



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Facteurs du non respect des quatre consultations prénatales standards par les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru au Rwanda

présenté par

Agnes GATARAYIHA

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

le 20 Mars 2013

Directeur mémoire : Prof. Cyprien MUNYANSHONGORE

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENGE Président

Directeur du département Santé Université Senghor

Prof. Hassan SALLAM Examineur

Gynéco-obstétricien, Faculté de Médecine d'Alexandrie

Dr Nour El Etreby Examineur

Gynéco-obstétricien, Faculté de Médecine d'Alexandrie

Remerciements

Au Professeur MUNYASHONGORE Cyprien pour sa disponibilité, ses conseils, son apport considérable lors de l'élaboration de cette étude. J'aimerais lui remercier d'avoir accepté de diriger ce travail malgré beaucoup de travaux qu'il a à l'Ecole de Santé Publique, Université Nationale du Rwanda.

A Dr Christian MESENGE, le Chef du Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie pour son soutien, son encouragement et la transmission de sa connaissance.

A Mme Alice Mounir, Assistante du département Santé de l'université Senghor pour sa disponibilité.

A tous les membres de ma famille, leur soutien moral et psychologique tout au long de deux ans de cette formation.

Aux membres du CARE International et COPORWA qui m'ont permis de trouver les données nécessaires pour la réalisation de cette étude.

Finalement, A mes camarades de classe, pour toutes ces deux années passées ensemble.

Agnes GATARAYIHA

Dédicace

A mes regrettés parents GATARAYIHA Alphonse et MUKAMABANO Marie, pour le sens de responsabilité que vous m'avez hérités.

A mon Mari, MUGEMA Erick, pour ton amour, ta patience, ton soutien moral et financier et surtout tes prières de tous les jours.

Je dédie ce travail.

Résumé

Le non respect des 4 visites prénatales standards est un problème majeur de la santé publique. Au Rwanda, la proportion des femmes enceintes qui respectent les 4 visites prénatales recommandées reste relativement faible 35% et ceci a des effets négatifs pour la survie de la mère et de l'enfant. Il est nécessaire de déterminer les facteurs qui sont à la base de ce problème afin d'améliorer la qualité de vie de la mère et de l'enfant.

La présente étude a comme objectifs de déterminer la proportion des femmes enceintes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru qui font au moins une visite prénatale pendant la grossesse, évaluer le niveau de connaissance sur l'importance de l'utilisation du service de CPN pendant la grossesse, déterminer la proportion des femmes enceintes qui respectent les 4 visites prénatales et identifier les obstacles qui freinent le respect des 4 visites prénatales par les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive transversale. Elle comprend deux parties ; le volet quantitatif et le volet qualitatif. Les femmes ont été tirées au hasard par village jusqu'à la taille de l'échantillon de l'étude (n=367). Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'analyse des données quantitatives et le pour le volet qualitatif l'analyse a été faite manuellement.

Résultats : Seulement 13,4% des femmes enceintes respectent les 4 visites prénatales standard. La longue distance du domicile au Centre de Santé ($p=0.05$), la connaissance insuffisante sur l'utilisation de service de CPN ($p=0.01$), les facteurs socio-économiques et socio-culturels (tabous et croyance), le faible niveau d'éducation, les facteurs familiaux, la discrimination et la stigmatisation sont des facteurs qui influent négativement sur le respect de la CPN recommandée.

Il est nécessaire de renforcer l'éducation et la sensibilisation sur l'importance de la CPN au sein de cette communauté pour améliorer ou augmenter l'utilisation de service de CPN afin de diminuer la mortalité maternelle et infantile des personnes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru.

Mot-clef : CPN, femmes enceintes, personnes historiquement marginalisées, Nyaruguru-Rwanda

Abstract

The non-compliance of four standard antenatal visits is a critical problem of public health. In Rwanda, the proportion of pregnant women who meet the four antenatal visits remains relatively low 35% and this has negative consequences for the survival of the mother and the child. It is necessary to determine the associate factors of this problem in order to improve the quality care for maternal and child health. This study intends to determine the proportion of historically marginalized pregnant women in Nyaruguru District who visit at least one antenatal care during pregnancy, assess the level of knowledge on the importance of using the ANC service, to determine the proportion of pregnant women attending four prenatal visits, identify obstacles which fail historically marginalized women to fulfill four antenatal visits.

