



**Facteurs associés au début tardif de la consultation prénatale dans la Zone de Santé de Drodro, Province de l'Ituri, République Démocratique du Congo**

***Factors associated with late onset of antenatal care in the Drodro Health Zone, Ituri Province, Democratic Republic of the Congo***

Jean-Paul Nube Dz'Bo<sup>1</sup>, Anicet Dhembu Mugisa<sup>1</sup>, Pélagie Diambalula Babakazo<sup>2</sup>

**Auteur correspondant**

Pélagie Diambalula Babakazo, MD, PhD

Courriel: [pelagie.babakazo@unikin.ac.cd](mailto:pelagie.babakazo@unikin.ac.cd) ou [pbabakazo@gmail.com](mailto:pbabakazo@gmail.com)

Téléphone : +243 999 992 286

Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

**Summary**

*Context and objective.* Antenatal care (ANC) is essential for reducing maternal and infant mortality. However, in the majority of low-income countries, ANC begins late. This study aimed at identifying the factors associated with late onset of ANC. *Methods.* An analytic cross-sectional study was conducted from October 1 to December 31, 2024, involving pregnant women selected using probability sampling. Sociodemographic and gynecological data were collected by interview. Binary logistic regression was performed to determine factors associated with late onset of ANC, in the Drodro health zone, Ituri province, in the Democratic Republic of Congo (DRC). *Results.* A total of 288 women participated in the study. More than seven out of ten started ANC late (77.4%, 95% CI = 72.2-82.1). Factors associated with this delay were inadequate knowledge of the age of onset of ANC (adjusted OR = 3.66; 95% CI: 1.74-7.69), low spousal involvement in ANC (OR = 2.79; 95% CI: 1.38-5.63), and opposition to early pregnancy disclosure (OR = 2.74; 95% CI: 1.42-5.30). *Conclusion.* Delayed onset of ANC is common, particularly among women who do not know the age at which ANC should begin, those whose partners are not involved in ANC, and those who are opposed to early disclosure of their pregnancy status. Thus, interventions aimed at improving women's knowledge of ANC and involving male partners in ANC activities can help to address this issue.

**Keywords:** Late onset of antenatal care, associated factors, Drodro health zone, Ituri, Democratic Republic of Congo

Received October 14, 2025

Accepted 25 mars, 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.5>

1. Hôpital Général de Référence de Drodro, DPS-Ituri, République Démocratique du Congo.
2. École de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

**Résumé**

*Contexte et objectif.* La consultation prénatale (CPN) est essentielle pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Cependant, elle commence tardivement dans la majorité des pays à ressources limitées. Cette étude visait à identifier les facteurs associés au début tardif de la CPN. *Méthodes.* Une étude transversale analytique a été menée du 1er octobre au 31 décembre 2024, auprès des femmes enceintes sélectionnées aléatoirement, dans la zone de santé de Drodro, province de l'Ituri, en RD Congo. Les données sociodémographiques et gynécologiques ont été recueillies par interview. La régression logistique binaire a été réalisée pour déterminer les facteurs associés au début tardif de la CPN. *Résultats.* Au total 288 femmes ont participé à l'étude. Plus de sept sur dix ont débuté tardivement la CPN (77,4 %, IC 95% = 72,2-82,1). Les facteurs associés à ce retard étaient la connaissance inadéquate de l'âge du début de la CPN (OR ajusté = 3,66 ; IC 95% : 1,74-7,69), la faible implication du conjoint dans la CPN (OR = 2,79 ; IC 95% : 1,38-5,63), et l'opposition à la divulgation précoce de l'état de grossesse (OR = 2,74 ; IC 95% : 1,42-5,30). *Conclusion.* Le retard dans le début de la CPN est très fréquent, en particulier chez les femmes ne connaissant pas l'âge de début de la CPN, celles dont les conjoint ne s'impliquent pas dans la CPN et celles qui s'opposent à la divulgation précoce du statut de grossesse. Ainsi, les interventions visant l'amélioration du niveau de connaissances des femmes sur la CPN et l'implication des partenaires masculins aux activités de la CPN sont à envisager.

**Mots-clés :** Début tardif de consultation prénatale, facteurs associés, ZS de Drodro, Ituri, RD Congo

Reçu le 14 octobre 2025

Accepté le 25 mars 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.5>



## **Introduction**

Aucune femme ne devrait mourir en donnant la vie. Cependant, environ 800 femmes meurent par jour dans le monde à cause des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement (1). En 2020, environ 287 000 femmes sont décédées pendant ou après une grossesse ou un accouchement (1). La plupart de ces décès maternels, soit 70 % sont survenus en Afrique subsaharienne, ASS (2). Dans cette région du monde, le risque de décès d'une femme de suite des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 16, alors qu'il est de 1 sur 2.400 dans les pays industrialisés (3). L'une des cibles de l'objectif 3 de développement durable (ODD) est de réduire, d'ici 2030, le taux mondial de mortalité maternelle en-dessous de 70 pour 100.000 naissances vivantes (4). En effet, la plupart de décès maternels pouvaient être évités, si les femmes avaient accès aux soins de qualité pendant la grossesse et l'accouchement (5). Pour réduire ces décès au niveau mondial, plusieurs stratégies ont été mises en place, entre autres la consultation prénatale (CPN) (2). Depuis 2016, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a publié de nouvelles recommandations ramenant le nombre de CPN de quatre à huit ; elle préconise que la première CPN ait lieu au cours des 12 premières semaines de grossesse et que les consultations suivantes soient réalisées aux 20<sup>e</sup>, 26<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup>, 34<sup>e</sup>, 36<sup>e</sup>, 38<sup>e</sup>, et 40<sup>e</sup> semaines (5). En recommandant l'augmentation du nombre de visites de CPN, l'OMS cherche à améliorer la qualité des soins prénatals et à faire baisser la mortalité maternelle et périnatale (4). Cependant, en 2019 dans le monde, seules environ six sur dix gestantes avaient consulté le service prénatal au premier trimestre de la grossesse tel que recommandé (6). Dans la plupart des pays à ressources limitées, la majorité de femmes enceintes consultent les services prénatals après le troisième mois de grossesse (2). En ASS, plus de la moitié de femmes enceintes ont commencé tardivement la CPN entre 2018 et 2022 (7). La République démocratique du Congo (RDC) fait face à des défis importants en matière de santé maternelle et néonatale. Environ trois femmes y meurent toutes les heures des causes liées à la grossesse ou des complications lors de l'accouchement (8). Selon le rapport Enquête démographique

