

Facteurs explicatifs du non-respect de la CPS par les mères du centre de sante Lwama

Associated with Mothers' Non-Adherence to Preschool Consultations at Lwama Health Center

Kabanga MASUDI MUGENI ^{*1}, Flavienne MATOKO NZINGA ², Antoine NGEREZA MUHIYA ¹,
and Mabakutuvangilanga Ntela SIMON-DECAP^{3,4,5}

¹Ecole Doctorale Monique Rotan-Tondeur, Institut supérieur des techniques médicales de Kindu /ISTM-KINDU, Kindu Maniema, BP 340, République Démocratique du Congo.

²Section sagefemme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, BP 774 Lemba, Kinshasa P.O. Box 11850, République Démocratique du Congo

³Ecole Universitaire de recherche en sciences infirmières, Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS), (EA 3412), UFR SMBH, Université Paris, Sorbonne Paris Cite, F-93017 Bobigny, France

⁴Centre de Recherche en Sciences Infirmières et Innovation en Santé (CResiS), K-012, Kinshasa P.O. Box 11850, République Démocratique du Congo.

⁵Section des sciences infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, BP 774 Lemba, Kinshasa P.O. Box 11850, République Démocratique du Congo



Résumé

Introduction : La consultation préscolaire (CPS) est nécessaire pour prévention de la santé infantile, particulièrement dans les contextes à ressources limitées. Cependant, l'adhésion des familles varie et résulte de facteurs socioculturels, économiques et organisationnels. Cette étude vise à identifier les déterminants du non-respect de la CPS chez des mères fréquentant le centre de santé de Lwama, Kindu (RDC), afin d'orienter des interventions ciblées.

Méthodes : Étude descriptive transversale chez les mères d'enfants <5 ans. Échantillonnage non probabiliste. Collecte par questionnaire auto-administré (français et Swahili). Analyses descriptives et tests du chi carré pour explorer les associations entre variables et le non-respect de la CPS ; seuil $p < 0,05$. Données analysées avec Excel et SPSS.

Résultats : Sur 142 mères (médiane d'âge 27 ans ; enfants 2-54 mois), 63% n'adhèrent pas régulièrement. Facteurs significatifs du non-respect : enfant 6 mois ($p = 0,001$) ; mère <20 ans ($p = 0,014$) ; faible instruction maternelle ($p = 0,003$). Autres associations : recours à la médecine traditionnelle ($p = 0,01$) et coût perçu de la CPS ($p = 0,005$). Facteurs organisationnels influents : temps d'attente >1 heure ($p = 0,003$) et distance >10 km du lieu de CPS ($p = 0,04$). Périodes de permanence des services et visites à domicile montrent des effets moindres.

Discussion : Les barrières socioéconomiques, culturelles et logistiques freinent l'adhésion. Le coût perçu et les contraintes géographiques émergent comme leviers d'action. Recommandations : sensibilisation communautaire, réduction des coûts indirects, amélioration de l'accès (proximité, cliniques mobiles) et implication des partenaires masculins dans les

*Kabanga MASUDI MUGENI : mukandwakabanga@gmail.com

décisions. Des enquêtes qualitatives complémentaires sont suggérées pour une meilleure compréhension des dynamiques locales.

Mots-clés : facteurs, explicatifs, non-respect ; consultation préscolaire

Abstract

Introduction : Preschool consultation (PSC) plays a critical role in the prevention of child health issues, particularly in resource-limited settings. However, family adherence varies and is influenced by sociocultural, economic, and organizational factors. This study aims to identify the determinants of non-compliance with PSC among mothers attending the Lwama Health Center in Kindu (DRC), to guide targeted interventions.

Methods : A cross-sectional descriptive study was conducted among mothers of children under five years old. Non-probabilistic sampling was used. Data were collected via a self-administered questionnaire (in French and Swahili). Descriptive analyses and chi-square tests were performed to examine associations between variables and PSC non-compliance ; significance threshold set at $p < 0.05$. Data analysis was carried out using Excel and SPSS.

Results : Among 142 mothers (median age 27 years ; children aged 2-54 months), 63% did not adhere regularly to PSC. Significant factors associated with non-compliance included having a child 6 months old ($p = 0.001$) ; maternal age < 20 years ($p = 0.014$) ; low maternal education level ($p = 0.003$). Other associations involved use of traditional medicine ($p = 0.01$) and perceived cost of PSC ($p = 0.005$). Influential organizational factors included waiting times exceeding one hour ($p = 0.003$) and distance greater than 10 km from the PSC facility ($p = 0.04$). Service availability periods and home visits showed lesser effects.

Discussion : Socioeconomic, cultural, and logistical barriers impede adherence to PSC. Perceived costs and geographic constraints emerge as key intervention points. Recommendations include community awareness campaigns, reduction of indirect costs, improved access through proximity or mobile clinics, and involvement of male partners in decision-making processes. Additional qualitative research is suggested to better understand local dynamics.

Key words : explanatory factors ; non-compliance ; preschool consultation

1. Introduction

Le suivi de la santé de l'enfant est une priorité mondiale, notamment à travers les Objectifs de Développement Durable (ODD), en particulier l'ODD 3 visant à réduire la mortalité néonatale et des moins de 5 ans (HAOUSSA, 2024). Malgré les progrès considérables, l'atteinte de cet objectif reste un défi majeur dans de nombreuses régions du monde, notamment les pays à revenu faible ou intermédiaire. La Consultation Préscolaire (CPS), souvent intégrée aux services de santé maternelle et infantile, est un instrument essentiel de la prévention et de la détection précoce des maladies, des troubles nutritionnels et des retards de croissance chez l'enfant de moins de cinq ans (AJUAMUNGU et al., 2025). Or, à l'échelle mondiale, l'in-

