPN de suivi ont lieu aux deuxièmes et aux troisièmes mois de la grossesse [20]. Pour bien suivre l'évolution de la grossesse, l'OMS a mis en place le concept de la CPN recentrée. Cette approche actualisée de la consultation prénatale qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatale plutôt que sur le nombre de visites [7]. Dans cette approche, l'OMS recommande que le suivi de la grossesse soit réalisé selon le calendrier suivant : la première consultation prénatale (CPN1) au 1er trimestre : durant les 12 premières semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'au plus tard à la 16^{ème} SA ou dès que la femme pense qu'elle est enceinte ; la CPN 2 : entre la 24^{ème} et la 28^{ème} SA ; la CPN3 : à la 32^{ème} SA ; la CPN4 : à la 36^{ème} SA, soit un total de quatre visites de CPN dont deux au dernier trimestre. Les cas des grossesses à problème peuvent

nécessiter des visites additionnelles. Depuis 2016, elle préconise huit CPN au lieu de quatre, car cette augmentation de la fréquence des consultations prénatales dans le système de santé pour les femmes et les adolescentes est associée à une probabilité plus faible de survenue de mortinances et permet de ramener le taux de mortalité périnatale à 8 pour 1000 naissances. Ces consultations offrent plus d'occasions de détecter et de prendre en charge d'éventuels problèmes. D'après l'OMS, le fait de passer de quatre à huit facilite l'augmentation du nombre d'exams de la mère et du fœtus afin de détecter des problèmes, améliorer la communication entre les prestataires de soins et les femmes enceintes et accroître la probabilité que la grossesse connaisse une issue positive. Il préconise qu'une première consultation ait lieu au cours des 12 premières semaines de grossesse et que les consultations suivantes soient prévues aux 20^{ème}, 26^{ème}, 30^{ème}, 34^{ème}, 36^{ème}, 38^{ème}, et 40^{ème} semaines [7]. Dans cette approche l'accent est mis sur la qualité des prestataires, l'éducation sanitaire, la qualité de l'infrastructure et la qualité des interventions qui sont mises en place, dont en voici le résultat de quelques indicateurs en RDC obtenu dans l'enquête démographique et de santé :

- ✓ Une proportion élevée de femmes (88%) a reçu des soins prénatals dispensés par du personnel formé [12].
- ✓ Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 48 % ont effectué au moins les quatre visites recommandées, mais seulement 17 % ont effectué leur première visite avant le quatrième mois de grossesse [12].
- ✓ Dans l'ensemble, 43 % de femmes ont reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Cependant, du fait des injections antérieures, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal dans 66 % des cas [12].
- ✓ La proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une MIILDA a aussi augmenté de manière importante, passant de 7 % en 2007 à 60 % en 2013 [12].

1.2.2. Facteurs influençant la qualité de CPN1

D'après les articles consultés, les facteurs qui ont une influence sur la qualité de CPN1, sont classés en : facteurs liés au système de santé, facteurs liés à la femme et facteurs liés à l'environnement.

1.2.2.1. Facteurs liés au système de santé

Le système de santé peut influencer à travers les prestataires et la possibilité d'accéder aux soins.

Chez les prestataires la qualité de CPN1 est influencée par le genre, le niveau d'étude, l'accueil réservé aux femmes enceintes, le nombre d'année d'expérience en service, la formation reçue en cours d'emploi, le genre du personnel, la motivation du prestataire et l'environnement de service.

L'accessibilité de soins est une composante très importante pour la qualité de CPN1. Il est composé de facteurs suivants ; le coût de la CPN, la disponibilité des intrants, la disponibilité des matériels.

Une étude menée sur la qualité des services de la première consultation prénatale à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin a révélé que ; le processus d'accueil au cours de la CPN1 a été satisfait pour 73,1 % des femmes. Les nouvelles consultantes bénéficieraient de plus d'attention que les anciennes consultantes. A l'interrogatoire, les antécédents médicaux et les facteurs de risque n'étaient pas recherchés systématiquement. Après l'examen physique, les tâches comme la communication du résultat à la patiente et le calcul de la date présumée de l'accouchement n'étaient pas systématiques. Les tests diagnostiques sur le sang et les urines ont été réalisés dans 65,4 % de cas lors des premières CPN. Vingt-trois pourcents des enquêtées ont admis avoir été conseillé sur la promotion de la santé, notamment la discussion du plan d'accouchement avec le couple, la nutrition, l'hygiène corporelle, le régime de travail et de repos. La conclusion de cette étude a révélé que les femmes étaient satisfaites de services de CPN1 à 69,23% [6].

Pour ce qui concerne le coût, une étude a montré que la suppression de coût à payer à la CPN, rend disponible les soins prénatals et améliore sa qualité [23]. La disponibilité des infrastructures, équipements, médicaments, ainsi que la présence d'un personnel qualifié interviennent dans la qualité des soins reçus par les gestantes.

Une étude menée en Zambie sur la qualité de service offerte dans les établissements a montré que ; la grande majorité des services de soins prénatals assuraient la supplémentation en folate / fer, en vaccin antitétanique et en TPI mais, la détection et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'étaient disponibles que dans les tiers des établissements. Seize pourcents des établissements de soins prénatals ont fourni des tests d'hémoglobine qui sont

pourtant utiles pour diagnostiquer l'anémie, et seulement la moitié ont fourni des tests de dépistage de la syphilis [24].

1.2.2.2. Facteurs liés à la femme :

L'âge des gestantes, le niveau d'instruction, l'histoire d'une dystocie antérieure, la parité, l'autonomie de femme, l'état matrimonial de la femme etc, sont des facteurs qui ont une influence sur la qualité de CPN1.

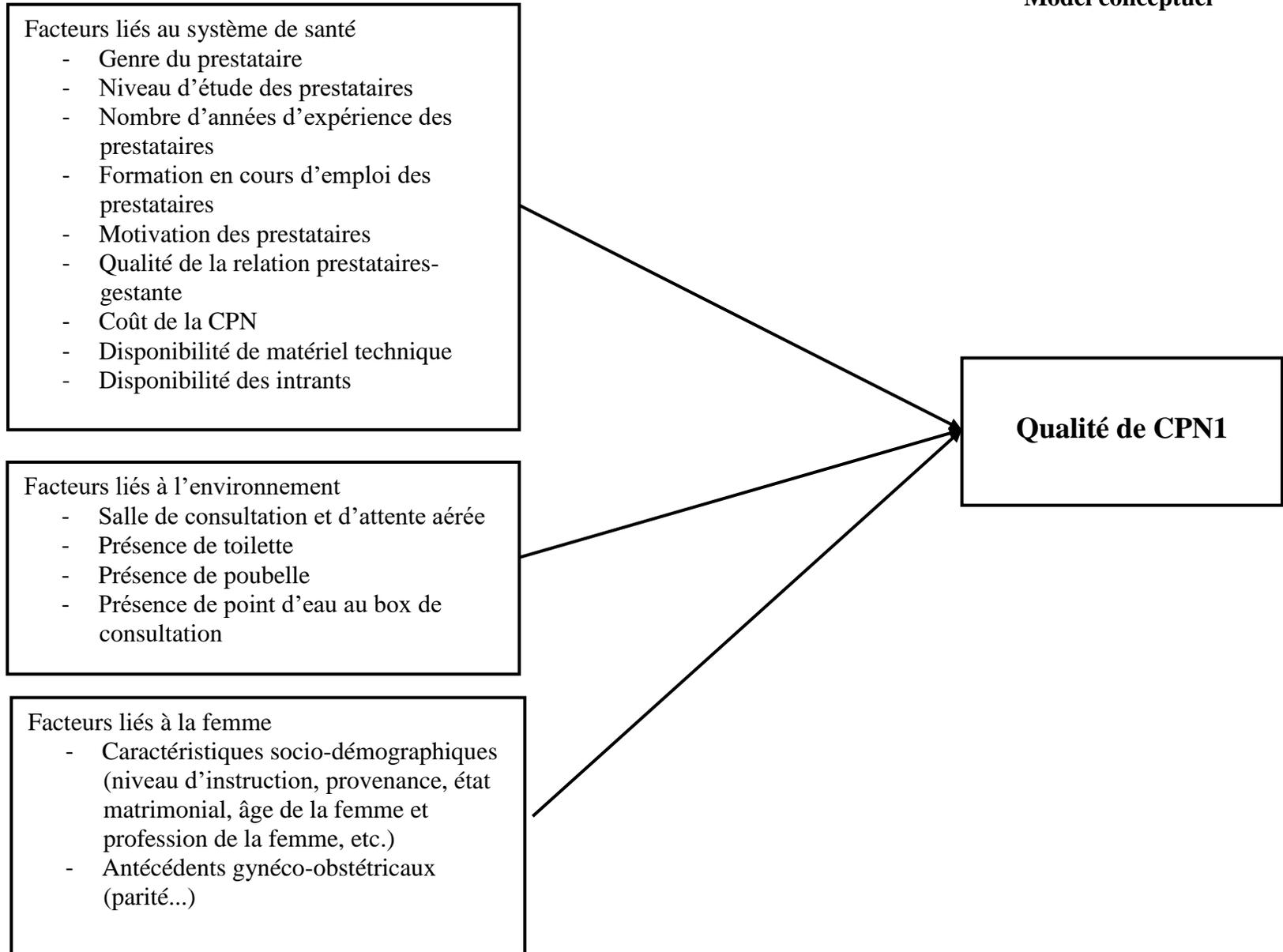
D'après le résultat d'une étude réalisée au Maroc, dans la ville de Marrakech, les multipares, les femmes habitant des zones périurbaines, les femmes les moins instruits et les femmes d'origine rurale étaient les moins suivis en CPN. Leurs indifférences et ignorance des risques constituaient les obstacles à l'utilisation de CPN de qualité [21].