et sanitaire (EDS)-RDC 2023-2024, pour la période des 7 années ayant précédé l'enquête (2017–2023), le taux de décès maternel a été estimé à 746 décès pour 100 000 naissances vivantes (9). D'après ce même rapport, parmi les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête, seules 21% ont réalisé la première CPN au cours du premier trimestre (9). Cependant, des disparités ont été notées quant à cet indicateur au niveau provincial. La province de l'Ituri, avec une prévalence de réalisation de la première CPN au cours du premier trimestre de 13%, figure parmi les provinces pour lesquelles cet indicateur était en dessous de la moyenne nationale (9). La zone de santé de DRODRO, localisée au sein de cette province de l'Ituri est également confrontée à ce problème, avec une ampleur plus importante en considérant les données du District Health Information Software, version 2 (DHIS2). En effet, en 2022 selon les données de cette plateforme, la proportion de réalisation de CPN1 au cours du premier trimestre était de 34% au niveau provincial alors qu'elle était de 27% dans la zone de santé de Drodoro. L'identification des facteurs associés à la réalisation tardive de la première CPN constitue la première étape pour la planification et la mise en œuvre des interventions efficaces pour lutter contre ce problème. Les CPN tardives résultent de l'interaction de divers facteurs sociodémographiques, obstétricaux, culturels et organisationnels. Les études menées en ASS ont rapporté que l'âge maternel jeune ou avancé, le faible niveau d'instruction, le fait de ne pas vivre en union ainsi que le faible niveau de revenu et la taille élevée du ménage sont associés à un retard de début des CPN (7,10-13). S'agissant des facteurs obstétricaux, il a été trouvé que la multiparité, la grossesse non planifiée et les expériences vécues lors des grossesses précédentes sont associés au début tardif de la CPN (7,11-16). En outre, ce problème s'explique également par des facteurs liés à l'offre de service notamment l'éloignement par rapport à l'établissement des soins de santé, le mauvais accueil lors des précédentes CPN et le coût élevé des soins (15,13). Enfin, les autres facteurs associés au début tardifs des CPN sont la peur de révéler sa grossesse (12) et le faible niveau de connaissances sur la CPN (15). Peu d'études



ont été menées sur les facteurs associés au début tardif de la CPN en RDC. Nsibu, *et al.* dans les provinces du Kasai Occidental et du Bas-Congo ont trouvé que la réalisation de première CPN au cours du premier trimestre était positivement influencée par le niveau d'instruction élevé, la proximité d'un centre de santé et le statut marital marié ou en union (17). Par ailleurs, une analyse secondaire des données des EDS des pays de l'Afrique de l'Est a rapporté qu'en RDC, sur base des EDS-RDC 2007 et 2013-2014, l'initiation tardive de la CPN était associée à la multiparité, au faible niveau d'instruction de la mère et au faible revenu du ménage (11). A notre connaissance, aucune étude n'a été menée pour cette fin dans la province de l'Ituri et en particulier dans la zone de santé de Drodoro. Etant donné la différence des contextes socioculturels, les facteurs identifiés ailleurs peuvent être ou ne pas être les mêmes à Drodoro. Ainsi, la présente étude a été menée pour déterminer les facteurs associés au début tardif de la CPN dans la zone de santé de Drodoro, province de l'Ituri, en RDC.

### **Méthodes**

#### *Cadre et type d'étude*

Une étude transversale à visée analytique a été menée dans la Zone de Santé de Drodoro, province de l'Ituri, en RDC au cours de la

période allant du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2024. La Zone de Santé de Drodoro compte 19 aires de santé (AS) et chaque aire de santé est dotée d'un centre de santé (CS).

#### *Echantillonnage*

La population d'étude était constituée des gestantes de la Zone de Santé de DRODRO. Pour être éligible à l'étude, la gestante devait être âgée d'au moins 18 ans, avoir fréquenté le service de CPN au sein des établissements des soins de santé sélectionnés durant la période d'étude et avoir accepté de participer à l'étude. La taille de l'échantillon a été calculée par la formule de Schwartz. Pour ce calcul, les données de la ZS de Drodoro concernant la proportion de réalisation de la première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse pour la période allant de 2019 à 2023 ont été prises en considération, cette proportion était en moyenne de 0,21(18). En acceptant une erreur de type I de 5%, une puissance de 80% et un degré de précision de 0,05, le nombre minimal de sujets à inclure dans cette étude était de 255. Cette taille a été majorée de 10%, soit 281 gestantes, pour prendre en compte des éventuelles non-réponses.

Les gestantes incluses dans l'étude ont été sélectionnées par une technique d'échantillonnage probabiliste à trois degrés (Figure 1).