Method: It is a descriptive cross-sectional study. It includes two parts: the quantitative and qualitative approach. Women were randomly selected from each village until to the size of the study sample (n = 367). The SPSS was used for analysis of quantitative data and for the qualitative component, the analysis was done manually.

Results: Only 13.4% of pregnant women meet four standard antenatal care visits. The low ANC attendance was significantly associated with the long walking distance from home to the health center ($p = 0.05$), insufficient knowledge on the importance of the use the ANC service ($p=0.01$), the socio-economic and socio-cultural factors (beliefs and taboos), the low education level, the family factors, stigma and discrimination.

There is a need to strengthen education and awareness on the importance of ANC in this population to improve or increase the use of ANC services in order to reduce maternal and infant mortality of historically marginalized people of Nyaruguru District.

Key-words

Antenatal care (ANC), pregnant women, Historical marginalized people, Nyaruguru-Rwanda

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- COPORWA : Coopération des potiers du Rwanda
- CPN : Consultation Prénatale
- EDSB : Enquête démographique et de la santé du Burundi
- GTZ/GIZ : German Technical Cooperation
- HIV/AIDS : Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome
- MINISANTE : Ministère de la Santé du Rwanda
- NISR : National Institute of Statistic of Rwanda (Institut National de la Statistique du Rwanda)
- NS : Non Significatif
- NUR : National University of Rwanda
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le développement
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RDHS : Rwanda Demographic and Health Survey
- SPSS: Statistical Package for Social Science.
- UN : United Nations
- UNICEF : United Nations for Children's Fund

Table des matières

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Introduction.....	1
Définition des concepts.....	2
1. Consultation prénatale (CPN).....	2
2. Population historiquement marginalisée (PHM):.....	2
1 PROBLEMATIQUE.....	5
1.1 QUESTION DE RECHERCHE.....	7
1.2 HYPOTHESES.....	7
1.3 OBJECTIFS.....	7
1.3.1 OBJECTIF GENERAL.....	7
1.3.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	7
1.4 INTERET DU SUJET.....	7
1.5 DESCRIPTION DU MILIEU D'ETUDE.....	8
2 REVUE DE LA LITTERATURE.....	10
3 METHODOLOGIE.....	15
3.1 TYPE D'ETUDE :.....	15
3.2 METHODOLOGIE PROPREMENT DITE.....	15
3.2.1 Atteinte des objectifs spécifiques.....	15
3.2.1.1. Volet quantitatif.....	15
3.2.1.2. Volet qualitatif.....	16
3.2.2 Variables de l'étude:.....	16
3.2.2.1. Variable dépendante.....	16
3.2.2.2. Variables indépendantes.....	16
3.2.3 Population de l'étude.....	16
3.2.3.1. Calcul de la taille de l'échantillon.....	16
3.2.3.2. Technique d'échantillonnage.....	17
3.3 MATERIEL UTILISE.....	18
3.4 UTILISATION DES RESULTATS OBTENUS.....	18
3.5 CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	18

4	RESULTATS	19
4.1	PARTIE QUANTITATIVE	19
4.1.1	Caractéristiques socio-démographiques et autres éléments de participants.....	19
4.1.2	Résultats proprement dits	22
4.1.2.1.	Proportion des femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale pendant la grossesse	22
4.1.2.2.	Analyse statistique des 4 visites prénatales et les caractéristiques socio-démographiques et autres éléments des participants.....	22
4.1.2.3.	Niveau de connaissance des répondants sur l'importance de l'utilisation du service de la consultation prénatale	26
4.1.2.4.	Analyse statistique des 4 visites prénatales standard en fonction du niveau de connaissance des répondants sur l'importance d'utiliser le service de CPN.....	26
4.1.2.5.	Calcul d'odds ratio pour les variables indépendantes ayant présenté une association statistiquement significative avec les quatre visites prénatales recommandées	27
4.1.2.6.	Résultats après l'analyse multivariée	28
4.2	PARTIE QUALITATIVE	30
5	DISCUSSION.....	33
	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	36
	REFERENCES	38
	Liste des figures.....	41
	Liste des tableaux.....	41
	ANNEXES.....	42
1	QUESTIONNAIRE	42
2	GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES PARTICIPANTS	45

Introduction

Pour toutes les femmes, la naissance d'un enfant est un moment merveilleux mais parfois bouleversé par la mort de l'enfant ou la mère qui peut survenir pendant ou après l'accouchement. La consultation prénatale constitue un ensemble d'activités essentielles au suivi de la grossesse permettant entre autre :

- De dépister et traiter toute maladie que la mère peut avoir,
- D'aider les femmes à rester en bonne santé en lui prodiguant des conseils et de prévenir les pathologies pouvant entraîner la mort de l'enfant ou de la mère lors de l'accouchement (OMS, 2010).