Au Sénégal, Ndiaye P. et son équipe ont montré que le recours tardif à la CPN1 était plus fréquent chez les femmes enceintes avec une grossesse non attendue, une grossesse cachée, une ignorance des risques pendant la grossesse, un refus fait par la consultation des prestataires masculins, les femmes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 34 ans, celles ayant accouché plus de trois fois et ou des femmes illettrées [22].

1.2.2.3. Facteurs liés à l'environnement :

L'environnement de soins constitue l'un des éléments capital pour la qualité de soins prénatals car, il contribue à la protection de la femme contre les infections et l'éclosion de certaines maladies, mais aussi les encourage à fréquenter les structures.

Selon J. Saizonou et al., sur l'évaluation de la qualité des services de la première consultation prénatale à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin ; l'environnement de soins était apprécié seulement dans 25,3 % de cas, car on notait une insuffisance de poubelles, l'espace très peu aéré dans la salle d'attente et de consultation, les bancs en nombre insuffisant, l'absence de rideaux pour assurer le respect de l'intimité des patientes. On relevait également que les toilettes n'étaient pas toutes fonctionnelles et accessibles et la salle de consultation ne disposait pas de point d'eau fonctionnel pour le lavage des mains [6].

Model conceptuel

I.3. BUT ET OBJECTIFS

I.3.1. But

Le but notre étude était de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

I.3.2. Objectif général

L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de la première consultation prénatale à la maternité de Binza dans la zone de santé de Binza Météo.

I.3.3. Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques et économiques des femmes enceintes reçues en CPN1 à la maternité de Binza ;
- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des prestataires des soins prénatals à la maternité de Binza ;
- ✓ Déterminer la qualité de CPN1 selon les composantes intrants, processus, âge gestationnel et satisfaction des gestantes à la maternité de Binza ;
- ✓ Déterminer la proportion des gestantes qui ont bénéficié de la CPN1 de qualité la CPN1 de qualité à la maternité de Binza ;
- ✓ Identifier les facteurs associés à la qualité de la CPN1 à la maternité de Binza ;
- ✓ Formuler les recommandations aux parties prenantes.

I.4. HYPOTHESES

La mauvaise qualité de la CPN1 serait associée :

- ✓ Au système de santé (accueil, niveau d'étude de prestataire, nombre d'année d'expérience, formation en cours d'emploi des prestataires, genre, motivation du prestataire, coût de la CPN, disponibilité de matériel technique, disponibilité des intrants)
- ✓ L'environnement de soins (salle de consultation et d'attente aérée et mur propre, présence des toilettes, présence des poubelles, présence de point d'eau au box de consultation).
- ✓ Aux caractéristiques de la femme enceinte (niveau d'instruction, résidence, état matrimonial, âge, profession, antécédents gynéco-obstétricaux).

II. MATERIEL ET METHODES

II.1 MATERIEL

II.1.1 Site

L'étude s'est déroulée à la maternité de Binza située dans la ZS de Binza. Elle est située sur l'avenue maternité n°02, dans l'AS de Binza Pigeon, avec une population estimée à 42116 en 2018. C'est une structure privée de l'église catholique, sous la direction du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) et dont la gestion est confiée à la congrégation des sœurs adoratrices.

Elle est intégrée à la ZS et rapporte mensuellement les données SNIS. Les activités de la CPN sont appuyées par l'Organisation HAP dans le volet prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) et dépistage de l'hépatite. La vaccination et la distribution de moustiquaire est sous l'appui du bureau central de la ZS de Binza Météo. La consultation prénatale est organisée les mardi et jeudi pour les multipares et le premier lundi et troisième lundi du mois pour les primipares.

II.2 METHODE

II.2.1 Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale analytique avec approche quantitative dont les unités statistiques étaient constituées des femmes enceintes venues en CPN1 et les prestataires des soins prénatals qui assuraient les CPN durant la période de l'étude.

II.2.2. Echantillonnage

II.2.2.1. Population cible

La population cible de notre étude était les femmes enceintes à la première consultation prénatale ainsi que les prestataires des soins répondant aux critères ci-dessous :

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- Toute femme enceinte venue en CPN1 au cours de la période de l'étude et ayant consenti à participer

- Les prestataires affectés au service de la CPN et ayant consenti à participer.

Critères exclusion

Ont été exclu :

- Les femmes qui n'ont pas consenti à participer.
- Les femmes venues pour d'autres CPN que la CPN1 à la maternité de Binza.
- Les prestataires qui n'ont pas consenti à participer
- Les prestataires absents lors CPN1 au moment de l'étude.

II.2.2.2. Taille de l'échantillon

1. Nombre de femmes enceintes

Le nombre requis de femmes était calculé en appliquant la formule d'estimation de la taille de l'échantillon pour une proportion, en prenant en compte les considérations suivantes :

- p = proportion estimée de sujets ayant observé la CPN1 est de 0,48 [25]
- $q = 1-p$, soit 0,52, c'est la proportion estimée des sujets n'ayant pas observé la CPN1
- d = degré de précision absolue est égal à 0,05
- Z_{α} = coefficient de confiance à 95% égal à 1,96
- Une perte de l'échantillon de 10% (due aux non-réponses)
- n ; le nombre de femmes enceintes nécessaire
- $n \geq \frac{z_{\alpha}^2 p \cdot q}{d^2}$

En tenant compte de la formule, nous avons trouvé 384. En ajoutant la proportion de 10% de non réponse, le total s'est élevé à 422 femmes.

2. Nombre de prestataires

L'exhaustivité a été choisie pour l'unité statistique prestataire.

II.2.2.3. Méthode de sondage

1. Femme enceinte

Nous avons utilisé l'échantillonnage probabiliste systématique. La maternité de Binza reçoit en moyenne 600 femmes enceinte en CPN1 par mois. Les 600 femmes étaient considérées comme notre univers statistique. Nous avons ainsi rapporté les 600 à la taille de l'échantillon de

422 pour obtenir un pas de sondage de 1,42. Ensuite nous avons numéroté les femmes enceintes attendues au cours du mois de l'étude de 1 à 600. Ces numéros correspondaient à l'ordre d'arrivée des femmes à la CPN1. Etant donné que notre pas de sondage était de 1,42, nous avons donc inclus la toute première femme (soit femme numéro 1), et avons alors appliqué le pas de sondage jusqu'à inclure les 422 femmes requises pour l'étude.

2. Prestataire des soins prénatals

Tous les prestataires des CPN1 ayant consulté au cours de la période de l'étude ont été inclus.

II.2.3. Définition opérationnelle

1. CPN1 : c'est l'effet de fréquenter une structure de santé pour la première fois lorsque l'on est enceinte pour le suivi de la grossesse.
2. CPN1 de qualité : c'est l'examen de la femme enceinte qui se réalise au plus tard à la 16^{ème} semaines [27] de grossesse par un personnel qualifié (au moins du niveau A2), à un coût abordable et bénéficie de l'anamnèse (parité, gestité, date de dernières règles, notion de faible poids, notion de prématurité, notion d'avortement, notion de diabète, notion d'intervention chirurgicale), de l'examen physique (prise de TA, poids, taille, pulsation, température, calcul de l'IMC, recherche de saignement, examen de l'abdomen), des examens paracliniques (Protéinurie, TDR, Test de VIH, Syphilis, Hémoglobine, Glycémie), et de mesures de prévention (VAT, TPI, MIILDA, Fer/Folate) dans un environnement acceptable [16].
3. Age : nombre d'année révolu de la personne au moment de la collecte des données.
4. Bon accueil : une femme était considérée comme bien accueillie si le prestataire l'a salué, ou lui a souhaité la bienvenue, ou encore lui a offert un siège et l'a invitée à s'asseoir
5. Temps d'attente : c'est le temps qui s'est écoulé entre le moment d'arrivée à la FOSA et celui d'être reçu.
6. Examen physique : nous considérons que la femme a été bien examinée si le prestataire a mesuré de la tension artérielle, la mesure de la taille, la prise du poids, l'examen des conjonctives, des seins, des téguments, l'indice de masse corporelle.

7. Examen paraclinique : nous considérons que la femme a réalisé l'examen paraclinique, si elle a fait le test de syphilis, de VIH, la glycémie, la protéinurie, le dosage d'hémoglobine, le TDR.
8. Disponibilité du matériel technique : c'est la présence matérielle suivant lors de la CPN1 : tensiomètre et stéthoscope médical, stéthoscope obstétrical, mètre ruban, lampe d'éclairage, pèse-personne, toise adulte, gants/doigtiers à usage unique, table d'examen gynécologique, stérilisateur à vapeur, réfrigérateur, calendrier estimateur de la date d'accouchement, ordinogramme, bandelettes réactives pour albumine/sucre, test rapide pour le VIH, test grossesse...
9. Disponibilité des produits : les produits sont disponibles, s'il y a présence de Fer/folate, Sulfadoxine Pyriméthamine (SP), Moustiquaires Imprégnés d'Insecticides à Longue Durée d'action (MIILDA), Vaccins Anti Tétanique (VAT) lors de la CPN1.
10. Coût abordable : coût acceptable et que les utilisatrices peuvent payer.
11. Environnement acceptable : endroit de réception et consultation propre, spacieux avec les chaises ou les bancs en nombre suffisant pour les gestantes.
12. Niveau d'instruction de la femme : le plus haut niveau d'étude atteint par l'enquêtée.
13. Profession de la femme : l'occupation de la personne interviewée au moment de l'enquête.

II.2.4. Technique et collecte de données

Avant le début de collecte des données sur le terrain, nous avons sollicité les autorisations auprès des autorités compétentes (de l'Ecole de Santé Publique, politico-administrative et sanitaire). Au niveau de la ZS, nous avons été autorisés par le MCZ de Binza Météo. La maternité étant une structure du BDOM, nous avons sollicité une autorisation auprès de la direction des œuvres médicales, et enfin au niveau de la maternité, nous avons reçu l'autorisation du Médecin Directeur. Les données étaient collectées par observation, la revue documentaire et l'interview à l'aide d'un questionnaire préétabli qui avait pris en compte les différentes variables à renseigner chez les femmes enceintes et les prestataires.