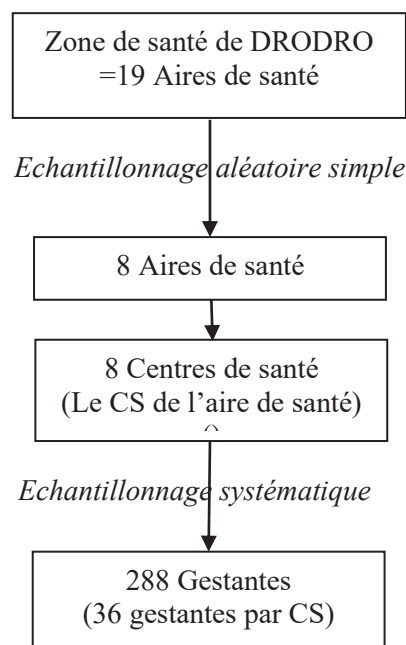


Figure 1. Processus d'échantillonnage des gestantes



Sur base de la liste de 19 AS de la zone de santé de Drodro, huit ont été sélectionnées par échantillonnage aléatoire simple. Dans chaque AS sélectionnée, le CS de l'AS a été retenu pour le recrutement des gestantes. Dans chaque CS sélectionné, la liste des gestantes ayant fréquenté le service de CPN au cours du dernier mois précédent l'enquête a été obtenue. De cette liste, 36 gestantes étaient sélectionnées pour l'étude. Enfin nous avons pris leurs adresses pour aller les interviewer à domicile.

#### *Variables d'intérêt*

La variable dépendante était l'âge de la grossesse au début de la CPN. Le début était tardif si la CPN a été commencée après le premier trimestre de la grossesse, soit après la 12<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée. Les variables indépendantes ont porté sur les caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales de la gestante, ses connaissances sur la CPN, l'implication du conjoint dans le suivi de la CPN, la perception de la gestante sur la qualité de l'offre de services de CPN ainsi que sa perception sur la divulgation précoce de l'état de grossesse.

Les caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales comprenaient l'âge, le statut marital, le niveau d'instruction, le niveau socio-économique et la parité. L'âge a été mesuré en années révolues et groupé en trois catégories suivantes en se référant à une étude antérieure (19): moins de 20 ans, 20 à 35 ans et supérieur à 35 ans. Quant au niveau socioéconomique, il a été mesuré en considérant la dépense du ménage allouée à l'alimentation par jour et par personne. Le ménage était considéré comme étant de bas niveau socio-économique si cette dépense était < 1,25 \$ et de niveau élevé si elle était  $\geq$  1,25 \$ (20).

S'agissant des connaissances de la gestante sur la CPN, les aspects suivants y relatif ont été évalués en s'inspirant d'autres auteurs (21,22) : l'âge du début de la CPN, le nombre requis de CPN et l'importance de la CPN. La connaissance sur l'âge du début de la CPN était jugée adéquate si l'enquêtée avait répondu que c'est au cours du premier trimestre de la grossesse qu'une gestante devait commencer les CPN ; dans le cas contraire elle était inadéquate. Pour ce qui est de la connaissance sur le nombre requis de CPN pendant la

grossesse, elle était considérée adéquate lorsque l'enquêtée avait répondu que c'est au moins quatre CPN ; dans le cas contraire elle était inadéquate. Quant à la connaissance sur l'importance de la CPN, elle était considérée bonne lorsque l'enquêtée avait répondu que la CPN était utile pour la surveillance aussi bien de la gestante que du fœtus, cette connaissance était jugée faible quand elle avait répondu qu'elle était utile pour surveiller uniquement la gestante ou le fœtus, enfin elle était mauvaise si l'enquêtée ne pouvait mentionner aucune importance de la CPN.

Pour ce qui est de l'implication du conjoint dans le suivi de la CPN, elle a été évaluée en considérant les trois aspects suivants de cette implication, tel que recommandé par le programme national de santé de la reproduction : participer à la prise de décision pour le début de la CPN, contribuer financièrement en vue de la réalisation des CPN et accompagner sa partenaire au moins une fois à la CPN. Ainsi, le niveau d'implication globale du conjoint a par la suite été catégorisé en faible, moyen et élevé selon qu'il a réalisé respectivement un seul, deux et tous les trois aspects susmentionnés.

Cette étude s'est également intéressée à la perception de la gestante face à la divulgation précoce de l'état de grossesse. Il s'agissait de sa perception sur le fait de parler à une tierce personne de sa grossesse avant qu'elle ne soit visible au public. Cette perception a été mesurée sur une échelle de Likert à cinq points : totalement d'accord, d'accord, neutre, pas d'accord et totalement pas d'accord. Par la suite elle a été groupée en deux catégories : d'accord (incluant les assertions totalement d'accord, d'accord et neutre) et pas d'accord (incluant les assertions pas d'accord et totalement pas d'accord).

Enfin, la perception de la gestante sur la qualité de l'offre des services de CPN a consisté en son niveau de satisfaction sur le temps d'attente et sur l'attitude du personnel aux cours des CPN. Ce niveau de satisfaction a également été mesuré sur une échelle de Likert à cinq points incluant les cinq modalités suivantes : totalement satisfait, satisfait, neutre, non satisfait et totalement non satisfait.

#### *Collecte des données*

La collecte des données s'est effectuée par interview des gestantes à leurs domiciles, à



l'aide d'un questionnaire posté sur Kobo Collecte. Elle a été réalisée par quatre équipes composées chacune de deux enquêteurs et un superviseur. Les équipes s'annonçaient au préalable auprès des chefs des villages dès leur arrivée, décrivaient l'étude et ses objectifs, et expliquaient comment les gestantes étaient sélectionnées pour l'étude. Les données ont été collectées auprès des femmes enceintes dans les 8 aires de santé d'étude, pendant 10 jours, soit du 03 au 13 janvier 2025.