L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant demeure encore un objectif prioritaire dans la plupart des pays du monde d'où l'objectif du millénaire au développement (OMD ; 4&5).

Selon l'OMS en 2010, dans le monde, environ 800 femmes meurent chaque jour à cause des complications évitables liées à la grossesse ou à l'accouchement et 99% environs de ces décès se produisent dans les pays en développement.

Au Rwanda, le taux de mortalité maternelle est passé de 1071/100 000 naissance vivantes en 2000 à 476/100 000 naissances vivantes en 2010, le taux de mortalité infantile a diminué de 86 décès /1000 en 2005 à 50 décès/1000 en 2010, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est 76/1000 en 2010. L'augmentation de la proportion des femmes enceintes faisant au moins une consultation prénatale est passée de 94% en 2005 à 98% en 2010 (RDHS, 2010). Ceci est l'un des facteurs qui diminue la mortalité maternelle et infantile.

Dans les pays industrialisés presque toutes les femmes enceintes bénéficient de consultation prénatale, ce qui diffère dans les pays en développement (Diallo *et al*, 1990).

Au Rwanda, l'utilisation de service de la consultation prénatale chez les femmes enceintes reste faible 35% (RDHS, 2010). C'est dans ce cadre que s'inscrit ce travail qui vise à évaluer le niveau de fréquentation des visites prénatales par les femmes enceintes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru.

Ce travail est composé de grandes parties à savoir : Introduction, méthodologie, présentation des résultats, discussion ainsi qu'une conclusion et des recommandations.

Définition des concepts

1. Consultation prénatale (CPN)

Selon l'OMS (1992), la CPN est l'ensemble des soins, systématiquement dispensés à toutes les femmes au niveau des services de santé primaire, soit tous les aspects de soins, du dépistage jusqu'aux soins vitaux intensifs fournis à toutes les femmes enceintes pendant la grossesse et l'accouchement.

Selon OMS (1994), les activités de CPN sont l'ensemble des interventions ciblées sur la mère et l'enfant qui indiquent les mesures efficaces qui peuvent être prises aux différents niveaux du système de santé en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile.

Selon le Ministère de la Santé du Rwanda (MINISANTE) 1998, la CPN est une activité comportant des soins médicaux essentiels pour détecter les facteurs de risque et/ou diagnostiquer précocement les complications obstétricales.

La consultation prénatale est un processus de surveillance médicale et la prise en charge globale de la femme enceinte et de son futur enfant dans une formation sanitaire par un personnel qualifié. C-à-d. une personne ayant des compétences obstétricales (un médecin, sage-femme ou infirmier(e) qui a suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer et transférer des complications obstétricales) (Akoto, 1989). En d'autres mots, la consultation prénatale est le suivi de la grossesse, qui comprend l'ensemble de soins et de surveillance médicale apportés à la femme enceinte, pendant la période allant de la conception jusqu'au début de l'accouchement.

Ainsi, une consultation prénatale faite par un personnel qualifié est un élément clé pour éviter les conséquences néfastes pour la mère et le nouveau-né afin d'atteindre les Objectifs 4&5 du Millénaire pour le Développement entre 1990 et 2015 (la réduction de la mortalité infantile 2/3 et maternelle 3/4).

2. Population historiquement marginalisée (PHM):

Au Rwanda, il y a une politique de l'unité et de la réconciliation c'est à dire un seul Rwandais sans considérer les groupes ethniques. L'objectif de cette politique est de renforcer l'unité nationale et prévenir les conflits des groupes ethniques qui ont conduit au Génocide des Tutsis 1994.

Cependant, le Gouvernement du Rwanda actuel considère et reconnaît un groupe Batwa/autochtone comme étant une communauté historiquement marginalisée (IWGIA, 2010). Ce groupe est identifié en tant qu'habitants originaux des forêts équatoriales des Grands Lacs d'Afrique Centrale. Il est connu sous les différentes appellations notamment la population autochtone, Batwa, potiers, pygmées et population historiquement marginalisée selon les pays. Ils se trouvent au Burundi, République Démocratique du Congo, en Ouganda, au Cameroun, en République Centre Africaine et au Rwanda.