égalité d'accès et l'utilisation irrégulière de ces services demeurent des obstacles persistants. Des facteurs socio-économiques, culturels et structurels (coût, distance, qualité des services, éducation des mères) expliquent ce phénomène (CHENTOUT & HAROUCHE, 2022). En Afrique subsaharienne, le continent qui concentre une part disproportionnée de la mortalité infantile mondiale, le non-respect des calendriers de la CPS est particulièrement préoccupant (PACIFIQUE et al., 2020). Dans ce contexte, les défis sont souvent exacerbés. Le faible niveau d'éducation des mères, l'influence des normes culturelles et des traditions sur les pratiques de soins, la pauvreté endémique qui rend l'accès aux soins coûteux (même gratuits, des coûts indirects subsistent), et l'insuffisance des infrastructures sanitaires sont des

facteurs couramment cités dans la littérature(COULIBALY, 2024). De plus, la qualité perçue des services (accueil, temps d’attente, compétence du personnel) est un facteur de réticence majeur pour les mères. Il est important d’examiner comment ces facteurs s’articulent pour créer un environnement où le suivi de l’enfant est compromis(ELOMRANI et al., 2024). En République Démocratique du Congo (RDC), malgré les politiques nationales visant à améliorer la santé maternelle et infantile, les indicateurs de santé restent faibles(ISSA YUMA, 2022). L’accès universel et l’utilisation adéquate des services de CPS sont entravés par des problèmes systémiques tels que l’instabilité politique, le manque de financement chronique du secteur de la santé, et les défis logistiques liés à la vaste étendue du territoire et à l’état des infrastructures(IMANI RAMAZANI et al., 2023). Au niveau local, dans des provinces comme le Maniema (où le Centre de Santé Lwama se trouve), ces difficultés se traduisent par une faible supervision des soins, une rupture fréquente des intrants (médicaments, vaccins) et une pénurie de personnel qualifié, ce qui a un impact direct sur la motivation des mères à se rendre régulièrement au centre de santé(IMANI RAMAZANI et al., 2023). Le Centre de Santé Lwama est un point d’ancrage spécifique au sein de cette problématique globale. L’observation quotidienne révèle un taux de non-respect de la CPS chez les mères de sa zone de couverture. Ce non-respect peut se manifester par un démarrage tardif des consultations, un nombre insuffisant de visites par rapport aux normes, ou un abandon précoce après la fin du calendrier vaccinal. Pour le Centre de Santé Lwama, l’efficacité des interventions et l’atteinte des objectifs de santé publique dépendent directement de la compréhension des facteurs d’échec qui lui sont propres. Il est essentiel d’identifier si les facteurs dominants sont d’ordre individuel (connaissances, attitudes, pratiques de la mère), familial (soutien du mari/famille, réticence culturelle, situation économique), ou lié au service (accueil, horaires, coût, information donnée). Cette étude vise à identifier les facteurs spécifiques

qui expliquent le non-respect de la Consultation Prénatale (CPS) par les mères fréquentant le Centre de Santé Lwama.

2. METHODE

2.1. Design de l’étude

Il s’agit d’une étude quantitative descriptive transversale à visée analytique. Ce type d’étude sert à explorer des relations entre des variables dans une situation actuelle ou antérieure sans clarification de la raison sous-jacente à la relation. L’étude descriptive corrélationnelle se situe entre une étude descriptive et une étude corrélationnelle proprement dite(ROSCA, 2022).

2.2. Description du terrain

Cette étude a été menée au centre de santé Lwama situé dans la commune de Kasuku, ville de Kindu, bloc Lwama. Dans son aire de santé, il a une population estimée à 43200 habitants, c’est une aire de santé urbano-rurale, Cette aire de santé comprend les blocs suivants : Misenge, Penitentiel, OMATA I, OMATA II, LWAMA, MIZI, Mangobo, Hewa Bora et Camp Lwama

2.3. Population et échantillon

2.3.1. Population

La population de notre étude se compose de mères d’enfants de moins de cinq fréquentant le centre de santé Lwama.

2.3.2. Technique d’échantillonnage

Dans notre étude, un échantillonnage non probabiliste de type accidentel ou occasionnel a été privilégié. Le choix de l’échantillonnage non probabiliste par commodité (ou accidentel) est justifié par des impératifs de faisabilité opérationnelle et des contraintes logistiques : l’absence de base de sondage exhaustive et actualisée des mères fréquentant le centre de santé de Lwama rend la mise en œuvre de toute méthode probabiliste rigoureuse impossible(D(DICKO, 2024).

Par conséquent, cette approche est privilégiée pour son efficacité et son optimisation des ressources, permettant une collecte de données rapide auprès des mères disponibles et accessibles au point de service. La technique a consisté à interroger les mères des enfants de moins de 5 ans au fur et à mesure qu'elles se présentaient au centre de santé de Lwama (AKKARI et al., 2013). Pour le choix des unités statistiques qui ont fait partie de notre échantillon, les participants devraient être mère d'enfant de moins de cinq ans, doit habiter dans l'aire de santé Lwama dans la zone de santé de Kindu, doit-être libre consentement de participer à notre étude et doit disposer de capacités de répondre aux questions.

2.4. Définition des variables

La variable dépendante concernait le non-respect de la CPS (Oui ou Non). Cette variable a été déterminée à partir des moyennes des réponses des mères aux questions relatives au respect de la CPS. Étant dichotomique, les réponses affirmatives ont permis de constituer la première modalité (non-respect de la CPS : Oui), tandis que les réponses négatives ont permis d'obtenir la seconde modalité (non-respect de la CPS : Non). Les variables indépendantes comprenaient les caractéristiques sociodémographiques des mères (taille du ménage, âge de l'enfant, âge de la mère, profession, statut de la mère, personne en charge de l'enfant, niveau d'étude de la mère), ainsi que des facteurs socio-économiques et culturels (appartenance à une mutuelle de santé, confiance envers le personnel de santé, recours à la médecine traditionnelle et coût de la CPS) et des facteurs organisationnels (disponibilité des services, intérêt pour la sensibilisation, délai d'attente avant la vaccination, visite à domicile, qualité du plateau technique, distance par rapport au lieu de service) (RAYNA & PLAISANCE, 1997).