*Traitement et analyse des données*

Les données collectées à l'aide du logiciel Kobo Collecte ont été extraites sur Excel puis transférées sur SPSS version 25 pour analyse. Les variables catégorielles ont été résumées par des proportions et présentées sous forme de tableau de fréquences. La moyenne et écart-type ont été calculés pour l'âge des gestantes et l'âge gestationnel au début de la CPN étant donné que ces deux variables étaient normalement distribuées.

Le test khi carré de Pearson a été utilisé pour identifier les associations entre les différents facteurs et le début tardif de la CPN. Les variables avec association statistique en analyse bivariée ont été incluses dans un modèle de régression logistique binaire pour identifier les facteurs associés au début tardif de la CPN et mesurer la force d'association de chaque facteur (OR ajusté). Toutes ces

analyses ont été réalisées au seuil de signification de 0,05.

*Considérations éthiques*

Cette étude avait reçu l'approbation du comité d'éthique de l'école de santé publique de l'Université de Kinshasa (N° d'approbation : ESP/CE/69/2024). La participation à l'étude était libre et volontaire, un formulaire de consentement éclairé était signé par chaque enquêtée avant son recrutement pour l'étude. En vue du respect de la confidentialité des informations collectées, les données collectées étaient anonymes et stockées dans une base de données accessible uniquement à l'équipe de recherche. L'étude ne comportait pas de risque majeur et n'offrait aucun bénéfice direct aux participants.

**Résultats**

*Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des enquêtées*

Au total, 288 gestantes ont été interviewées. Leur âge moyen était de  $27 \pm 7$  ans. La majorité de gestantes (environ sept sur dix) étaient âgées de 20 à 35 ans (68%), mariées (67%) et de bas niveau socioéconomique (74%). Elles étaient en majorité (77%) de bas niveau d'instruction, n'ayant pas atteint le niveau secondaire. En ce qui concerne la parité, environ la moitié des gestantes (49%) avaient déjà eu au moins quatre accouchements (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques socio démographiques et obstétricales des gestantes

<b>Variabiles</b>	<b>N (%)</b>
<b>Age (ans)</b>	
< 20	56 (19,4)
20 à 35	195 (67,7)
> 35	37 (12,8)
<b>Statut marital</b>	
Mariée	193 (67,0)
Célibataire	42 (14,6)
Union libre	38 (13,2)
Veuve	13 (4,5)
Divorcée	2 (0,7)
<b>Niveau d'instruction</b>	
Aucun	85 (29,5)
Primaire	137 (47,6)
Secondaire	66 (22,9)
Supérieur	0
<b>Niveau socio-économique</b>	
Bas	212 (73,6)
Elevé	76 (26,4)
<b>Parité</b>	
Primipare (1)	104 (35,8)
Paucipare (2-3)	41 (15,3)
Multipare ( $\geq 4$ )	143 (49,0)



S'agissant de l'âge gestationnel au début de la CPN, il était en moyenne de 17,6 semaines (ET  $\pm$  5,9). Parmi les gestantes incluses dans l'étude, près de huit sur dix ont débuté la CPN tardivement (% ; IC 95%=77,4 ;72,2-82,1).

*Connaissances des gestantes sur la CPN, perception sur la divulgation du statut de grossesse et implication du conjoint dans le suivi de la CPN*

Considérant le niveau de connaissances des enquêtées sur la CPN, environ six gestantes sur dix ne connaissaient pas qu'une femme enceinte devait réaliser au moins quatre visites de CPN (58%), seules trois sur dix

connaissaient que la CPN était importante pour la surveillance aussi bien de la mère que du fœtus (35%), et seules près de quatre sur dix connaissaient qu'une femme enceinte devait commencer les CPN au plus tard la 12<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (38%). En outre, 55% des gestantes n'étaient pas d'accord de la divulgation précoce du statut de grossesse, dont 10% totalement pas d'accord. S'agissant du niveau d'implication globale du conjoint dans les activités de la CPN, près de huit sur dix (78%) avaient un niveau d'implication faible (tableau 2).

Tableau 2. Connaissance des enquêtées sur la CPN, perception sur la divulgation du statut de grossesse et implication du conjoint dans le suivi de la CPN

<b>Variables</b>	<b>N (%)</b>
<b>Connaissance du nombre de visites requis</b>	
Inadéquate (< 4)	166 (57,6)
Adéquate ( $\geq$ 4)	122 (42,4)
<b>Connaissance de l'importance de la CPN</b>	
Faible (Surveillance de la mère ou de l'enfant)	126 (46,2)
Bonne (Surveillance de la mère et de l'enfant)	107 (34,7)
Mauvaise (Ne connais aucune importance)	55 (19,1)
<b>Connaissance de l'âge de début de la CPN</b>	
Inadéquate (après 12 semaines)	179 (62,2)
Adéquate (avant ou à 12 semaines)	109 (37,8)
<b>Perception sur la divulgation précoce de l'état de grossesse</b>	
Totalement d'accord	12 (4,2)
D'accord	77 (26,7)
Neutre	40 (13,9)
Pas d'accord	130 (45,1)
Totalement pas d'accord	29 (10,1)
<b>Niveau d'implication globale du conjoint</b>	
Faible	225 (78,1)
Fort	63 (21,9)

*Perception des enquêtées sur la qualité de l'offre de service*

Pour ce qui est de l'offre des services de CPN, environ huit sur dix enquêtées (82%) avaient leurs domiciles à moins d'une heure de marche de l'établissement des soins de santé (ESS). Près de huit sur dix gestantes (76%) ont passé moins d'une heure dans l'ESS avant d'être

reçues en consultation et près de sept sur dix (67%) étaient satisfaites du temps d'attente dans l'ESS ; dont 16% totalement satisfaites. Par ailleurs, 65% des enquêtées ont dit qu'elles étaient satisfaites de l'attitude du personnel ; dont 15% totalement satisfaites (tableau 3).