Les données collectées auprès des prestataires ont porté sur le nombre d'année d'expérience, les formations reçues au cours de deux dernières années, le genre du personnel, la motivation du prestataire, la date du dernier paiement du salaire et ou primes.

Chez la femme enceinte nous avons collecté les informations sur l'âge, l'état matrimonial, la provenance, le niveau d'instruction, la profession, les Antécédents gynéco-obstétricaux (parité,

gestité), la date de dernières règles, les produits reçus à la CPN1 (MILDA, VAT, SP et Fer/folate)

Pour chaque femme incluse, nous avons observé le déroulement de la consultation afin de collecter les informations concernant les gestes posés par le prestataire, les questions posées à la femme, les différents médicaments et tests prescrits et ceux reçus par la femme.

La collecte des données était réalisée du 18 janvier au 18 février 2019 par une équipe de 10 enquêteurs et 2 superviseurs ayant au moins un diplôme dans le secteur médical, maîtrisant le lingala et le français, et ayant une expérience dans la conduite des enquêtes.

II.2.4.1. Le contrôle de qualité

Le contrôle de la qualité des données était réalisé tant par les superviseurs sur terrain que par le coordonnateur de l'étude afin de s'assurer de l'exactitude, la complétude et la cohérence des informations collectées.

II.2.5. Traitement et analyse des données

Les données collectées étaient saisies et codifiées sur ordinateur à l'aide d'un masque de saisie élaboré sur logiciels Epi data 3.1. Les données saisies ont été exportées vers le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 23.0 pour leurs analyses. Certains graphiques ont été réalisés sur Microsoft Excel.

Les variables qualitatives telles que le niveau d'instruction, le niveau socioéconomique étaient résumées sous forme de proportions. Les variables quantitatives telles que l'âge des prestataires et des femmes enquêtées étaient résumées sous forme de moyenne \pm écart-type, ou de médiane et espace interquartile selon que leurs distributions étaient normales ou pas par le test de Kolmogorov-Smirnov. La proportion des femmes qui bénéficient de la CPN1 de qualité a été estimée selon les composantes intrants, processus, âge gestationnel et l'appréciation des enquêtées.

La variable niveau socioéconomique a été créée à l'aide des informations sur la possession de biens de la femme. Nous avons donné la note allant de 1 à 5 pour chacun des biens suivants que possédait la femme (Véhicule, Moto, Télévision, Groupe électrogène, Robinet de REGIDESO, Toilette interne, courant SNEL, Panneau solaire, Pile, Réfrigérateur et Radio) et 0 pour la non possession de biens. Un score total de 31 points a été retrouvé pour l'ensemble de

biens. Ainsi nous avons regroupé les femmes en 3 catégories selon que le score était bas (0 à 10), moyen (11 à 21) et élevé (22 à 31).

La variable âge de la grossesse par trimestre a été créée sur base de la variable âge de grossesse en semaine estimé à partir des dates de dernières règles collectées chez les gestantes. L'âge de la grossesse au premier trimestre a regroupé toutes les gestantes ayant fréquenté la CPN1 avec l'âge de grossesse en semaine allant de la 4^{ème} à la 12^{ème} SA, le deuxième trimestre a regroupé les gestantes ayant fréquentées la CPN1 avec l'âge de grossesse de 13 au 24 SA et le troisième trimestre de la 25^{ème} à la 36^{ème} SA.

Notre variable dépendante qualité de CPN1 a été créée sur base de la cotation des variables constituant les intrants (ressources humaines et matériels, médicaments et environnements de service de CPN1), l'âge gestationnel, le processus (interrogatoire, examen physique, les tests diagnostiques et les soins préventifs) et la satisfaction des enquêtées (accueil, coût, distance, temps d'attente) [6,41]. La cotation prenait en compte l'existence ou non de la caractéristique. La note 1 était attribuée en présence de la caractéristique et la note 0 en son absence. Chacune des composantes (intranant, processus et âge gestationnel, et appréciation des enquêtées) a été jugée bonne si le score calculé a été supérieur à 80%, satisfaisante s'il a été compris entre 60% et 80% et mauvaise ou insatisfaisante s'il a été inférieur à 60% [6].

La variable dichotomique qualité de CPN1 a été jugée oui en présence d'un score calculé de quatre composantes (intranant, processus et âge gestationnel, et appréciation des enquêtées) supérieur ou égal à 80% et non au score calculé inférieur à 80% [6].

Pour identifier les facteurs associés à la qualité de le CPN1, nous avons réalisé une régression logistique bi- puis multivariée. Les variables indépendantes étaient : l'âge, le niveau d'instruction, profession, état matrimonial, religion et le niveau socioéconomique. Toutes les variables ayant une p-valeur inférieure à 0,05 en bivarié étaient incluses dans le modèle multivarié. Les résultats sont présentés sous forme de Odds ratio bruts (OR) et ajusté (Adj OR), avec leurs intervalles de confiance.

Le seuil de significativité de 5% a été choisi pour nos décisions statistiques, et l'intervalle de confiance à 95%.

II.2.6. Considérations éthiques

Le consentement éclairé par écrit a été lu par l'enquêteur et une signature a été obtenue auprès de femme sélectionnée avant l'administration du questionnaire.

Les données ont été collectées de manière anonyme pour assurer la confidentialité. La participation à l'étude était volontaire.

Le principe de la bienfaisance a été respecté par le fait de maximiser les bénéfices de recherche et de minimiser les risques encourus, par la protection du bien-être physique, mental et social des femmes enquêtées.

Le principe de la justice a été celui de distribuer et d'assumer équitablement les bénéfices de recherche, car le résultat de cette étude sera partagé avec les prestataires de la maternité de Binza pour améliorer la qualité de la CPN1.

II.2.7. Pré-test

En vue d'identifier et corriger les éventuels problèmes pouvant surgir lors de la réalisation de notre étude sur terrain, le questionnaire a été pré-testé auprès des femmes venues en CPN1 dans le Centre de Santé Makombo dans la ZS de Kalamu I. Cet exercice nous a permis d'estimer le temps nécessaire pour une femme enquêtée, de corriger certains aspects et méthodologie de collecte afin de réajuster l'outil pour éviter les incohérences et ainsi élaborer le format final.

III. RESULTATS

SECTION I : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENQUÊTÉES ET DE PRESTATAIRES AFFECTÉS À LA CPN

III.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et économique des femmes enquêtées :

Tableau I: Répartition des enquêtées selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques.

Variables	Effectif (n=422)	%	Moyenne± DS
Age (ans)			28,5±6,6
Age			
16-25	162	38,4	
26-48	260	61,6	
Niveau Instruction			
Primaire achevé/non achevé	11	2,6	
Secondaire non achevé	68	16,1	
Secondaire achevé	197	46,7	
Supérieur non achevé	54	12,8	
Supérieur achevé	92	21,8	
Profession			
Ménagère	231	54,7	
Commerçante	107	25,4	
Fonctionnaire	51	12,1	
Elève/Étudiante	17	4,0	
Autres	16	3,8	
Etat matrimonial			
Célibataire	42	10,0	
Mariée	341	80,8	
Union de fait	39	9,2	
Religion			
Catholique	71	16,8	
Protestante	66	15,6	
Musulmane/Kimbanguiste	29	6,9	
Eglise de Réveil	173	41	
Autres	83	19,7	

Provenance des enquêtées		
Ngaliema	322	76,3
Autres Communes	100	23,7
Niveau socioéconomique		
Bas	39	9,2
Moyen	352	83,4
Elevé	31	7,3

Ce tableau renseigne que l'âge moyen des enquêtées était de 28,5. Plus de 1/3 avaient un âge compris entre 16 et 25 ans. Il est à signaler que 4 gestantes étaient adolescentes, dont deux âgées de 16 ans et deux autres 17 ans. La majorité étaient des ménagères, avec près de la moitié du niveau secondaire achevé. En ce qui concerne leur provenance, $\frac{3}{4}$ d'entre elles résidaient dans la commune de Ngaliema. La majorité d'entre elles étaient des primipares et plus de $\frac{3}{4}$ étaient mariées, dont la plupart fréquentaient les églises de réveil et avaient un niveau socioéconomique moyen.

III.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des prestataires

Tableau II : Répartition des prestataires selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif	%	Moyenne \pm DS)
Age (ans)	14		37,2 \pm 10,0
Année d'expérience (ans)	14		15,0 \pm 7,0
Sexe			
Masculin	1	7,1	
Féminin	13	92,8	
Niveau d'étude			
Breveté (A3)	3	21,4	
Diplômé (A2)	6	42,8	
Gradué (A1)	5	35,7	

Ce tableau renseigne que moins de la moitié des prestataires avaient un niveau d'étude de diplômé (A2) et moins $\frac{1}{4}$ étaient des brevetées (A3).

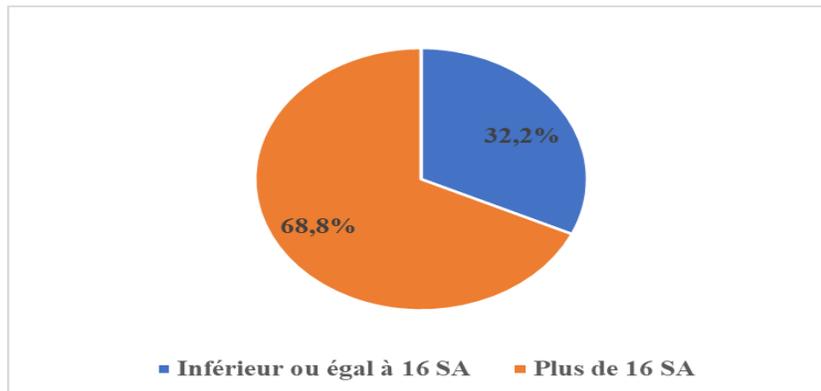
En ce qui concerne les formations en cours d'emploi, dix prestataires sont formés en prise en charge intégré de la grossesse et accouchement (PCIGA) et en prévention de la transmission

du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et huit en soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU) au cours de deux dernières années.