2.5. Technique et instrument de collecte des données

Pour bien mener cette étude, la technique de questionnaire dont le questionnaire

auto administré a été utilisée comme instrument. Pour concevoir notre instrument de recherche, nous sommes inspirés de l'objectif de notre étude, de la revue de la littérature ainsi que des études antérieures. Il a été corrigé et validé par les encadreurs de la présente étude et cela après la pré-enquête. Bien que l'étude soit menée chez des mères, mais pour faciliter la compréhension, le questionnaire était aussi traduit en langue locale Swahili.

2.6. Processus de collecte des données

2.6.1. Pré- enquête

Une pré-enquête a été conduite auprès de sept mères fréquentant le centre de santé MI-ZEITUNI. Ce choix s'est justifié par la similitude des caractéristiques des mères consultantes avec celles de la population cible de l'étude. Cette pré-enquête a permis de valider et d'ajuster l'instrument afin de le rendre conforme aux objectifs de la recherche, en identifiant les questions ambiguës ou peu claires, ainsi qu'en évaluant la compréhension du français par les mères dans l'outil initial (BLANCHARD, 2022). Après les annotations éventuelles, les questions jugées inutiles, incohérentes ou incompréhensibles par rapport à l'étude ont été supprimées, et seules celles pertinentes par rapport à l'objectif de l'étude ont été conservées (BOUCHER, 2024). Pour assurer la validité de l'instrument, celui-ci a aussi été soumis à une analyse critique et à des remarques utiles des encadreurs de l'étude, ces derniers ayant proposé des modifications appropriées qui ont permis d'obtenir un instrument fidèle à l'étude.

2.6.2. Déroulement de l'étude

Avant de commencer l'enquête, des contacts avaient été établis avec le responsable du service. À chaque étape, l'objectif de l'étude ainsi que ses avantages et inconvénients avaient été expliqués. Ce n'est qu'après avoir obtenu toutes les autorisations que la rencontre avec les mères avait été envisagée. Idéalement, il aurait été intéressant de procéder par auto-administration du ques-

tionnaire par les mères elles-mêmes ; toutefois, compte tenu du faible niveau d'instruction et des difficultés de compréhension observées chez certaines mères lors du pré-test, il avait été choisi, pour pallier ces difficultés, de traduire l'instrument en langue locale (Swahili). Avant de poser les questions aux mères, des explications sur les objectifs de cette étude avaient été données. Par ailleurs, le choix de la langue dépendait également de la mère. En conséquence, le questionnaire rédigé en français était utilisé pour les mères s'exprimant en français et celui rédigé en langue locale pour celles qui ne pouvaient pas lire.

2.7. Traitement et analyse des données

Afin de procéder à l'analyse des données, les réponses des participants aux questionnaires ont d'abord été converties en données numériques puis compilées à l'aide du logiciel Microsoft Excel (version 2010). Ce logiciel était choisi en raison de son accessibilité, de sa facilité d'utilisation ainsi que de l'aisance avec laquelle les données d'un fichier Excel peuvent être transférées à l'intérieur d'un logiciel d'analyse de données tel que SPSS. D'autres variables contenant en majorité des données manquantes ont été éliminées. La saisie et la gestion des données ont été réalisées en Excel version 10. Les analyses statistiques quant à elles ont été entièrement réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 26. Les fréquences (en nombre et en pourcentage) ont été calculées pour toutes les variables quantitatives d'intérêt. Le test du Chi-2 non ajusté a été utilisé pour les comparaisons lorsque la population observée était > 5 . Le degré de signification pour toutes les analyses statistiques a été fixé à 0,05%. Les associations entre différentes variables ont été recherchées en analyse uni variée variée avec l'intervalle de confiance (IC) à 95 %.

2.8. Aspect éthique

Malgré l'absence de soumission à un comité d'éthique formel, la recherche a été conduite selon les principes éthiques fonda-

mentaux de la recherche impliquant des sujets humains. La légitimité institutionnelle a été assurée par l'obtention d'une Attestation de Recherche délivrée par le Secrétariat Général de la Recherche de l'ISTM Kindu. Le Consentement Libre et Éclairé a été recueilli auprès de chaque participante après une information complète, fournie dans une langue comprise, couvrant l'objectif de l'étude (facteurs du non-respect de la CPS), la procédure, les bénéfices attendus (amélioration des services) et les risques minimaux. Il a été garanti que la participation était strictement volontaire et qu'un refus n'aurait aucune incidence sur les soins. Le consentement a été formalisé par signature/empreinte ou par consentement verbal attesté. La confidentialité a été assurée par l'anonymisation immédiate des données via un code unique et leur stockage sécurisé. Seules les données agrégées sont présentées, empêchant toute identification. Le protocole a respecté les principes de Non-Malfaisance (questions neutres) et de Bienfaisance, avec l'engagement de partager les résultats avec le centre de santé de Lwama pour des mesures correctives. Enfin, la sélection des participantes a été menée avec équité, incluant une compensation non coercitive pour le temps de participation.

3. RESULTATS

3.1. Analyses uni variées

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif	%
Âge de l'enfant		
≤ 6 mois	56	39,4
> 6 mois	86	60,6
Âge de la mère		
15–20 ans	51	36
21–30 ans	51	36
> 30 ans	40	28
Statut matrimonial		
Mariée	34	24,5
Célibataire	44	31,7
Union libre	61	43,9
Occupation		
Sans emploi	84	59,2
Ménagère	22	15,5
Fonctionnaire	37	26,1
Personne en charge de l'enfant		
Mère	101	71,1
Nourrice	41	28,9
Niveau d'étude		
Primaire	11	7,8
Secondaire	102	72,3
Universitaire	28	19,9
Taille du ménage		
≤ 2 personnes	46	32,4
> 2 personnes	96	67,6

FIGURE 1

Au vu du tableau ci-dessus, il ressort que l'étude a inclus 142 mères d'enfants dont l'âge médian était de 27, variant de 15 à 44 ans, l'âge de leurs enfants variait de 2 à 54 mois. La plupart des femmes interrogées venaient d'une taille de ménage de plus de deux personnes, la majorité avait des enfants des plus de 6 mois, le pourcentage des mères âgées de 15-20 ans et 21-35 ans étaient proportionnelles, la proportion des mères était supérieure que celles des autres catégories.