Tableau 3. Perception des enquêtées sur la qualité de l'offre de service

Variables	N (%)
<b>Accessibilité géographique</b>	
Accessible ( $\leq 5$ km ou $\leq 1$ heure de marche)	237 (82,3)
Inaccessible ( $> 5$ km ou $> 1$ heure de marche)	51 (17,7)
<b>Temps d'attente</b>	
$\leq 1$ heure	219 (76,0)
$> 1$ heure	69 (24,0)
<b>Perception du temps d'attente</b>	
Totalement satisfait	44 (15,6)
Satisfait	148 (51,4)
Neutre	56 (19,4)
Non satisfait	34 (11,8)
Totalement non satisfait	5 (1,7)
<b>Perception de l'attitude du personnel</b>	
Totalement satisfait	43 (14,9)
Satisfait	145 (50,3)
Neutre	50 (17,4)
Non satisfait	42 (14,6)
Totalement non satisfait	8 (2,8)

*Facteurs associés au début tardif de la CPN*

En analyse bi variée (tableau 4), la méconnaissance de l'âge de début de CPN, du nombre du visite, d'importance de la CPN, la faible implication du conjoint, et le désaccord sur la divulgation précoce de l'état de la grossesse, ont émergé, comme facteurs associés, au début tardif de la CPN. Après ajustement des facteurs précités en

analyse multivariée, seule la méconnaissance de l'âge de début de CPN [ORa (IC95%) : 3,66 (1,74 – 7,69)], la faible implication du conjoint [ORa (IC95%) : 2,79 (1,38 – 5,63)], et la perception du désaccord de la divulgation précoce de l'état de la grossesse [ORa (IC95%) : 2,74 (1,42 – 5,30)], ont persisté, comme facteurs indépendamment associés, au début tardif de la CPN.

Tableau 4. Les facteurs associés au début tardif de la CPN

Facteurs associés	Début CPN		ORb (IC à 95%)	P	ORa (IC à 95%)	P
	$> 12$ SA	$\leq 12$ SA				
<b>Connaissance de l'âge de début de CPN</b>						
Inadéquate	160 (71,7)	19 (29,2)	6,15 (3,34-11,30)	$\leq 0,001$	3,66 (1,74 – 7,69)	<b>0,001</b>
Adéquate	63 (28,3)	46 (70,8)	1		1	
<b>Connaissance du nombre de visites</b>						
Inadéquate	145 (65,0)	21 (32,3)	3,89 (2,16-7,01)	$\leq 0,001$	1,52 (0,71 – 3,25)	0,278
Adéquate	78 (35,0)	44 (67,7)	1		1	
<b>Connaissance de l'importance de la CPN</b>						
Inadéquate	149 (66,8)	32 (49,2)	2,08 (1,19-3,64)	<b>0,010</b>	1,39 (0,69 – 2,77)	0,346
Adéquate	74 (33,1)	33 (50,7)	1		1	
<b>Niveau d'implication du conjoint aux activités de CPN</b>						
Faible	188 (83,6)	37 (16,4)	4,06 (2,21-7,48)	$\leq 0,001$	2,79 (1,38 – 5,63)	<b>0,004</b>
Fort	35 (55,6)	28 (44,4)	1		1	
<b>Perception de la divulgation précoce de l'état de la grossesse</b>						
Pas d'accord	164 (73,5)	26 (40,0)	4,17 (2,34-7,44)	$\leq 0,001$	2,74 (1,42 – 5,30)	<b>0,003</b>
D'accord	59 (26,5)	39 (60,0)	1		1	



## Discussion

La présente étude a été menée pour déterminer les facteurs associés au début tardif de la CPN dans la Zone de Santé de DRODRO. Les résultats montrent que près de huit sur dix gestantes ont commencé leurs CPN au-delà de la 12<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée. Les facteurs associés au début tardif de la CPN étaient la connaissance inadéquate de l'âge du début de la CPN, le faible niveau d'implication du conjoint dans les activités de la CPN et le fait de ne pas être d'accord avec la divulgation précoce de l'état de la grossesse.

### *Prévalence du début tardif de la CPN*

La prévalence de début tardif de la CPN trouvée dans cette étude est similaire à celle rapportée en Ethiopie par Tola *et al.* (10). Elle est cependant plus élevée que la prévalence globale rapportée pour l'ASS (7). En dehors des trois facteurs associés identifiés dans la présente étude, la prévalence élevée de début tardif de la CPN trouvée dans la zone de santé de Drodoro peut également s'expliquer, par le fait que la majorité des participantes à la présente étude étaient multipares et, avaient un bas niveau d'instruction et un faible niveau socioéconomique.

En effet, les femmes ayant déjà eu plusieurs grossesses ou ayant accouché plusieurs fois se considèrent comme étant suffisamment expérimentées et ont tendance à débiter leurs CPN tardivement. Cette association a été rapportée dans des études menées dans d'autres pays en ASS (12-13,15-16,23). De même, les différentes études menées dans cette partie du monde ont rapporté que les femmes ayant un faible niveau d'instruction sont plus susceptibles de commencer tardivement la CPN (7,11,13-14,17,24). Cette association peut s'expliquer par le fait que les femmes ayant un faible niveau d'instruction ne comprennent pas facilement pourquoi il faut consulter en cas de grossesse, alors que cette dernière n'est pas une maladie. Par conséquent, elles commencent les soins prénatals dans la plupart des cas en retard.