SECTION II : EVALUATION DE LA QUALITE CPN1 SELON LES COMPOSANTES AGE GESTATIONNEL A LA PREMIERE CONSULTATION, INTRANTS, PROCESSUS ET APPRECIATION DES ENQUETEES

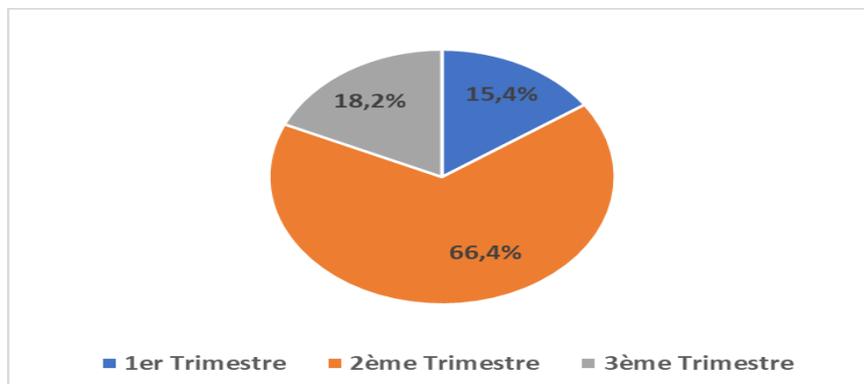
III.2.1. Appréciation de la CPN1 selon l'âge gestationnel

Figure I : Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel à la CPN1



Cette figure relève que près de 1/3 des gestantes ont été consultées à l'âge gestationnel inférieur ou égal à 16 SA.

Figure II : Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel par trimestre



Cette figure renseigne que la majorité des enquêtées ont réalisé la CPN1 au deuxième trimestre. Il faut noter cependant que 32,2 % ont consulté à un âge gestationnel inférieur ou égale à 16 semaines d'aménorrhée.

III.2.2. Evaluation de la composante intrants de la CPN1

Tableau III : Evaluation des ressources matérielles et techniques

Variables	Oui ou Non	Notes
Equipement		
Table Gynécologique	Oui	1
Source de lumière	Oui	1
Table de bureau	Oui	1
Au moins trois chaises	Oui	1
Bancs (nombre suffisant)	Oui	1
Armoire	Oui	1
Echéancier	Oui	1
Réfrigérateur	Non	0
Compteur CD4	Oui	1
Echographe	Oui	1
Score (%)		90
Matériels		
Stéthoscope	Oui	1
Tensiomètre	Oui	1
Fœtoscope	Oui	1
Mettre ruban	Oui	1
Estimateur	Non	0
Balance et toise	Oui	1
Thermomètre	Oui	1
Speculum	Oui	1
Poubelle	Oui	1
Gobelet	Oui	1
Paravent	Oui	1
Sceau	Oui	1
Hemoglobinomètre	Non	0
Score (%)		85

Outils		
Carte CPN	Oui	1
Carte de rendez-vous	Oui	1
Registre CPN	Oui	1
Bon de référence	Oui	1
Registre de référence/contre-référence	Oui	1
Carnet de vaccination, Fiche de stock	Oui	1
Registre des prélèvements RPR/VIH/CD4	Oui	1
Fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats	Oui	1
Registre de résultats	Oui	1
Registre de laboratoire	Oui	1
Registre de suivi des femmes VIH+	Oui	1
Score (%)		100

Le tableau ci-haut renseigne que les matériels tels que l'estimateur de calendrier d'accouchement, l'hémoglobinomètre et le réfrigérateur n'existent pas à la maternité de Binza.

Tableau III : Appréciation de la disponibilité des produits

Produits	Oui/Non	Notes
Fer/folate	Oui	1
SP	Oui	1
MIILDA	Oui	1
VAT	Oui	1
Score (%)		100

Ce tableau renseigne que tous les produits pour la réalisation de CPN1 qualité sont disponibles.

Tableau IV : Evaluation de l'environnement physique

Variabes	Oui ou Non	Notes
Salle d'attente	Oui	1
Espace aéré CPN1	Oui	1
Salle de causerie	Oui	1
Local de prélèvement	Oui	1
Salle de counseling	Oui	1
Point d'eau fonctionnel	Oui	1
Salle de soins	Oui	1
Local d'examen physique	Oui	1
Salle de consultation (mur propre)	Oui	1
Score total (%)		100

Ce tableau renseigne que l'environnement physique de la maternité de Binza a un score de 100%, car tous les éléments les constituants sont présent.

III.2.3.a. Evaluation de la composante processus de CPN1

Tableau V : Appréciation de l'interrogatoire

Variables		Effectifs (n=422)	%
Identification	Oui	422	100
	Non	0	0
ATCD Chirurgicaux	Oui	420	99,5
	Non	2	0,5
HTA	Oui	421	99,8
	Non	1	0,2
Anémie	Oui	421	99,8
	Non	1	2
Diabète	Oui	422	100
	Non	0	0
ATCD Avortement	Oui	421	99,8
	Non	1	0,2
Faible poids	Oui	416	98,6
	Non	8	1,4
Prématurité	Oui	397	94,1
	Non	25	5,9
Parité	Oui	421	99,8
	Non	1	0,2
Gestité	Oui	420	99,5
	Non	2	0,5
Date de dernières règles	Oui	419	99,3
	Non	3	0,7

Ce tableau renseigne que les éléments de l'interrogatoire ci-haut ont été recherché chez plus de $\frac{3}{4}$ des enquêtées.

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon la réalisation de l'examen physique

Variables		Effectif(n=422)	%
Poids	Oui	422	100
	Non	0	0
Température	Oui	401	95
	Non	21	5
Taille	Oui	422	100
	Non	0	0
Pulsation	Oui	420	99,5
	Non	2	0,5
TA	Oui	421	99,8
	Non	1	0,2
Calcul de l'IMC	Oui	0	0
	Non	422	100
Examen de l'abdomen	Oui	421	99,8
	Non	1	0,2
Recherche de saignement	Oui	421	99,8
	Non	1	0,2

Ce tableau révèle que, les éléments de l'examen physique ci-haut ont été réalisés ou recherchés chez plus de $\frac{3}{4}$ des enquêtées lors de la CPN1.

III.2.3.b. : Appréciation de la composante du processus de CPN1

Tableau VIII : Appréciation des tests diagnostiques

Test	Oui/Non	Notes
TDR	Non	0
RPR	Non	0
Test rapide VIH	Oui	1
Hémoglobine	Non	0
Protéinurie	Non	0
Glycémie	Non	0
Score (%)		17

Le tableau ci-haut révèle que seul le test de dépistage rapide de VIH est disponible. Le TDR pour le diagnostic rapide du paludisme et le RPR pour le diagnostic de la syphilis ne sont pas réalisés. La recherche de protéinurie et du sucre ne sont pas effectués, de même le dosage d'hémoglobine.

Tableau IVII : Répartition des enquêtées selon les produits reçus en CPN1

Variables		Effectif (n=422)	%
Soins préventif			
	VAT		
	Oui	415	98,3
	Non	7	1,7
	MILDA		
	Oui	419	99,3
	Non	3	0,7
	TPI(n=302)		
	Oui	294	97,3
	Non	8	2,7
	Fer/Folate		
	Oui	419	99,3
	Non	3	0,7

Ce tableau ci-haut renseigne que les produits de soins préventifs ont été utilisé chez près de 100% des femmes enquêtées.

Tableau VIII : Répartition des enquêtées selon leur appréciation de la CPN1

Variables		Effectifs (n=422)	(%)
Temps d'attente	Longue	337	79,8
	Normal	85	20,2
Appréciation Coût	Abordable	199	47,3
	Elevé	223	52,7
Appréciation distance	Normale	226	54,8
	Longue	195	46,2
Appréciation accueil	Satisfaisant	421	99,8
	Pas satisfaisant	1	0,2

Le tableau ci-haut renseigne que la majorité des enquêtées a apprécié le temps d'attente longue et le coût élevé, alors que l'accueil a été apprécié satisfaisant par presque toutes les enquêtées. La distance entre le domicile de l'enquêtée et la structure de santé a été appréciée normal par la majorité.

Tableau IX : Qualité CPN1 selon la composante intrants

Paramètres	Présence	Score (%)
Disponibilité de ressources humaines	3/4	75
Disponibilité des matériels techniques	31/34	91,1
Disponibilité des médicaments et MIILDA	4/4	100
Environnement physique	9/9	100
Ensemble	47/51	92,1

Le tableau ci-haut relève que la qualité de CPN1 sur la disponibilité et conformité des intrants est bonne, car ayant recueilli un score d'ensemble à 92,1%. Le paramètre ressources humaine a réalisé un score satisfaisant, car sur le plan de la qualification de ressources humaines, moins d'un quart seulement ne sont pas qualifiés (21,4%). Néanmoins, hormis le réfrigérateur, l'hémoglobinomètre et l'estimateur de calendrier d'accouchement, les autres matériels sont disponibles.