3.1.2. Facteurs socio-économique et culturels

Variables	Effectif	%
Appartenance à une mutuelle de santé		
Non	127	89,4
Oui	15	10,6
Confiance envers le personnel soignant		
Oui	71	50
Non	71	50
Fréquentation de la médecine naturelle		
Non	42	29,6
Oui	100	70,4
Coût de la CPS		
Payant	53	62,7
Gratuit	89	37,3

FIGURE 2

Ce tableau montre que la grande majorité des sujets n'est pas dans une mutuelle de santé, la proportion des femmes ayant confiance ou non aux soignant est équitablement répartie, la plupart fait recours à la médecine traditionnelle et considère que la CPS était payant.

3.1.3. facteurs organisationnels

Facteurs organisationnels (N= 142)		
Variables	effectif	%
Permanence des services		
Oui	78	55
Non	64	45
Intérêt à la sensibilisation		
Oui	69	49
Non	73	51
Temps d'attente		
≤ 1h	76	54
1h	66	47
Apprécie la qualité de l'information		
Oui	77	54
Non	65	46
Visite à domicile		
Oui	80	56
Non	62	44
Besoin d'utilisation des services		
Oui	77	54
Non	65	46
Distance par rapport au lieu de la CPS		
Très proche	69	49
Un peu distant	73	51

FIGURE 3

Il ressort du tableau ci-dessus que les femmes trouvaient qu'il n'y avait pas permanence de service, la majorité avait besoin d'être sensibilisées sur la CPS, que le temps

d'attente était trop long (plus d'une heure) et n'apprécie pas du tout la qualité d'information reçues. Et la plus part vivent à plus de 10 km par rapport au lieu de le CPS. La Majorité n'avait pas bénéficié des visites à domicile, avait le souci d'utiliser le service de santé

3.1.4. Prévalence du non-respect de la CPS par les mères

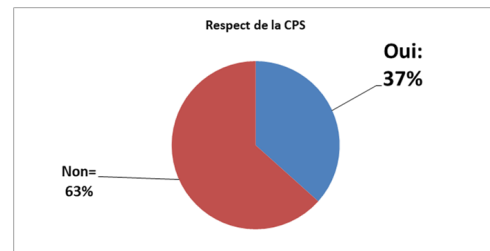


FIGURE 4

Ce camembert explique que plus de la moitié des mères admises à la CPS ne respecte pas la CPS.

3.2. Analyses bi-variées

3.2.1. Association entre les caractéristiques sociodémographiques des mères et le respect de la CPS

Caractéristiques	Oui (%)	Non (%)	X ²	ddl	IC	p-value
Taille du ménage			0,75	1		0,38
Inférieure ou égale à 2	56 (86,2)	69 (90,8)			[0,2 – 1,8]	
Supérieure à 2	09 (13,8)	07 (09,2)			1	
Âge de l'enfant			27,1	1		0,001**
≤ 6 mois	48 (72,7)	22 (28,9)			[3,1 – 13,7]	
> 6 mois	18 (27,3)	54 (71,1)			1	
Âge de la mère			6	1		0,014*
15 à 20 ans	41 (64,1)	31 (43,1)			[1,2 – 4,7]	
20 à 30 ans	23 (35,9)	41 (56,9)			1	
Profession			4,2	2		0,12
Sans emploi	26 (18,3)	27 (19)			[0,17 – 2,9]	
Ménagère	28 (19,7)	11 (7,7)			1	
Fonctionnaire	30 (21,1)	20 (14,1)				
Statut de la mère			2,29	2		0,51
Mariée	25 (37,9)	36 (47,4)			[0,2 – 1,4]	
Célibataire	39 (51,3)	39 (59,1)			[0,1 – 1,9]	
Union libre	01 (01,5)	01 (01,3)			1	
Personne en charge de l'enfant			0,24	1		0,22
Nourrice	39 (59,1)	48 (63,2)			[0,7 – 4,2]	
Mère	27 (40,9)	28 (36,8)			1	
Niveau d'étude de la mère			11,3	1		0,003**
Analphabète + Primaire	10 (7)	34 (23,9)			[1,3 – 4,9]	
Secondaire	22 (19,5)	15 (10,6)			[0,3 – 1,8]	
Universitaire	25 (17,6)	36 (25,4)				

FIGURE 5

* : résultat statistiquement significatif (p<0,05)

En observant ce tableau, il ressort que les éléments liés aux caractéristiques sociodémographiques significativement associés au non-respect de la CPS sont respectivement l'âge

des enfants (X2 : 27,1 ; p=0,001). ; L'âge de la mère inférieur à 20 ans (X2 : 6,0 ; p=0,014) et le faible niveau d'études des mères (X2 : 11,3 ; p=0,003)

3.2.2. Association entre les facteurs socioéconomiques, culturels et le non-respect de la CPS

Caractéristiques	Oui (%)	Non (%)	X²	ddl	IC	p-value
Taille du ménage			0,75	1		0,38
Inférieure ou égale à 2	56 (86,2)	69 (90,8)			[0,2 – 1,8]	
Supérieure à 2	09 (13,8)	07 (09,2)			1	
Âge de l'enfant			27,1	1		0,001**
≤ 6 mois	48 (72,7)	22 (28,9)			[3,1 – 13,7]	
> 6 mois	18 (27,3)	54 (71,1)			1	
Âge de la mère			6	1		0,014*
15 à 20 ans	41 (64,1)	31 (43,1)			[1,2 – 4,7]	
20 à 30 ans	23 (35,9)	41 (56,9)			1	
Profession			4,2	2		0,12
Sans emploi	26 (18,3)	27 (19)			[0,17 – 2,9]	
Ménagère	28 (19,7)	11 (7,7)			1	
Fonctionnaire	30 (21,1)	20 (14,1)				
Statut de la mère			2,29	2		0,51
Mariée	25 (37,9)	36 (47,4)			[0,2 – 1,4]	
Célibataire	39 (51,3)	39 (59,1)			[0,1 – 1,9]	
Union libre	01 (01,5)	01 (01,3)			1	
Personne en charge de l'enfant			0,24	1		0,22
Nourrice	39 (59,1)	48 (63,2)			[0,7 – 4,2]	
Mère	27 (40,9)	28 (36,8)			1	
Niveau d'étude de la mère			11,3	1		0,003**
Analphabète + Primaire	10 (7)	34 (23,9)			[1,3 – 4,9]	
Secondaire	22 (19,5)	15 (10,6)			[0,3 – 1,8]	
Universitaire	25 (17,6)	36 (25,4)				