Le bas niveau socioéconomique peut également entraîner un début tardif de la CPN. En effet, la femme ayant un bas niveau socioéconomique peut manquer d'argent nécessaire à satisfaire les besoins relatifs à la réalisation de la CPN, notamment les frais de transport et des habits présentables d'autant plus que étant mal habillée, elle aura honte de se présenter parmi les autres femmes (25). Par

ailleurs, à Drodoro comme en Ethiopie et au Bénin (15-16), beaucoup de femmes pensent que la grossesse étant un processus naturel, son évolution et son issue ne sont liées ni à un suivi médical, ni au nombre de visites effectuées. Ainsi, elles commencent tardivement les CPN.

### *Facteurs associés au début tardif de la CPN*

Cette étude a trouvé que la connaissance inadéquate de l'âge du début de la CPN était indépendamment associée au début tardif de cette dernière. En effet, la probabilité de commencer tardivement la CPN était quatre fois plus élevée chez les gestantes qui avaient une connaissance inadéquate de l'âge du début de la CPN. Des résultats similaires ont été rapportés en Gambie (12), et en Tanzanie (14). Le faible niveau de connaissances des femmes sur le moment de début de la CPN peut s'expliquer par des facteurs individuels, socioculturels et systémiques.

Certaines femmes peuvent avoir des croyances ou des pratiques culturelles qui minimisent l'importance de consulter tôt. Elles peuvent préférer attendre avant de consulter un professionnel de santé, croyant que cela ne serait nécessaire que plus tard quand la grossesse aura évolué. En outre, si la grossesse ne s'accompagne pas de symptômes graves ou inquiétants au début, la gestante peut ne pas ressentir l'urgence de consulter. Elle pourrait penser que tout va bien et que la CPN peut être retardée.

D'autre part, la décision d'aller à la CPN est parfois dictée par le mari, la belle-famille ou d'autres figures d'autorité. En l'absence d'information claire sur le moment de début de la CPN, la gestante peut penser qu'il n'est pas urgent de consulter immédiatement après que son état de grossesse ait été confirmé. Ainsi, l'amélioration de l'accès à l'éducation sur la grossesse et la CPN, tout comme les campagnes de sensibilisation de la communauté toute entière, seraient des interventions pouvant encourager le début à temps du suivi prénatal.

Dans la ZS de Drodoro, cette connaissance inadéquate de l'âge du début de la CPN pourrait également être attribuée à d'autres facteurs, notamment la faible implication des prestataires dans les activités d'éducation sanitaire, le manque des matériels didactiques adaptés et le faible niveau d'instruction des gestantes. En effet les prestataires ne s'impliquent pas activement dans les activités de sensibilisation des gestantes sur les



différents aspects de la CPN, notamment l'âge de début. Ils attribuent ces activités quasi exclusivement aux matrones et aux relais communautaires, qui, suite à leur faible niveau d'instruction, ont fréquemment des difficultés de transmettre les messages clés. Par ailleurs, les matériels didactiques telles que les boîtes à images et les affiches, bien qu'existant, ne sont pas mis à jour régulièrement et ne sont pas souvent élaborés en langue du milieu. Enfin, le faible niveau d'instruction des gestantes fait qu'elles n'ont pas la capacité d'avoir certains renseignements importants sur la CPN par d'autres canaux d'information, tel que les médias. Il serait souhaitable d'impliquer les prestataires de soins dans la sensibilisation de la communauté ainsi que dans l'éducation sanitaire des gestantes sur les activités de la CPN, et d'élaborer des matériels didactiques en langue locale. Les résultats de la présente étude ont également montré que le faible niveau d'implication du conjoint dans les activités de la CPN était trois fois plus associé au début tardif de la CPN. Au cours de notre série, trois aspects ont été pris en compte dans la mesure de l'implication du conjoint aux activités de la CPN : la participation à la prise de décision pour débiter la CPN, la contribution financière pour la réalisation des CPN et l'accompagnement de la gestante à la CPN. S'agissant de l'accompagnement de la gestante à la CPN, beaucoup de conjoints se sentent gêner de convoyer leurs épouses à la CPN. Ceci est très remarquable dans le milieu rural comme Drodro où, suite à la pudeur, la plupart des hommes ne souhaitent pas être vu en public avec leurs conjointes surtout quand elles sont enceintes. En rapport avec la contribution financière, beaucoup d'hommes donnent moins d'importance à la CPN étant donné que la grossesse n'est pas une maladie. Ainsi, ils pensent que la CPN n'est pas indispensable, d'où ils ne donnent pas à la femme l'argent nécessaire pour couvrir les besoins liés à la CPN, notamment payer la fiche et le transport. Quant à la prise de décision, en Afrique en général et en milieux ruraux en particulier, c'est l'homme qui a le monopole sur les différentes décisions dans le foyer ; la ZS de Drodro n'échappe pas à cette règle de la société. Par conséquent, la gestante doit nécessairement passer par la demande de la permission de son conjoint avant d'entreprendre toute chose, y compris le recours aux soins prénatals. Elle se sent obligée

d'attendre la décision de son mari avant de débiter la CPN ; d'où la difficulté de débiter à temps la CPN.