Tableau X : La qualité de CPN1 selon les composantes processus et âge gestationnel

Paramètres	Présence	Score (%)
Interrogatoire	418/422	99,1
Examen physique	366/422	86,7
Tests diagnostiques	1/6	16,7
Age gestationnel (≤ 16 SA)	136/422	32,2
Ensemble	921/1272	72,4

Ce tableau renseigne que la qualité de CPN1 avait une cote satisfaisante, car ayant recueilli un score de 72,4% dans l'ensemble. Le paramètre tests diagnostiques n'étaient réalisés que pour le test rapide du VIH, les autres tests n'étaient pas réalisés. En ce qui concerne le paramètre examen physique, le calcul de l'IMC n'était pas réalisé, ce qui a conféré un score mauvais, les autres examens physiques avaient été réalisés chez la majorité des enquêtées. En ce qui concerne l'âge gestationnel, seulement 1/3 des enquêtées avait réalisé leur CPN1 dans les 16 SA.

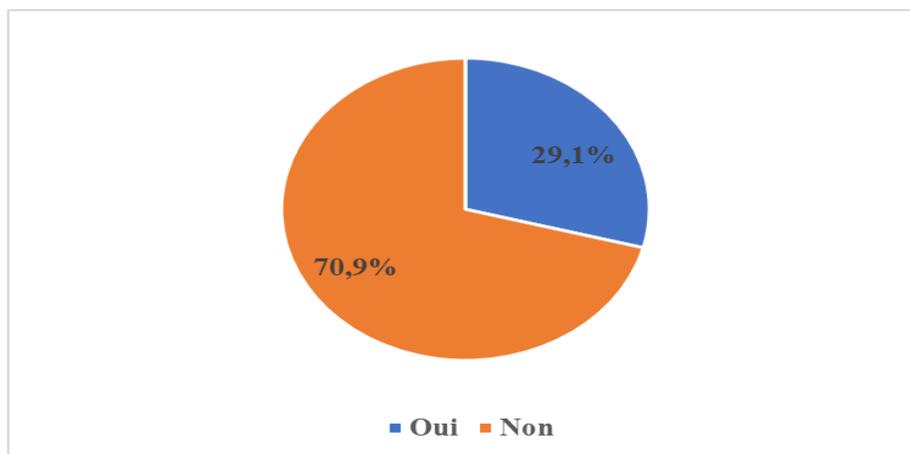
Tableau XIII : Qualité CPN1 selon la satisfaction des enquêtées

Paramètres	Fréquence (n=422)	Score (%)
Accueil	421/422	99,8
Coût	199/422	47,3
Distance	226/422	54,8
Temps d'attente	85/422	20,2
Ensemble	233/422	55,1

Le tableau ci-haut renseigne que l'appréciation de la CPN1 selon la satisfaction des enquêtées est mauvaise, car ayant le score de 55,1%. Le coût et le temps d'attente ont été les critères qui répondaient le moins à leur satisfaction. La majorité des enquêtées ont jugé que le coût était élevé et le temps d'attente long.

SECTION III : PROPORTION DES FEMMES QUI ONT REALISE LA CPN1 DE QUALITE

Figure III : CPN1 de qualité selon les 4 composantes ci-haut citées mises ensemble



La figure ci-haut renseigne que la majorité des enquêtées n'ont pas réalisé la CPN1 de qualité à la maternité de Binza.

SECTION IV : ASSOCIATION DE LA QUALITE DE LA CPN1 A LA MATERNITE DE BINZA AVEC CERTAINES VARIABLES

Tableau XII : Association de la qualité de CPN1 avec certaines variables

Analyse bivariée			
Variables	% CPN Qualité	OR Brut (IC95%)	P
Niveau instruction			0,010
Instruites	67,3	1,8(1,01 à 3,11)	
Non Instruites	47,8	1	
Age			<0,001
16-25	7,4	9,7(5,1 à 18,4)	
26-48	43,8	1	
Niveau socioéconomique			0,33
Moyen/élevé	30,5	0,68(0,31 à 1,48)	
Bas	23,1	1	
Religion			0,72
Non chrétienne	28,6	1,39(0,57 à 1,48)	
Chrétienne	30,3	1	
Profession			0,45
Sans Occupation	28,1	1,19(0,78 à 1,82)	
Avec occupation	31,9	1	
Etat matrimonial			0,001
Marié/Union de fait	32,4	6,2(1,8 à 20,5)	
Célibataire	7,1		

Ce tableau relève que la qualité de CPN1 est associée au Niveau d'instruction ($p=0,01$), l'âge ($p<0,001$) et état matrimonial ($p=0,001$).

- La cote de CPN1 de qualité est 1,8 fois chez les instruites que chez les non instruits.
- La cote de CPN1 de qualité est 9,7 fois chez les adolescents et jeune adulte que chez les adultes.
- La cote de CPN1 de qualité est 6,2 fois chez les marié/union de fait que chez les célibataires.

Tableau XIII : Analyse multivariée

Variabiles	OR ajusté (IC95%)	P
Age		<0,001
16-25	10,1 (5,2 à 19,5)	
26-48		
Etat matrimonial		0,030
Marié/Union de fait	4,0 (1,1 à 14,1)	
Célibataire		
Niveau instruction		0,002
Instruites	3,2 (2,1 à 7,1)	
Non Instruites		

Ce tableau renseigne que les variables l'âge ($p < 0,001$), l'état matrimonial ($p = 0,03$) et le niveau d'instruction ($p = 0,002$) sont significatives dans le modèle final.

- Le fait d'avoir l'âge compris entre 16 et 25 ans multiplie de 10,1 fois la chance de réaliser une CPN1 de qualité.
- Le fait d'être marié ou en union de fait multiplie de 4 fois la chance de réaliser une CPN1 de qualité.
- Le fait d'être instruit, multiplie de 3,2 fois la chance de réaliser une CPN1 de qualité

IV. DISCUSSION

La présente étude a été initiée pour évaluer la qualité de la première consultation prénatale à la maternité de Binza. Celle-ci s'était basée sur la vérification des procédures, la revue documentaire, l'interview et l'observation directe des actes, gestes techniques des personnels de santé, matériels et équipements.

Par rapport aux caractéristiques sociodémographiques et économiques, les principaux résultats ont montré que l'âge moyen des femmes enquêtées était de 29,5 ans \pm 6,6 ans, parmi lesquelles les adolescents et jeunes adultes (16-25 ans) représentaient 38,4% et les adultes (26-48 ans) 61,6%. Ce résultat est comparable à celui trouvé (27ans) par Maria Khan et al à Kinshasa [13], celui de Nelly A. Gbessemehlan à Bamako au Mali qui avait trouvé une moyenne de 26,5 ans [26] et celui de P. Ndiaye et al [22] au Sénégal qui ont trouvé que l'âge des femmes variait entre 15 et 40 ans avec une moyenne de 26 ans et celui de Mafuta EM [27]. La plupart de femmes était mariée ou en union libre (90%) et 81,3% avaient un niveau d'instruction de secondaire achevé/supérieur non achevé ou supérieur achevé. Ce résultat est légèrement inférieur (85%) à celui trouvé par Biakabuswa A. [28]. Nous pensons que cette situation est favorable à une éducation à la santé en rapport avec l'importance de la CPN précoce dans la maternité de Binza, car le plus souvent, les femmes au foyer (90% dans notre étude) suivent la radio et la télévision. Au regard à leur niveau d'instruction, nous estimons qu'elles sont bien favorables à écouter et à intérioriser les messages véhiculés par ces 2 canaux en vue de prendre en main leur santé, car selon les études, Maria Khan et al [13], 77% de femmes à Kinshasa seraient influencées par les messages de la radio et de la télévision les informant sur les pratiques des soins prénatals. KidistBirmeta et al [29] ont aussi trouvé dans leur étude en Ethiopie que les femmes enceintes qui étaient exposées au média (radio ou TV) étaient quatre fois plus nombreuses aux CPN que les autres. A ce qui concerne la parité, 51% femmes enquêtées ont été des primipares. Ce résultat ne corrobore pas avec celui de Wilunda C et all, qui ont trouvé une proportion plus élevée chez multipares. Ces dernières et les femmes les moins instruites et les femmes d'origine rurale étaient les moins suivies en CPN. Leurs indifférences et ignorance des risques constituaient les obstacles à l'utilisation de CPN de qualité [21].

Pour les caractéristiques sociodémographiques de prestataire, l'âge moyen de prestataire était estimé à 37,3 \pm 10,1. 78,6% des femmes enquêtées ont été consultées par un personnel qualifié. Ce résultat est légèrement inférieur à celui trouvé par l'EDS II qui était de 88%.

L'effectif et la qualification professionnelle jouent un rôle prépondérant dans la production de soins de qualité [35]. Or concernant notre étude, 21,4% des enquêtées ont été consulté par un personnel non qualifié (niveau A3), ce qui contribuerait au ratio élevé du décès maternel (47) au niveau de cette maternité.

Pour ce qui est de l'évaluation de la qualité de CPN1 selon l'âge gestationnel, intrants, processus et appréciation des enquêtées, nos résultats ont montré que 32,2% des femmes enquêtées ont consulté à l'âge gestationnel inférieur ou égal à 16 SA. Ce résultat est inférieur avec celui trouvé par Mafuta EM et al, où la fréquentation était tardive pour 59,8% des grossesses. Ce retard était motivé en majorité par les contraintes financières et l'ignorance [27]. Cette justification est similaire à celui trouvé par Mushagalusa dans son étude sur les déterminants de l'utilisation des services des santés dans la ZS de Kadutu, où 78,8% des enquêtés ont affirmé que le problème d'argent et le coût excessif (11,2%) constitue à 90% le motif de renoncement aux soins de santé [37]. Dans notre étude, 52,7% des enquêtées ont déclaré que le coût était élevé. Ce résultat pourrait expliquer les 67,8% des femmes enquêtées qui ont consulté après 16 SA.