FIGURE 6

La lecture de ce tableau montre que deux facteurs socioéconomiques et culturels sont significativement associés au non-respect de la CPS. Il s'agit notamment du recours à la médecine traditionnelles par les mères (X2 : 6,6 ; p=0,01) et le coût de la CPS(X2 : 7,5 ; p=0,005)

3.2.3. Association entre les facteurs organisationnels et le non-respect de la CPS

Caractéristiques	Oui (%)	Non (%)	X²	ddl	IC	p-value
Permanence des services						0,23
Non	27 (19)	27 (19)	1,42	1	[0,22 – 1,8]	
Oui	35 (24,6)	53 (37,4)			1	
Intérêt à la sensibilisation						0,71
Non	20 (14,1)	25 (17,6)	1,12	1	[3,14 – 13,7]	
Oui	40 (28,2)	57 (40,1)			1	
Délai d'attente avant la prise du vaccin						0,003**
> 1 heure	41 (28,9)	31 (21,8)	8,31	1	[1,2 – 4,7]	
≤ 1 heure	23 (16,2)	47 (28,9)			1	
Visite à domicile						0,31
Non	18 (12,7)	41 (28,9)	0,58	1	[0,25 – 2,9]	
Oui	29 (20,4)	54 (38)			1	
Bon plateau technique			0,35	2		0,84
Non	17 (12)	43 (30,3)				
Oui	30 (21,1)	52 (36,6)				
Distance par rapport au lieu de service						0,04*
> 10 km	8 (5,6)	42 (29,6)	4,05	1	[1,3 – 5,2]	
< 10 km	29 (29,6)	63 (44,4)				

FIGURE 7

Ce tableau montre que le délai d'attente des mères à la CPS supérieur à 1h (X2 : 8,31 ; p=0,003) et la distance de plus de 10km (X2 :

4,05 ; p=0,04) sont lesdeux facteurs sont significativement associés au non-respect de la CPS.

4. DISCUSSION

4.1. Analyse Uni variée

Caractéristiques sociodémographiques

L'analyse des données révèle que l'âge médian des mères était de 27 ans, avec des extrêmes de 15 à 44 ans. Ce profil relativement jeune concorde avec les observations faites parBOUCHER, 2024, qui rapportaient une prédominance des mères âgées de 20 à 30 ans dans les consultations pédiatriques. Cependant, cette tendance diffère des résultats de LACHAPELLE et CHARRON, 2025, qui notaient une sur-représentation des mères de moins de 20 ans dans les services de santé infantile. À mon sens, cette divergence pourrait s'expliquer par un contexte socio-éducatif distinct, notamment une scolarisation plus prolongée dans notre milieu, facteur susceptible d'influencer positivement le recours à la consultation préscolaire. L'âge des enfants inclus variait de 2 à 54 mois, avec une majorité âgée de plus de 6 mois. Contrairement aux travaux de FRACHEBOUD et al., 2023, lesquels indiquent une forte fréquentation des services de santé dès les premiers mois de vie, nos résultats suggèrent un recours tardif. Je considère que ce recul peut traduire une diminution progressive de l'adhésion aux pratiques préventives ou un déficit d'information quant à la nécessité de maintenir les consultations après la période néonatale. La grande majorité des femmes vivaient dans des ménages de plus de deux personnes. Cette structure familiale élargie rejoint les observations deDIALLO et FEINDOUNO, 2015. Toutefois, si ces auteurs soulignent que la présence d'aidants familiaux favorise la fréquentation des services de santé, d'autres travaux, notamment ceux deBLANCHARD, 2022, montrent que la surcharge domestique liée à de grands ménages réduit au contraire la disponibilité des mères. Dans notre étude, je tends à considérer que la multiplicité des charges

familiales pourrait constituer un frein significatif au suivi préscolaire régulier. Nos données révèlent également une proportion notable de mères ayant un niveau d'études supérieur, davantage que celles du niveau secondaire. Ce résultat contraste avec les observations de LAROSE et al., 2006, qui notaient la prédominance du niveau secondaire chez les utilisatrices des services de santé infantile. À mon avis, cette particularité de notre échantillon suggère que le niveau d'instruction pourrait fortement conditionner la perception des enjeux sanitaires, même si un niveau supérieur n'implique pas systématiquement une consultation optimale. Enfin, un nombre important de femmes interrogées vivaient en union libre, et beaucoup déclaraient prendre en charge elles-mêmes leurs enfants. Alors que ANQUETIL, 2023 soulignent que la stabilité conjugale constitue un facteur majeur de recours aux soins, nos résultats ne confirment pas complètement cette hypothèse. Je considère que l'autonomie décisionnelle des mères, bien qu'elle soit un élément favorable, demeure insuffisante si elle n'est pas accompagnée d'un soutien social et familial permettant de lever les obstacles pratiques à la consultation préscolaire.