Des résultats similaires, sur le niveau d'implication du conjoint dans les activités de la CPN comme facteur associé au début tardif de la CPN, ont été précédemment rapportés au Mali (26). Ces résultats suggèrent l'importance d'impliquer les conjoints dans les activités de CPN. L'élaboration d'un outil de communication fournissant des messages spécifiques aux maris, pour accroître leur participation et leur soutien aux soins de santé de leurs épouses pendant la grossesse, serait indispensable.

Cette étude a également trouvé que le fait de ne pas être d'accord avec la divulgation précoce de l'état de la grossesse était trois fois plus associé au début tardif de la CPN. Ceci relève d'une règle socio-culturelle dans le contexte de Drodro où la grossesse est considérée comme discrète et ne doit pas être divulguée avant sa visibilité par le public, et cela pour plusieurs raisons.

D'une façon générale, dans la culture du milieu, la divulgation précoce de l'état de grossesse est considérée comme un tabou car relevant de la sexualité qui est en soi d'abord un sujet dont on ne parle pas en public. En outre, la discrétion de la femme sur son état de grossesse jusqu'à ce qu'elle soit perceptible par l'entourage, est une valeur culturelle reconnue dans cette entité. D'aucuns considèrent la grossesse comme étant une bénédiction pour la femme et doit être gérée, surtout à son début, avec beaucoup de retenue pour ne pas attirer l'attention des personnes mal intentionnées pouvant nuire à la gestante en lui jetant un mauvais sort.

En plus, pour certaines femmes, essentiellement les grandes multipares et les célibataires, la grossesse constitue une honte. Les grandes multipares sont souvent des grands-mères et se retrouvent enceintes de fois simultanément avec leurs filles et ressentent une honte de parler de leur grossesse à des tierces personnes. Elles ont également honte de se retrouver avec leur « filles » à la CPN et préfèrent ne pas y aller précocement. Les gestantes célibataires étant en majorité des mineures sont qualifiées de prostituées par le public et constituent un sujet de honte pour leurs familles voire pour la société. Toutes ces raisons contribuent au début tardif de la CPN.



Ces résultats concernant la divulgation précoce de l'état de la grossesse sont semblables à ceux trouvés dans d'autres études réalisées en Gambie (12), au Mali (26), au Burkina Faso (27) et en Tanzanie (14). Ainsi, une intensification de la communication pour le changement de comportement de la communauté en général et des gestantes en particulier face à la divulgation précoce de la grossesse serait idéale pour lutter contre le recours tardif aux soins prénatals. En outre, il faut lutter contre les idées fausses sur la divulgation précoce de l'état de la grossesse en réalisant des sensibilisations sur les avantages de parler tôt de sa grossesse, qui sont notamment un meilleur accompagnement médical pour déceler vite des risques éventuels.

#### *Forces et limites de l'étude*

La présente étude a des limites, mais aussi des forces. L'une des forces est le fait de fournir des informations utiles pour l'élaboration des futures stratégies d'intervention visant l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né. En outre, elle a été menée sur un échantillon constitué par une technique probabiliste, ce qui permet de généraliser les résultats obtenus sur l'ensemble de la zone de santé de Drodoro. Par ailleurs, dans le but de minimiser le biais de désirabilité sociale pouvant se produire au cours de la mesure de la perception de la qualité de l'offre des services, l'administration du questionnaire s'est faite aux domiciles des gestantes. Cependant, compte tenu de son caractère transversal, les facteurs associés identifiés dans cette étude ne sont qu'indicatifs, le lien de causalité ne peut pas être établi. Il serait intéressant que soient menées, dans le futur, des études analytiques plus structurées, intégrant également une approche qualitative afin d'identifier les déterminants du recours tardif à la CPN et d'approfondir les raisons pour lesquelles les femmes initient avec retard leur première visite de CPN.

#### **Conclusion**

L'initiation tardive des soins prénatals est un problème réel dans la ZS de Drodoro. Cette situation entrave l'atteinte des objectifs de santé de la mère et de l'enfant. Les facteurs associés au début tardif de la CPN qui ont été identifiés peuvent être considérés comme des cibles pour des futures stratégies d'intervention visant à lutter contre ce problème. L'éducation des femmes sur l'importance des soins

prénatals reçus à temps, la sensibilisation des hommes à s'impliquer effectivement dans les activités de CPN ainsi que la lutte contre certains faits culturels constituant un frein pour la promotion des bonnes pratiques sanitaires devraient constituer des interventions à mener pour la réalisation à temps de la première CPN dans la ZS étudiée.

#### **Conflit d'intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

#### **Contribution des auteurs**

Conception du protocole de l'étude : JPD et PB ; Méthodologie : JPD et PB ; Rédaction, révision : JPD, PB et AM.

#### **Remerciements**

Nous remercions la Division Provinciale de la Santé de l'Ituri ainsi que l'équipe cadre de la zone de santé de Drodoro pour le soutien nous accordé lors de la collecte des données. Nous remercions également les gestantes pour avoir accepté de participer à la présente étude.