La vaccination antitétanique (VAT) pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles recommandées par le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et celui de la Vaccination afin d'améliorer les chances de survie des femmes et des nouveau-nés [31]. Dans notre étude, 98,3% de femmes avaient reçu le vaccin antitétanique. Ce résultat est supérieur à celui trouvé par l'EDS 2013-2014 de la RDC [12] qui était de 44,9%. Cette performance s'explique du fait que la structure n'a pas connu de rupture durant tout le temps de notre étude. La distribution de MIILDA a été réalisée à 99,3% des femmes enquêtées. Ce résultat est supérieur (38%) à celui trouvés par l'EDS 2013-2014 [12]. Cette différence peut s'expliquer du fait que, notre étude a été réalisée dans une structure et l'EDS a couvert tout le pays. Mais aussi par le fait que la maternité de Binza est appuyée en MIILDA par le PNLP à travers le BCZS, qui recommande l'application de la directive de l'OMS selon laquelle toute femme enceinte devait avoir une prophylaxie contre le paludisme (97,3% dans notre étude) et devait recevoir et utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action. C'est dans cette optique que la fièvre étant un signe de danger chez la femme enceinte, elle a été recherchée chez 95% de femmes enquêtées, résultat légèrement supérieur à celui de Tall-Dia et al. qui avaient trouvé dans leur étude à Mékhé, 85 % des femmes interrogées avaient cité la piqûre de

moustique comme mode de transmission et la fièvre comme principal signe clinique du paludisme simple [30].

Le VIH est l'une des causes indirectes de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne [32]. En RDC, la prévalence du VIH est nettement plus élevée chez la femme (1,6%) que chez l'homme (0,6%) [33]. D'où la recommandation du programme national de la santé de la reproduction de l'application de directive de l'OMS selon laquelle toute femme enceinte devrait connaître son statut sérologique avant l'accouchement et que toute femme dépistée positive soit mise sous ARV [34]. Dans notre étude, 99,5% de femmes enceintes ont été dépistées au VIH. Ce résultat est supérieur à celui trouvé lors de l'EDS 2013-2014 de la RDC [12] où il était trouvé que 54,9% de femmes enceintes à Kinshasa connaissaient leurs statuts. Cette performance s'expliquerait par l'appui de la structure par l'organisation HAP sur le volet PTME lors de la CPN1. Par conséquent, elle disponibilise les intrants pour le dépistage de toutes les femmes enceinte venues à la CPN.

Pour ce qui est de matériel et l'équipement requis pour la CPN, le résultat de notre étude montre qu'il existe un minimum de matériel et équipement permettant de faire la consultation, excepté le manque de l'estimateur de calendrier d'accouchement, réfrigérateur et hemoglobinomètre. Du fait leur importance, nous pensons que ces matériels sont indispensables, car la qualité des vaccins et d'autres tests utilisés dépend de la chaîne de froid. L'estimateur de calendrier d'accouchement sert pour calcul les semaines d'aménorrhée et l'hémoglobinomètre sert à doser le taux d'hémoglobine, très essentiel pour le dépistage de l'anémie.

Concernant les médicaments, les tests et les consommables, nous avons constaté que l'essentiel était disponible pour le premier pendant la période de notre étude. Mais pour ce qui est de test diagnostiques, seul le test du VIH est disponible. Conséquence le dépistage de plusieurs pathologie (diabète, prééclampsie, syphilis...) ne sont pas réalisées. Ce résultat est inférieur à celui trouvé par Olufemi et al (76,1%) au Nigéria [38] et (16%) de Nicholas JK et all en Zambie [24].

La qualité de CPN1 est bonne pour les intrants et le processus. Ce résultat est supérieur à une étude réalisée en Tanzanie, où de façon globale, le résultat des intrants était satisfaisant [36].

Pour ceux qui est de la proportion des femmes qui ont bénéficié de CPN1 de qualité ; 29,9% ont bénéficié la CPN1 de qualité, et celle-ci a été associé au niveau d'instruction, l'état

matrimonial et l'âge. Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par Doumbouya M.L en Guinée, où les usagers ont reconnu à 50% la qualité des prestations dans les hôpitaux et centres de santé [39], et celui de Kourouma D.M. (87,6%) sur la contribution à l'amélioration de la qualité de consultation prénatale [40].

En ce qui concerne l'association de la qualité de CPN1 avec l'âge de gestante, il ressort qu'à l'âge de plus de 34 ans, les gestantes ont tendance à consulter tardivement, car étant souvent multipares. Cette situation ne contribue pas à une cote positive pour réaliser une CPN1 de qualité, alors que chez les gestantes plus jeunes (moins 19 ans) le retard est souvent dû au caractère indésirable de la grossesse, parfois obtenue clandestinement et exposant la victime au rejet de la famille ; d'où le repli sur soi de la gestante, dans l'espoir d'une éventuelle évacuation de la grossesse. L'impact positif du niveau d'étude sur le délai de la CPN1 observé, pourrait s'expliquer par la relation niveau d'instruction, qui conditionne la connaissance, et peut-être aussi les attitudes et les pratiques face aux phénomènes de la santé [22,27].

LIMITES DE L'ETUDE

L'étude étant transversale, la relation de cause à effet entre la qualité de CPN1 et les facteurs associés n'est pas à établir formellement.

Néanmoins les résultats fournis par l'étude peuvent être pris en compte pour améliorer la santé du couple mère-enfant à la maternité de Binza.

CONCLUSION

La présente étude a porté sur la qualité de la CPN1 à la maternité de Binza.

Il ressort que la composante intrant a été jugée bonne, alors que le processus et l'âge gestationnel ont été jugés satisfaisants et l'appréciation des enquêtées a été jugée mauvaise ou insatisfaisante.

Vingt-neuf pourcent des enquêtées ont réalisé une CPN1 de qualité.

En ce concerne les déterminants de la qualité de CPN1 à la maternité de Binza, la présente étude a montré que l'état matrimonial, l'âge des gestantes et le niveau d'instruction étaient significativement associés à la qualité de CPN1.

RECOMMANDATIONS

A l'équipe cadre de la ZS de Binza Météo

- D'organiser les séances de recyclage sur le protocole de norme du programme national de la santé de la reproduction.

Au Responsable du BDOM

- De revoir le prix de la CPN à la baisse ;
- Remplacer les prestataires A3 par le personnel qualifié dans l'unité de CPN.

Aux prestataires de la maternité de Binza

- De faire une large sensibilisation sur l'importance du début de la CPN1 dans le délai ;
- De respecter les normes du PNSR sur la CPN ;
- De faire le dépistage de pathologie lié à la grossesse.

Aux futurs chercheurs

- D'élargir l'étude dans plusieurs structures ;
- D'intégrer l'aspect qualitatif avec le focus group.

REFERENCES

1. Papiernik E., Cabrol D., Pons J. C. : Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Pour un programme d'action. Obstétrique- Paris ; Flammarion médecine sciences, 1995.1584 P. Pages 7535-7537. N° 618.2.
2. De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. « La Maternité sans Risque » dans les pays en développement : les leçons de l'histoire. Studies in Health Services organisation & policy, 6, Antwerp, ITGpress. 1997
3. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : Le programme de développement durable à l'horizon 2030. Sommet des nations unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015, Assemblée Générale des Nations Unies, New-York, Septembre 2015.
4. Haute autorité de santé (HAS), comment mieux informé les femmes enceintes ? Recommandation pour les professionnels de santé, Avril 2015
5. Prual A, Touré A and all, The quality of risk factor screening during antenatal consultations in Niger. Health policy plan 2000, (consultée 14-10-2018)
6. Jacques Saizonou and all, Evaluation de la qualité des services prénatals recentrée à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin, 2014, Revue Santé Publique.
7. Organisation mondiale de santé 2016 (consulté le 15 Octobre 2018), communiqué de presse du 07 Novembre 2016 ; les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment.
8. République Démocratique du Congo (Consulté le 02/12/2018). Normes de la zone de sante relatives aux interventions intégrées de sante de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en République démocratique du Congo, [en ligne] sur www.mediacongo.net/docs/jobaoof/2014/oms_20181202_SMNE.pdf
9. Daniel L. Rolnik, M.D et al., Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia, The new england journal of medicine, August 17, 2017 vol. 377 no. 7
10. Eugène BAKOUAN, Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo, Ecole nationale de santé publique (Burkina Faso) - Attaché de santé en épidémiologie, Août 2011

11. Organisation mondiale de la santé.(page consulté le 06/09/2018) Tendence de la mortalité maternelle :1990 – 2015 Estimations de l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA, le Groupe de la banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies,[enligne]http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204113/1/WHO_RHR_15.23_fre.pdf
12. République Démocratique du Congo (Consulté le 17/10/2018). Enquête démographique et de santé EDS–RDC II 2013-2014, [en ligne] <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>
13. Khan M et al. Soins prénatals à Kinshasa : croyance, connaissance et obstacle à la programmation appropriée. Cahiers Santé. av-m-juin 2005; 15:2
14. Nanfosso, R.T., Kasiwa, J.M., 2013, ‘Les déterminants de la demande de soins prénatals en République démocratique du Congo : Approche par données de comptage’, *African Evaluation Journal* 1.
15. République Démocratique du Congo. (Page consulté le 13/12/2018). Rapport national OMD : évaluation des progrès accomplis par la RDC dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement en 2012, [en ligne]. http://www.cd.undp.org/content/dam/dem_rep_congo/docs/MDG/UNDP-CD-OMD-rapport-national.pdf
16. République Démocratique du Congo (Consulté le 02/12/2018). Normes de la zone de sante relatives aux interventions intégrées de sante de la mère, du nouveau-né et de l’enfant en République démocratique du Congo, [en ligne] sur www.mediacongo.net/docs/jobao/2014/oms_20181202_SMNE.pdf
17. République Démocratique du Congo, www.snisdrcongo.com, (consulté le 02/12/2018)
18. Ijadunda KT, Ijadunda MY, Esimai OA et Abiona, New paradigm old thinking: the care for emergency obstetric care in the prevention of mortality in Nigeria. BMC women health 2010 Feb 2017; 10:6 doi:10.1186/1472-6878-10-6 (Consulté le 14/10/2018)
19. Fikre AA, Demissie M. Prevalence of institutional delivery and associated factors in Dodota woreda (district) Oroma regional state, Ethiopia. Reprod Health 2012 Dec 15; 9:33 doi: 10.1186/1742-4755-9-33.
20. Hagos S, Shaweno D, Assegid M et al. utilization of institutional delivery service at Wukro and Butajeradistricts in Northern and South-Central Ethiopia. BMC pregnancy