Facteurs socio-économique et culturels

Dans notre étude, la grande majorité des participantes n'était pas affiliée à une mutuelle de santé, illustrant une couverture de protection sociale particulièrement limitée pour les soins primaires. Cette observation rejoint les conclusions de MUMPE et al., 2025, qui ont démontré que l'absence de mécanismes de prépaiement, tels que les mutuelles communautaires, demeure un déterminant majeur du renoncement aux soins en Afrique de l'Ouest, du fait de l'exposition directe des ménages aux coûts de santé. De même, les travaux de BREAUULT, 2023 ont mis en évidence qu'un faible taux d'adhésion aux mutuelles est fortement associé à une moindre utilisation des services préventifs, notamment les consultations pédiatriques de suivi. À mon sens, cette situation souligne l'importance de renforcer les dispositifs de

protection sociale pour améliorer l'accès à la consultation préscolaire. La proportion de femmes déclarant avoir confiance ou non au personnel soignant était équitablement répartie dans notre échantillon. Cette ambivalence a déjà été décrite dans la littérature. En effet, LAUZON, 2023 a montré au Ghana que la confiance envers les agents de santé constitue un déterminant central de l'utilisation des services préventifs, mais qu'elle demeure étroitement liée à la qualité perçue de l'accueil, à la disponibilité du personnel et aux expériences antérieures des patientes. Par ailleurs, AJUAMUNGU et al., 2025 ont souligné que la confiance envers le système de santé n'est jamais uniforme : elle varie selon les contextes socio-culturels et les dynamiques locales. Cette variabilité pourrait expliquer la répartition équilibrée observée dans notre étude, témoignant d'une perception du système de santé à la fois positive pour certaines femmes et mitigée pour d'autres. Par ailleurs, la majorité des femmes rapportaient un recours fréquent à la médecine traditionnelle. Ce constat converge avec les travaux de AKKARI et al., 2013, qui indiquent que les pratiques traditionnelles demeurent profondément ancrées dans les comportements de santé, particulièrement en zones rurales, en raison de leur accessibilité, de leur coût généralement faible et de la confiance accordée à leur efficacité au sein des communautés. PACIFIQUE et al., 2020 souligne également que le recours à la médecine traditionnelle peut coexister avec l'utilisation des services de santé modernes, mais qu'il peut parfois entraîner un retard dans la recherche de soins préventifs. Il est donc plausible que cette préférence pour les thérapies traditionnelles influe sur la régularité de la consultation préscolaire. Enfin, une proportion importante de mères considérait que la consultation préscolaire (CPS) était payante. Cette perception, qu'elle reflète ou non la réalité, constitue un obstacle majeur à l'adhésion aux services préventifs. Les travaux de Rayna & Plaisance, RAYNA et PLAISANCE, 1997 ont en effet montré que même lorsque certains services sont officiellement gratuits, les coûts perçus incluant

le transport, les médicaments, les frais annexes ou informels influencent fortement le recours aux soins. Nos résultats s'inscrivent dans cette dynamique bien documentée, où la barrière financière réelle ou supposée limite l'utilisation régulière des services essentiels pour la santé de l'enfant. Selon moi, cela souligne l'urgence de renforcer la communication communautaire autour de la gratuité officielle des CPS, tout en réduisant les coûts indirects qui continuent de freiner la fréquentation.

Facteurs organisationnels

Dans notre étude, la majorité des participantes ont signalé une absence de permanence des services et des difficultés organisationnelles, un résultat qui s'inscrit dans la continuité de la littérature existante. BOUCHER, 2024, dans une étude menée en clinique prénatale en Afrique du Sud, ont en effet mis en évidence que des temps d'attente prolongés, combinés à une organisation défaillante des services, constituaient des obstacles majeurs à l'utilisation régulière des soins. Nos résultats confirment ainsi que la disponibilité et la continuité des services demeurent des déterminants essentiels de l'accès aux soins prénataux. Par ailleurs, les participantes ont exprimé un besoin marqué d'être mieux informées sur la consultation préscolaire. Ce constat rejoint la revue de LACHAPPELLE et CHARRON, 2025, qui souligne que le déficit d'information et les insuffisances de communication entre prestataires et usagers limitent l'adhésion aux services maternels dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Notre étude suggère donc que le renforcement des stratégies de sensibilisation et de communication pourrait constituer un levier important pour améliorer la fréquentation des services. Le temps d'attente est également apparu comme un facteur déterminant : de nombreuses femmes ont jugé que des délais supérieurs à une heure représentaient un frein significatif. Ce résultat est cohérent avec les travaux de LACHAPPELLE et CHARRON, 2025 au Mozambique, qui ont montré que les longs temps d'attente génèrent des coûts directs (frais

de transport, temps de trajet) et indirects (perte de productivité, perturbation des activités domestiques), réduisant ainsi la propension des femmes à utiliser régulièrement les services. Nos observations confirment que la gestion du temps d'attente demeure un enjeu critique pour améliorer l'expérience des usagers et encourager l'assiduité aux consultations. Concernant les visites à domicile, notre étude met en évidence un faible recours à ce type de service. Ce résultat concorde partiellement avec les travaux portant sur les agents de santé communautaires (CHW), FRACHEBOUD et al., 2023, dans une étude longitudinale menée en Afrique du Sud, ont montré que les visites à domicile peuvent favoriser certains comportements de santé maternelle (par exemple l'allaitement exclusif) tout en présentant des effets hétérogènes selon les contextes. De même, MUMPE et al., 2025 ont démontré au Mali que les visites proactives par des CHW augmentent le nombre de contacts prénataux. La divergence observée dans notre étude pourrait s'expliquer par une mise en œuvre limitée, un manque de ressources, ou une faible reconnaissance du rôle des CHW dans notre contexte, points qui méritent d'être explorés dans de futurs travaux. Enfin, la contrainte géographique apparaît comme une difficulté majeure, plusieurs femmes résidant à plus de 10 km du site de consultation. Ce résultat est largement corroboré par la littérature : distance, coût et disponibilité du transport constituent des obstacles récurrents à l'accès aux soins maternels. BREAUULT, 2023 soulignent notamment que les problèmes d'infrastructure et de localisation des cliniques contribuent fortement à la réduction de l'accessibilité. Nos données renforcent ainsi l'idée que les barrières géographiques demeurent un frein structurel majeur, justifiant la mise en place d'approches de proximité ou de cliniques mobiles.