#### **Références**

1. Rowe T. Maternal mortality. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;**33** (10):989-990. doi:10.1016/S1701-2163(16)35044-7.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève; OMS: 2016.
3. Prual A. Le nouveau-né en Afrique de l'Ouest et du Centre : comprendre pour agir [The newborn in Western and Central Africa: Understanding prior to acting]. *Sante Publique.* 2020;**HS1** (S1):7-15. doi: 10.3917/spub.200.0007.
4. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF
5. McCauley M, Van den Broek N. Soins Prénatals et Postnatals. The Centre for Maternal and Newborn Health; Liverpool: 2018.
6. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS publie un plan mondial pour lutter contre la principale cause des décès liés à l'accouchement. Genève; OMS: 2023.
7. Mare KU, Andargie GG, Moloro AH, Mohammed AA, Mohammed OA,



- Wengoro BF, *et al.* Late initiation of antenatal care visit amid implementation of new antenatal care model in Sub-Saharan African countries: A multilevel analysis of multination population survey data. *PLoS One.* 2025;**20** (1):e0316671. doi:10.1371/journal.pone.0316671.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Une femme meurt toutes les deux minutes de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Genève; OMS : 2023.
  9. RDC-Institut National de la Statistique, École de Santé Publique de Kinshasa et ICF. 2024. Enquête Démographique et de Santé de République Démocratique du Congo 2023–2024 : Rapport final. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ICF.
  10. Tola W, Negash E, Sileshi T, Wakgari N. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending antenatal clinic of Ilu Ababor Zone, southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2021;**16** (1):e0246230. doi:10.1371/journal.pone.0246230.
  11. Mlandu C, Matsena-Zingoni Z, Musenge E. Trends and determinants of late antenatal care initiation in three East African countries, 2007-2016: A population based cross-sectional analysis. *PLOS Glob Public Health.* 2022;**2** (8):e0000534. doi:10.1371/journal.pgph.0000534.
  12. Nigatu SG, Birhan TY. The magnitude and determinants of delayed initiation of antenatal care among pregnant women in Gambia; evidence from Gambia demographic and health survey data. *BMC Public Health.* 2023;**23** (1):599. doi:10.1186/s12889-023-15506-0.
  13. Gbene J, Takase MA, Ayangba V, Azumah Abanga W, Hamza AS, Alechana JA, *et al.* Predictors of Late Antenatal Care Initiation: A Multicentre Cross-Sectional Study in Ghana. *SAGE Open Nurs.* 2024;**10**:23779608241299345. doi:10.1177/23779608241299345.
  14. Mgata S, Maluka SO. Factors for late initiation of antenatal care in Dar es Salaam, Tanzania: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019. **19** (1): 415. doi: 10.1186/s12884-019-2576-0.
  15. Tadele F, Getachew N, Fentie K, Amdisa D. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Jimma Zone Public Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2022; **22** (1): 632. doi: 10.1186/s12913-022-08055-6.
  16. Tchibozo EMC, Gado TAA, Sonou YCH, Amidou SA, Lacroix P, Houinato DS, *et al.* Late initiation of antenatal care and its associated factors among pregnant women in Benin: a facility based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025; **25** (1):1008. doi: 10.1186/s12884-025-08170-2.
  17. Nsibu CN, Manianga C, Kapanga S, Mona E, Pululu P, Aloni MN. Determinants of Antenatal Care Attendance among Pregnant Women Living in Endemic Malaria Settings: Experience from the Democratic Republic of Congo. *Obstet Gynecol Int.* 2016;**2016**: 5423413. doi: 10.1155/2016/5423413.
  18. SNIS - RDC DHIS2. Système National d'information sanitaire, base des données en ligne de la ZS Drodoro. 2023.
  19. Redi T, Seid O, Bazie GW, Amsalu ET, Cherie N, Yalew M. Timely initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Southwest Ethiopia. *PLoS One.* 2022 ;**17** (8):e0273152. doi:10.1371/journal.pone.0273152.
  20. Programme Alimentaire Mondial. Analyse des disparités de genre et sécurité alimentaire, République Démocratique du Congo. 2024; Available from: <https://data.unwomen.org/country/democratic-republic-of-the-congo>
  21. Rosliza AM, Muhamad JJ. Knowledge, attitude and practice on antenatal care among Orang Asli women in Jempol, Negeri Sembilan. *Malays J Public Health Med.* 2011;**11** (2): 13-21.
  22. Gupta RK, Shora TN, Verma AK, Jan R. Knowledge regarding antenatal care services, its utilization, and delivery practices in mothers (aged 15-49 years) in a rural area of North India. *Trop J Med Res.* 2015 ; **18**: 89–94. doi :10.4103/1119-0388.158401
  23. Yeo S, Bah J-P, Coulibaly S. Déterminants socio- culturels du recours tardif à la Consultation Périnatale ( CPN ) dans l'aire sanitaire de Djébonoua en Côte d'Ivoire. *International Journal of*



*Multidisciplinary Research and Development.* 2020; **7**: 56–65.

24. Kayentao A, Coulibaly O, Dembele M, Guindo M, Teguede I, Diawara SI, *et al.* Facteurs associés à la problématique de la consultation prénatale dans les Districts Sanitaires de Kita et de San (Mali). *Health Science Disease.* 2022; **23** (11): 73–78.
25. Tchente CN, Dourwe TG, Njamen TJ, Kenfan B, Belley EP. Facteurs déterminants de l'âge gestationnel à la première consultation prénatale à Douala (Cameroun). *Journal de la SAGO.* 2018; **19** : 1–6.
26. Sidibe Y, Niare F, Coulibaly T, Coulibaly I, Konate M, Traore D, *et al.*

Déterminants socioculturels et recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et la prise en charge du paludisme en zone d'intervention au Mali. *Révue Malienne de Science et de technologie.* 2021; **2** :16-30.

27. Yameogo RB, Zamane H, Kabore H, Komboigo BE, Some DA, Ouattara S. Facteurs associés au retard à la première CPN dans le district de Koupela, Burkina Faso. *Journal de la SAGO.* 2023; **24** (2) :13-18.

Voici comment citer cet article. Nube Dz'Bo JP, Mugisa AD, Babakazo PD. Facteurs associés au début tardif de la consultation prénatale dans la zone de santé de Drodoro, Province de l'Ituri, République Démocratique du Congo. *Ann Afr Med* 2026; **19** (3): e7070-e7081. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.5>