- childbirth. 2014 May 28; 178, doi: 10.1186/1472-6874-10-6 (Pub Med), consulté le 14/10/2018
21. Wilunda C, Oyerinde K, Putoto G et al. Availability utilization and quality of maternal and neonatal health care services in Karamoja
 22. Ndiaye P et al. Déterminants socioculturels du retard de la 1^{re} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé Publique* 2005 ; 4(17) : 531-538.
 23. Ministère de la Santé Publique, Stratégie de Renforcement du Système de Santé, 2^{ème} éd. Kinshasa RDC, Mars 2010
 24. Nicholas JK, Amelia BV, Megan SC et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014 sept 13;384(9947):980-1004.
 25. Mary Amoakoh-Coleman et al, Disponibilité des ressources des établissements de santé publics et adhésion des prestataires aux premières directives prénatales dans un environnement où les ressources sont faibles à Accra, au Ghana ; 2016, <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1747-1>
 26. Gbessemehla AN. Evaluation des connaissances et attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans la commune II du district de Bamako : cas du quartier Médina-coura. [Thèse de doctorat en médecine] Université de Bamako Faculté de médecine, pharmacie et d'onto-stomatologie ; 2011
 27. Mafuta EM, Kayembe PK. Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Equateur et du Katanga en République Démocratique du Congo. *Ann. Afr. Med.* 2011 Sept ; 4 (4)
 28. BIAKABUSWA Adolphe ; Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa, 2016).
 29. Birmeta K, Dibaba Y, Woldeyohannes D. Determinants of maternal health care utilization in Holeta town, central Ethiopia. *BMC Health Services Research* 2013 jul ; 13 : 256)
 30. Tall-Dia A, Fall IS, Camara B, Wone I, Ndiaye P, Mbaye, Diouf FN. Obstacle dans la prise en charge du paludisme de l'enfant dans la ville de Mékhé (Sénégal). *Dakar Med* 2002 ; 47 : 159-63.
 31. République démocratique du Congo (page consultée le 10/03/2019). Ministère de la santé publique. Programme national des comptes de la santé : comptes de la santé RDC 2013. [En ligne] disponible sur <http://www.minisanterdc.cd/new/images/Documents/CompteN/CNS RD Congo>.

32. Say L, Chou D, Gem mill A et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014 Jun ;2(6): e323-33.
33. USAID Congressional Budget Justification FY2002: program, performance and prospects – the global health pillar”. United States Agency for International Development. Washington DC. 2001.
34. OMS : Interventions recommandées par l’OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né
35. USAID. Évaluation du système de santé du Bénin. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc. 2012. 159 p.
36. Boller C, Wyss K, Mtasiwa D, Tanner M. Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World HealthOrganization*. 2003 ; 81 : 116-22.
37. Pacifique MS. Mémoire Online-Etude de déterminants de l’utilisation de services de santé par les ménages de la ZS de Kadutu/Province du Sud Kivu 2007 ; 1-48.
38. Olufemi T, Oladapo L, Christianah A, Iyani W, Adewale OS. Quality of Antenatal Services at the Primary Care. *Afr J ReprodHealth*. 2008 ; 12 : 71-92.
39. Doumbouya M. L. Accessibilité des services de santé en Afrique de l’Ouest : le cas de la Guinée, Workingpaper. 2008 ;20
40. Kourouma D.M. Contribution à l’amélioration de la qualité de consultation prénatale : le cas d’un centre de santé rural, Thiadiaye, département de M. Bour région de Thiès, (Sénégal) 2010.
41. Donabedian A. The seven pillars of quality? *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990;121:1115-8

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE SUR LA QUALITE DE LA PREMIERE CONSULTATION PRENATALE

Q00	N° Fiche :	
Q01	Nom de l'enquêteur/enquêtrice	
Q02	Nom de la ZS	
Q03	Nom de l'AS	
Q04	Date (Jour/Mois/Année)	
Contrôler par le superviseur : Nom signature date		
<p>Déclaration de consentement : Bonjour, mon nom est....., je participe comme enquêteur (trice) de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, pour collecter les données chez les femmes enceintes sur la qualité de la première consultation prénatale qui vise à confirmer la grossesse, dépister les maladies et prévenir les complications de la grossesse et de l'accouchement. J'aimerais vous poser quelques questions. Votre participation est volontaire. Vos réponses seront tenues strictement confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire et aucun lien ne pourra être fait entre ce que vous me dites et votre nom, que je ne note pas du reste. Je vous prie de répondre honnêtement aux questions afin de mieux nous aider. J'apprécie beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude. Cet entretien durera à peu près 30 minutes. Acceptez-vous de participer à cette étude ?</p> <p>1. OUI 2. NON</p> <p>Je certifie que l'enquêtée a été informée de la nature, du but de l'étude et elle a donné un consentement verbal pour participer dans cette étude.</p> <p style="text-align: center;">Signature de l'enquêteur Date</p>		
Section 1. Information sur la femme		
Numéro de la femme		
Q05	Dans quelle commune habitez-vous ?	
Q06	Quel est votre âge ? (En années) :	
Q07	Date de naissance	
Q08	Quelle est votre état matrimonial ?	1. Célibataire 2. Mariée/ monogamie 3. Mariée/ polygamie 4. Union de fait 5. Veuve 6. Divorcée
Q09	Quelle relation vous lie au chef de ménage ?	1. Je suis moi-même chef de ménage 2. Je suis l'épouse du chef de ménage 3. Je suis la sœur/cousine du chef de ménage 4. Je suis la belle-sœur du chef de ménage 5. Je suis la fille du chef de ménage 6. Autre (à préciser)
Q10	Combien de personnes vivent dans ce ménage ?	/____/
Q11	Parmi ces personnes, combien sont sous votre	/____/

	charge ?	
Q12	Avez –vous été à l'école ? <i>Si non passer à Q14</i>	1. Oui 2. Non
Q13	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ?	0. Aucun 1. Primaire non achevé 2. Primaire achevé 3. Secondaire/Professionnel non achevé 4. Secondaire/Professionnel achevé 5. Supérieur/universitaire non achevé 6. Supérieur/universitaire achevé
Q14	Quelle est votre principale occupation ?	0. Femme au foyer/ménagère 1. Salariée du secteur public 2. Salariée du secteur privé 3. travailleur informel 4. Agriculteur 5. Militaire/policière 6. Commerçante 7. Elève/Etudiante 8. Petits métiers (couturière, coiffeuse...) 9. Autres (à préciser)
Q15	Avez-vous déjà accouché ? <i>Si non ne pas répondre à la Q17</i>	1. Oui 2. Non
Q16	Combien d'enfant avez-vous ?	
Q17	Combien de grossesse avez-vous déjà eu ?	
Q18	Dans votre ménage, possédez-vous les biens suivant ? <i>Plusieurs réponses possible</i>	1. Radio 2. Télévision 3. Réfrigérateur 4. Véhicule
Q19	D'où vient l'eau que vous utilisez ? <i>Plusieurs réponses possible</i>	1. Puits aménagés 2. Puits non aménagés 3. Robinet 4. Rivière 5. Ruisseau 6. Source améliorée 7. Source non améliorée 8. Bornes fontaine du quartier 9. Eau en bouteille 10. Autres à préciser
Q20	Quel type de toilette les membres de votre ménage utilisent-ils ? <i>Plusieurs réponses possible</i>	1. Toilette interne 2. Toilette externe 3. Toilette commune 4. Autre à préciser / _____ /
Q21	Quelle est votre source d'énergie ? <i>Plusieurs réponses possible</i>	1. Electricité de SNEL 2. Groupe électrogène 3. Panneau solaire

		4. Autre à préciser / _____ /
Q22	Quelle est votre religion ?	0. Catholique 1. Protestante 2. Musulmane 3. Kimbanguiste 4. Eglise de réveil 5. Branhamisme 6. Armée du Salut 7. Témoins de Jéhovah 8. Bundu dia Kongo 9. Animisme 10. autres à préciser
Q23	Votre partenaire a-t-il été à l'école ? <i>Si Non, Passer à Q25</i>	1. Oui 2. Non
Q24	Quelle est le niveau d'instruction de votre partenaire ?	0. Aucun 1. Primaire non achevé 2. Primaire achevé 3. Secondaire/Professionnel non achevé 4. Secondaire/Professionnel achevé 5. Supérieur/universitaire non achevé 6. Supérieur/universitaire achevé
Q25	Quelle est la principale occupation de votre partenaire ?	0. Cultivateur 1. Salariée du secteur public 2. Salarié du secteur privé 3. Commerçant 4. Sans occupation 5. travail informel 6. Militaire/policier 7. Elève/Etudiant 8. petit métier (coiffeur, couturier,...) 9. Autres (à préciser)
Q26	Quelle est la Religion de votre partenaire ?	0. Catholique 1. Protestante 2. Musulmane 3. Kimbanguiste 4. Eglise de réveil 5. Branhamisme 6. Armée du Salut 7. Témoins de Jéhovah 8. Bundu dia Kongo 9. Animisme 10. autres à préciser
Q27	Quelle est la date de votre dernière règle ?	
Q28	Estimer l'âge de la grossesse en semaine (A ne pas	

	demander) <i>Si âge de la grossesse moins de 16 semaine, passez au Q30</i>	
Q29	Pourquoi n'avez-vous pas consulté avant 16 SA ?	
Q30	Au cours de cette CPN, avez-vous eu un RDV pour la prochaine visite. <i>Si non passé à Q32</i>	1. Oui 2. Non
Q31	Quelle est la date du prochain RDV ?	
Q32	Comment avez-vous trouvé le temps d'attente lors des consultations prénatales ?	1. Trop long 2. Long 3. Pas long
Q33	A combien estimez-vous les dépenses monétaires (en FC) effectuées pour cette consultation ?	/ _____ /
Q34	Comment jugez-vous ce coût ?	1. Moins élevé 2. Abordable 4. Elevé 3. Plus élevé
Q35	Combien estimez-vous la distance en Km entre votre résidence et la maternité ?	
Q36	Pensez-vous que cette distance est trop courte, courte, normale ou trop longue ?	1. Trop courte 2. Courte 3. Normale 4. Longue 5. Trop longue
Q37	Environ combien de temps faites-vous pour arriver au centre pour la CPN ?	
Q38	Comment avez-vous trouvé l'accueil des agents de santé lors de la CPN1 ?	1. Très satisfaisant 2. Satisfaisant 3. Pas satisfaisant
Fin Interview		