4.2. Analyses bi-variées

L'analyse bi-variée met en évidence plusieurs facteurs significativement associés au non-respect de la consultation préscolaire

(CPS). Parmi les variables sociodémographiques, l'âge de l'enfant apparaît comme un déterminant majeur : les enfants de moins de 6 mois sont moins susceptibles d'être absents aux consultations ($X^2 = 27,1$; $p = 0,001$). Cette observation pourrait s'expliquer par la fréquence accrue des contacts avec les services de santé au cours des premiers mois de vie, période durant laquelle les mères demeurent généralement plus attentives aux recommandations préventives. L'âge maternel constitue également un facteur explicatif important : les mères de moins de 20 ans présentent un risque accru de non-respect de la CPS ($X^2 = 6,0$; $p = 0,014$). Ce résultat concorde avec les travaux de BREAU, 2023, qui soulignent que les jeunes mères rencontrent plus de difficultés à suivre les recommandations de santé infantile, en raison notamment d'un moindre accès à l'information, d'un soutien social limité ou de contraintes socioéconomiques plus marquées. Le niveau d'instruction maternel joue également un rôle déterminant. Les mères ayant un faible niveau d'études sont significativement plus susceptibles de ne pas adhérer aux consultations ($X^2 = 11,3$; $p = 0,003$), ce qui corrobore les résultats de AJUAMUNGU et al., 2025, pour qui l'éducation constitue un déterminant majeur du recours aux services préventifs. Sur le plan socioéconomique et culturel, le recours à la médecine traditionnelle est associé à une probabilité accrue de non-respect de la CPS ($X^2 = 6,6$; $p = 0,01$). Ce résultat rejoint les conclusions de AKKARI et al., 2013, selon lesquelles l'usage de pratiques traditionnelles peut retarder, voire substituer, le recours aux services formels, en particulier lorsque les croyances culturelles ou la confiance envers les structures de santé biomédicales sont limitées. Le coût perçu de la consultation représente également un obstacle important : les mères considérant la CPS comme payante présentent un risque plus élevé de non-adhésion ($X^2 = 7,5$; $p = 0,005$). Cette observation s'inscrit dans la lignée des analyses de ANQUETIL, 2023, qui montrent que même des coûts modestes ou perçus comme tels peuvent réduire l'utilisation des services, en particulier dans

des contextes de vulnérabilité économique. Les facteurs liés au fonctionnement des services contribuent également au non-respect des consultations. Un temps d'attente supérieur à une heure est fortement associé à la non-adhésion ($X^2 = 8,31$; $p = 0,003$), de même qu'une distance supérieure à 10 km entre le domicile et le lieu de consultation ($X^2 = 4,05$; $p = 0,04$). Ces résultats convergent avec les études de LAUZON, 2023 et de LEBLANC, 2009, qui ont mis en évidence que la surcharge des structures, les délais d'attente prolongés et l'éloignement géographique constituent des obstacles majeurs à la fréquentation régulière des services de santé infantile. Dans notre étude, ces contraintes logistiques semblent jouer un rôle particulièrement déterminant, en réduisant la motivation des mères à participer aux consultations préventives, surtout lorsqu'elles doivent concilier distance, transport et responsabilités domestiques.

5. CONCLUSION

L'objectif de cette étude quantitative et transversale était d'identifier les facteurs explicatifs du non-respect de la Consultation Prénatale (CPS) par les mères fréquentant le Centre de Santé Lwama à Kindu (RDC). L'analyse des données recueillies auprès de 142 mères a révélé une prévalence élevée de non-adhésion régulière, atteignant 63%. Les analyses bi-variées ont mis en évidence que le non-respect de la CPS est significativement associé à un ensemble de barrières individuelles, socioéconomiques et organisationnelles. Les déterminants sociodémographiques majeurs comprennent l'âge de la mère inférieur à 20 ans et un faible niveau d'instruction. Sur le plan socio-culturel, le recours à la médecine traditionnelle et la perception du coût de la CPS constituent des obstacles importants. De plus, les facteurs organisationnels liés à la structure du service s'avèrent critiques, notamment un temps d'attente supérieur à une heure et la contrainte géographique d'une distance de plus de 10 km du domicile au lieu de consultation. Cette étude confirme que les déter-

minants du non-respect de la CPS sont multiples, nécessitant une approche multidimensionnelle. Pour améliorer l'adhésion, des interventions sont urgentes, visant à renforcer l'éducation sanitaire des mères et de leurs partenaires, à réduire les coûts indirects perçus, et à optimiser l'offre de soins par la réduction des temps d'attente et l'amélioration de la proximité des services. Des études qualitatives complémentaires sont recommandées pour approfondir la compréhension des dynamiques socio-culturelles locales.

6. Force Limite de l'étude

Cette étude présente certaines limites, notamment le recours à un échantillonnage non probabiliste et à un devis transversal, qui restreignent la représentativité de l'échantillon et ne permettent d'identifier que des associations sans établir de relations causales. L'utilisation d'un questionnaire, la validation limitée de l'outil, la dichotomisation de la variable dépendante, l'absence d'analyses multivariées, ainsi que la réalisation de l'étude dans un seul centre de santé sans validation par un comité d'éthique formel, limitent également la généralisation des résultats. Néanmoins, cette recherche se distingue par la pertinence de son devis méthodologique, adapté à l'analyse des facteurs associés au non-respect de la consultation préscolaire en contexte réel de soins. L'ancrage dans une aire de santé urbano-rurale, la définition claire des variables, l'intégration de facteurs multidimensionnels, l'adaptation linguistique du questionnaire et l'utilisation d'analyses statistiques appropriées confèrent à l'étude une crédibilité scientifique et une utilité pratique pour l'amélioration des services de santé infantile.

7. Remerciement

Nous remercions tous les responsables du centre de santé Lwama qui ont facilité la collecte des données de notre étude. Nous remercions également toute les participantes qui ont acceptées de participer à cette étude.

8. Contributions des auteurs

Les auteurs ont tous contribué de manière égale au développement de ce manuscrit. Ils ont lu et accepté la version finale du manuscrit

9. Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêts en lien avec la réalisation de cette étude.

10. Financement

La présente étude n'a bénéficié d'aucun financement externe et a été entièrement financée par l'auteur.