La population historiquement marginalisée du Rwanda habitait dans les forêts. Elle n'a pas de demeures fixes et ne construit pas des maisons durables. Les habitants sont essentiellement potiers et pratiquent les parasitismes auprès des grands personnages auxquels ils servent d'exécuteurs de menus travaux (Musilikare, 1999).

Le pourcentage de la population historiquement marginalisée dans l'ensemble de la population du Rwanda est très faible et sa proportion diminue progressivement avec l'évolution démographique du pays : 0.699% en 1956, 0.555% en 1970, 0.527% en 1980, 0.411% en 1991 (Musilikare, 1999), 45 000 en 1994 et puis entre 35.000-33.000 après le Génocide des Tutsis du Rwanda, soit 0,3% de la population nationale dont 65% sont des jeunes de moins de 25 ans (COPORWA, 2004).

Les particularités de la population historiquement marginalisée souvent soulignées par eux-mêmes sont avant tout la discrimination et les préjugés auxquels ils sont régulièrement sujets. Plusieurs d'entre eux affirment que leurs enfants n'aiment pas aller à l'école car d'autres enfants leur jettent des objets et les traitent comme des inhumains.

Les définitions et les concepts ci-haut cités montrent la discrimination et la marginalisation faites pour eux par d'autres habitants rwandais ; et elles mêmes se sentent marginalisées selon leur histoire et leur mode de vie ainsi que leur économie. Ceux-ci seraient le frein de la faible fréquentation ou la non utilisation des services des soins en général et surtout le service de consultation prénatale afin de réduire la mortalité maternelle et infantile dans cette population.

Au Rwanda, 26% de la population totale est analphabète mais la communauté historiquement marginalisée représente le plus grand nombre 48% (COPORWA, 2004). Dans le District de Nyaruguru, seulement 22% de leurs enfants fréquentent l'école (GTZ, 2007).

Selon les données de l'enquête faite par COPORWA en 2004, 76,6% de la population historiquement marginalisée ne savent ni lire ni écrire. Moins de 1 % de cette communauté a fait des études secondaires par rapport à 10% du reste de la population rwandaise avec un niveau d'instruction secondaire (RDHS, 2010). Les principales raisons de la non fréquentation scolaire pour les enfants de la population historiquement marginalisée de 5 à 13 ans sont le manque de ressource (financement), la mauvaise volonté des parents, la faim et la marginalisation et la discrimination. Malgré l'effort fait dans les différents domaines par le Gouvernement du Rwanda sur toute la population nationale, il n'y a pas eu un grand changement pour la situation socio-économique de ce groupe, au niveau de l'éducation il n'y a que 160 personnes au secondaire et 32 personnes à l'enseignement supérieur. Cette population historiquement marginalisée vit toujours dans des mauvaises conditions de vie (Sénat, 2011).

Le niveau d'instruction des femmes et les filles de cette communauté est très bas parce qu'elles doivent s'occuper de la famille ainsi que la croyance des parents que les filles ont été créées pour être mariée, avoir des enfants, recherche de la nourriture et non pour passer du temps à étudier. Tout ceci limite les

sources et les possibilités d'accéder à l'information sur l'importance d'utiliser les services de santé dont la consultation prénatale afin d'éviter ou réduire la mortalité maternelle et infantile.

Les enquêtes faites ont montré que les facteurs socio-économiques sont au bas niveau; 32.1% sont des agriculteurs, 30.3% sont des chômeurs, 21.9% sont des maçons et d'autres travaillent comme agents administratifs, peintres, potiers. L'agriculture et la poterie sont les plus importantes activités qui rapportent plus dans le ménage. En général, la population historiquement marginalisée est pauvre car plus 95% vivent de la poterie traditionnelle mais actuellement des produits industriels sont plus utilisés et ceci occasionne une forte diminution de revenus de cette communauté (COPORWA, 2004).

Une enquête sur les conditions de vie a établi que les caractéristiques socio-démographiques de la mère tels que l'âge, le niveau d'éducation, espacement de la naissance etc. ont un impact sur la santé de l'enfant et de la mère. La situation des conditions de vie de la population historiquement marginalisée demeure critique à cause du manque d'habit adéquat, la non scolarisation des enfants, le manque des soins médicaux, le manque d'emploi et de source de revenus, le manque de terres cultivables, les ménages précoces, la discrimination et marginalisation et la sécurité alimentaire, tout ceci rend cette communauté pauvre et vulnérable (Sénat, 2007 ; Commission Nationale des Droits de la personne au Rwanda, 2005).