Instruction : encerclé 1 si le prestataire à rechercher l'élément, et 2 s'il n'a pas recherché

Numéro de la femme		
Q39	Le prestataire a -il pesé la femme ?	1. Oui 2. Non
Q40	Le prestataire a-t-il mesuré la taille ?	1. Oui 2. Non
Q41	Le prestataire a-t-il été mesuré Pression Artérielle	1. Oui 2. Non
Q42	Le prestataire a-t-il calculé l'IMC	1. Oui 2. Non
Q43	Les antécédents d'avortements ont-ils été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q44	Le prestataire a-t-il demandé la notion de faible	1. Oui

	poids de naissance ?	2. Non
Q45	Le prestataire a-t-il demandé la notion de la prématurité ?	1. Oui 2. Non
Q46	Notion de Fièvre a été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q47	Les vomissements ont-ils été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q48	La notion de mal au ventre a-t-il été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q49	La notion d'HTA a-t-elle été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q50	La notion de prééclampsie a-t-elle été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q51	La notion diabète a-t-ils été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q52	Au cours de cette CPN, le prestataire a demandé une notion de saignement chez la femme ?	1. Oui 2. Non
Q53	Le prestataire a-t-il regardé les conjonctives de la femme ?	1. Oui 2. Non
Q54	L'examen d'abdomen a-t-il été réalisé ?	1. Oui 2. Non
Q55	La notion de la parité a-t-il été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q56	La notion de la gestité a-t-il été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q57	La notion d'une intervention chirurgicale a-t-elle été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q58	Les conseils sur la planification familiale ont-ils donnés ?	1. Oui 2. Non
Q59	Les conseils sur la nutrition ont été donnés ?	1. Oui 2. Non
Q60	La date de dernière règle a-t-elle été demandé ?	1. Oui 2. Non
Q61	L'âge de la grossesse a-t-il été estimé ?	1. Oui 2. Non
Q62	Au cours de cette CPN la femme a-t-elle reçu Le fer /folate ?	1. Oui 2. Non
Q63	Au cours de cette CPN la femme a-t-elle reçu le MILDA ?	1. Oui 2. Non
Q64	Au cours de cette CPN la femme a-t-elle reçu Le TPI	1. Oui 2. Non
Q65	Au cours de CPN1 la femme a-t-elle reçu le VAT	1. Oui

		2. Non	
SECTION III. FACTEURS LIE AUX PRESTATAIRES			
Q66	Pouvez-vous nous donner votre niveau d'étude		
Q67	Age du prestataire		
Q68	Le prestataire est-il de quel sexe ? (<i>Observation</i>)	1. M 2. F	
Q69	Combien de temps êtes-vous affecté à la CPN ?		
Q70	Est-il formé en :		
	Formation	Modalité	Si oui A quand remonte la dernière formation
	Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA)	1. Oui 2. Non	
	Protection de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME)	1. Oui 2. Non	
	Soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU)	1. Oui 2. Non	
71	Avez-vous été payé les trois derniers mois	1. Oui 2. Non	
72	Etes-vous satisfait de ce salaire	1. Oui 2. Non	
Fin entretien			

Laboratoire
Instruction : encerclé 1 si le prestataire à réaliser l'examen, et 2 s'il n'a pas réaliser

Numéro de femme		
Q73	Au cours de cette CPN, le test de grossesse a-t-il été réalisé ? <i>Si oui passez à la Q75</i>	1. Oui 2. Non
Q74	Pourquoi ?	
Q75	Le TDR a-t-il été réalisé ? <i>Si oui passez à la Q77</i>	1. Oui 2. Non
Q76	Pourquoi ?	
Q77	L'examen d'Hémoglobine a-t-il été réalisé ? <i>Si oui passez à la Q79</i>	1. Oui 2. Non
Q78	Pourquoi ?	
Q79	Le dépistage de la syphilis a-t-il été réalisé ? <i>Si oui passez à la Q81</i>	1. Oui 2. Non
Q80	Pourquoi ?	
Q81	Le dépistage au VIH a-t-il été réalisé ? <i>Si oui passez à la Q83</i>	1. Oui 2. Non

Q82	Pourquoi ?	
Q83	Le dépistage à la protéinurie a-t-il été réalisé ? <i>Si oui passez à la Q85</i>	1. Oui 2. Non
Q84	Pourquoi ?	
Q85	La glycémie a-t-il été réalisé ?	1. Oui 2. Non
Q86	Pourquoi	

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX RESPONSABLES DE L'UNITE DE LA CPN			
SECTION II. ACCESSIBILITE AU SOINS (Disponibilité de matériel)			
Q01	L'équipement ci-après est – il disponible pour la réalisation de la CPN :	Stéthoscope	1. Oui 2. Non
		Tensiomètre à Mercure,	1. Oui 2. Non
		Balance Pèse-Personne Avec Toise	1. Oui 2. Non
		Thermomètre	1. Oui 2. Non
		Speculums Vaginaux	1. Oui 2. Non
		Bassin Réningforme,	1. Oui 2. Non
		Marmite à Pression,	1. Oui 2. Non
		Gobelet	1. Oui 2. Non
		Paravent	1. Oui 2. Non
		Seau	1. Oui 2. Non
		Source de lumière	1. Oui 2. Non
		Table de bureau	1. Oui 2. Non
		Au moins trois chaises de bureau	1. Oui 2. Non
		Bancs en nombre suffisant	1. Oui 2. Non
		Armoire	1. Oui 2. Non
Echéancier	1. Oui 2. Non		

	Réfrigérateur	1. Oui 2. Non
	Compteur CD4	1. Oui 2. Non
	Un échographe	1. Oui 2. Non
SECTION III. FACTEURS LIE AUX PRESTATAIRES		
Q02	Combien d'infirmiers (es) (sages-femmes) sont affectées à la CPN ?	
Q03	Pouvez-vous nous donner leur nombre par niveau d'étude	1. A1 = 2. A2 = 3. A0 = 4. Autres =
Q04	Y a-t-il Combien de sexe féminin	1. A1 = 2. A2 = 3. A0 = 4. Autres à préciser
Q05	Y a-t-il Combien de sexe masculin	1. A1 = 2. A2 = 3. A0 = 4. Autres à préciser
Q06	Combien sont-ils formés en : <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA) • Protection de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME) • Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) 	1.A1.....2. A2.....3. A0 4. Autres à préciser 1.A1.....2. A2.....3. A0 4. Autres..... 1.A1.....2. A2.....3. A0 4. Autres.....
Q07	Y a-t-il un médecin généraliste qui travaille dans la structure auprès de qui on peut transférer les cas à problème ? <i>Si non passez à la Q11</i>	1. Oui 2. Non
Q08	De quel sexe est-il ?	1. Féminin 2. Masculin
Q09	Combien de temps est-il passé à la maternité	

Q10	Si oui, est –il formé en : • PCIGA • PTME • SONU	1. Oui 2. Non 1. Oui 2. Non 1. Oui 2. Non
Q11	Y a-t-il un gynécologue qui travaille dans la structure ? <i>Si non passez à la Q15</i>	1. Oui 2. Non
Q12	De quel sexe est-il ?	1. Féminin 2. Masculin
Q13	Combien de temps est-il passé à la maternité	
Q14	Est –il formé en ; • PCIGA • PTME • SONU	1. Oui 2. Non 2. Oui 2. Non 1. Oui 2. Non
Q15	Avez-vous les outils de collecte des données suivants ? <i>Plusieurs réponses possible</i>	1. Carte CPN 2. Carte de rendez-vous 3. Registre CPN 4. Bon de référence 5. Registre de référence/contre-référence 6. Carnet de vaccination, fiche de stock 7. Registre des prélèvements RPR/VIH/CD4 8. Fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats 9. Registre de résultats 10. Registre de laboratoire 11. Registre de suivi des femmes VIH+,
SECTION IV. Facteurs liés à l'environnement		
Q16	Pour la réalisation de la CPN, les espaces ci-après sont-ils disponibles au niveau de la structure ? <i>Plusieurs réponses possible</i>	1. Salle d'attente 2. Salle de réception 3. Salle de réalisation de la causerie éducative 4. Un local d'examen physique 5. Une salle de prélèvement 6. Une salle de counseling VIH 7. Une salle pour la planification familiale (PF) dans le respect de l'intimité et de la confidentialité

		8. Une salle des soins 9. Un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main) 10. Poubelle avec couvercle
Q17	Les protocoles suivants sont-ils affichés <i>Plusieurs réponses possible</i>	1. PTME 2. Prééclampsie 3. Les signes de danger de la grossesse
Fin de l'entretien		