Références

- AJUAMUNGU, S. M., AHANA, J., MUSAADA, J. M., ASIMA, F. K., ISHARA, A. K., HABAMUNGO, D. M., & KOKA, C. M. (2025). Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des mères face à la malnutrition des enfants de moins de 5 ans en milieu rural de la RDC : Étude de l'aire de santé de Minova (territoire de Kalehe/Sud-Kivu). *Revue de l'Infirmier Congolais*, 9(1). <https://www.ric-journal.com/index.php/RIC/article/view/184>
- AKKARI, A., LOOMIS, C., & LAUWERIER, T. (2013). Investir dans le préscolaire en Afrique subsaharienne. Une synthèse de la littérature internationale. *Insaniyat / . Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, 60-61, 223-249. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.14212>
- ANQUETIL, M. (2023). *Marqueurs de développement de l'attention exécutive chez l'enfant d'âge préscolaire* (publication N° 2023NORMC034) [Thèse de doctorat]. Normandie Université. <https://theses.hal.science/tel-04445912>

- BLANCHARD, N. (2022). *La sélection des ressources éducatives sur les marchés éducatifs en ligne : Critères et pratiques d'enseignants du préscolaire et du primaire* [Mémoire de maîtrise]. Université du Québec en Outaouais. <https://di.uqo.ca/id/eprint/1437/>
- BOUCHER, S.-A. (2024). *L'attachement des enfants avec leur parent et leurs personnes enseignantes et leur ajustement socioscolaire lors de la transition du préscolaire vers le primaire* [Mémoire de maîtrise]. Université du Québec en Outaouais. <https://di.uqo.ca/id/eprint/1687/>
- BREAULT, C. (2023). *De l'évaluation des capacités langagières à la participation sociale d'enfants d'âge préscolaire : Étude d'une population clinique et des écrits scientifiques* [Thèse de doctorat]. Université de Montréal. <http://hdl.handle.net/1866/32180>
- CHENTOUT, R., & HAROUCHE, S. (2022). *Assurance des non-salariés : cas de CASNOS de Tizi-Ouzou* [Thèse de doctorat]. Université Mouloud Mammeri. https://www.ummo.dz/dspace/bitstream/ummo/19605/1/m_moir%20final%20rida_merged.pdf
- COULIBALY, M. (2024). *Revue des décès maternels dans le district sanitaire de Kolokani de 2017-2021* [Thèse de doctorat]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB).
- DIALLO, A. O., & FEINDOUNO, J. L. (2015). *La révolution dans le préscolaire en Afrique : Cas de la Guinée-Conakry*.
- DICKO, O. (2024). *Étude des malformations congénitales dans l'unité de néonatalogie de l'Hôpital du Mali* [Thèse de doctorat]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB).
- ELOMRANI, S., UTZ, B., DE BROUWERE, V., KAJJOUNE, I., & ASSARAG, B. (2024). Avortement au Maroc et virage au drame. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31 (5), 1-32.
- FRACHEBOUD, L., NANZER, N., & SANCHO ROSSIGNOL, A. (2023). La consultation unique en pédopsychiatrie pour les enfants d'âge préscolaire : Intérêts et limites d'un modèle de réponse à des demandes exponentielles. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 181 (5), 423-431. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.09.004>
- HAOUSSA, M. B. (2024). *Efficacité de la qualité de la prise en charge thérapeutique des enfants de 6 à 59 mois hospitalisés au centre de santé de référence de la commune I pour malnutrition aiguë sévère* [Thèse de doctorat]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB).
- IMANI RAMAZANI, B.-E., MABAKUTUVANGILANGA NTALA, S.-D., KATUASHI ISHOSO, D., & ROTHAN-TONDEUR, M. (2023). Knowledge of Obstetric Danger Signs among Pregnant Women in the Eastern Democratic Republic of the Congo. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5593. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085593>
- ISSA YUMA, A. (2022). *L'université face aux enjeux actuels en RDC : Développement des ressources humaines et inculturation de l'innovation*.
- LACHAPELLE, J., & CHARRON, A. (2025). La collaboration interprofessionnelle à l'éducation préscolaire : Cadre de référence et soutien aux premiers apprentissages du langage oral et écrit. *Revue hybride de l'éducation*, 9(1), 1-25. <https://doi.org/10.1522/rhe.v9i1.1736>
- LAROSE, F., TERRISSE, B., BÉDARD, J., & COUTURIER, Y. (2006). Les attentes des parents d'enfants d'âge préscolaire au regard des attitudes et des conduites éducatives des intervenants socio-éducatifs. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (4). <https://journals.openedition.org/efg/8368>

- LAUZON, C. (2023). *Élaboration d'un guide pédagogique pour outiller les personnes enseignantes à aborder les vérités historiques et le rapprochement envers les Premiers Peuples avec des enfants d'âge préscolaire fréquentant l'école québécoise* [Mémoire de maîtrise]. Université du Québec. <http://hdl.handle.net/11143/21306>
- LEBLANC, N. (2009). Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) au préscolaire : Nature, évaluation et traitement. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 199-215. <https://doi.org/10.7202/039132ar>
- MUMPE, G. M., BABINTU, L. M. B., & MASUMBUKU, J. L. (2025). Expérience et perception des acteurs de santé sur les déterminants de la prise en charge des enfants d'âge préscolaire : Étude transversale dans la zone de santé de Kikwit Nord en République démocratique du Congo. *Revue Internationale du Marketing et Management Stratégique*, 7(2), 155-182. <https://doi.org/10.34874/PRSM.rimms-vol7iss2.61338>
- PACIFIQUE, M. I., DE DIEU, M. M. J., GENTIL, I. K., & RENÉ, M. (2020). Étude des plantes médicinales utilisées par les femmes autochtones pygmées (Batwa) enceintes dans l'hinterland du parc national de Kahuzi-Biega (Rift albertin, RD. Congo). *European Scientific Journal*, 16(27), 107-132.
- RAYNA, S., & PLAISANCE, É. (1997). *L'éducation préscolaire aujourd'hui : Réalités, questions et perspectives*. https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1997_num_119_1_1171
- ROSCA, S. (2022). *L'impact de l'exposition prénatale aux perturbateurs endocriniens sur le développement cognitif des enfants d'âge préscolaire* [Mémoire de master en sciences psychologiques]. Université de Liège. <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/15550>