La majorité de la population historiquement marginalisée habite dans le milieu rural, seulement 14% habitent dans le milieu urbain. Par rapport au niveau national, seuls 2.9% de la population historiquement marginalisée bénéficient de l'eau potable mais 41% utilisent de l'eau de puits ou sources aménagées et 14% s'approvisionnent aux robinets publics gratuits (COPORWA, 2004).

1 PROBLEMATIQUE

Dans toutes les sociétés, les femmes sont censées avoir des enfants et leur rôle de mère est source du respect. Le service de la santé maternelle existe et fonctionne depuis longtemps dans les pays industrialisés ainsi que dans les pays en voie de développement.

A travers le monde, la situation de la grossesse a toujours été un risque pour la mère et pour l'enfant. La mortalité maternelle reste un problème inquiétant dans le monde plus particulièrement dans des pays en voie de développement.

En effet, l'OMS en 2010 a déclaré que chaque jour dans le monde environ 800 femmes meurent des complications évitables liées à la grossesse ou à l'accouchement et 99% environ de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement.

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué, il est passé de 88 décès/100000 naissances vivantes en 1990 à 57/100000 naissances vivantes en 2010 (UN, 2011).

Au Rwanda, le taux de mortalité maternelle est passé de 1071/100 000 naissances vivantes en 2000, 750/100000 naissances vivantes en 2005 à 476/100000 naissances vivantes en 2010. La mortalité infantile a progressivement diminué 86 décès pour 1000 en 2005, 62 décès pour 1000 en 2007-08 et 50 décès pour 1000 en 2010. Le taux de mortalité des enfants de 1- 4 ans est de 27 pour 1000 et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est 76 pour 1000 (RDHS, 2010).

Le taux de mortalité maternelle a diminué pour diverses raisons, essentiellement grâce à :

- ❖ Augmentation de la couverture contraceptive passant de 4% en 2000 à 10% en 2005, 27% en 2007-2008 et à 45% en 2010,
- ❖ Augmentation de la proportion des femmes enceintes faisant au moins une consultation prénatale ; 94% en 2005 à 98% en 2010,
- ❖ Augmentation du taux d'accouchement assisté passant de 39% en 2005 à 69% en 2010 (RDHS, 2010).

L'utilisation systématique de la consultation prénatale en pays industrialisés a contribué à la réduction de la mortalité maternelle et infantile (Sepou, 2000). 100% des femmes enceintes en pays développés respectent les 4 visites prénatales (OMS, 2010).

En Afrique, seulement 2/3 des femmes enceintes font au moins une fois la visite prénatale pendant leur grossesse. Pire encore, en Afrique Sub- saharienne, la majorité des femmes ne fréquentent pas régulièrement les services prénataux (UNICEF, 1999). Alors que l'une des raisons de la consultation prénatale est d'aider les femmes enceintes à la préparation d'un bon accouchement à l'hôpital avec assistance des médecins dont l'efficacité à la prévention de la mortalité maternelle et infantile.

Au Maroc, 68% des femmes enceintes font au moins une seule visite prénatale, seulement 30% font 4 visites prénatales. Au Sénégal, 87% des femmes enceintes font au moins une seule visite prénatale tandis que seulement 40% complètent les 4 visites prénatales. Au Soudan, 64% des femmes enceintes font des visites prénatales au moins une seule fois alors que moins de 1% de celles –ci complètent les 4 visites prénatales recommandées (OMS, 2010).

La situation des enfants des pygmées d'Afrique centrale reste problématique. Elle est élevée par rapport à la mortalité infantile nationale. Ceci est vrai pour les enfants AKA de la République Centrafricaine, chez les Twa de l'Ouganda et chez les Mbendjele en République Démocratique du Congo (Dorothy, 2007).

Au Rwanda, la proportion des femmes enceintes qui fréquentent les services de la consultation prénatale au moins une fois est 98%. Tandis que la proportion de ceux qui complètent les 4 visites prénatales recommandées par l'OMS reste faible (35%). Bien que 69% des femmes accouchent au centre de soins (Centre de Santé, dans les Hôpitaux, etc) (RDHS, 2010).

Une étude a révélé que la population historiquement marginalisée du Rwanda avait systématiquement plus de difficultés à accéder aux soins de santé que les communautés voisines. L'utilisation des Centres de Santé par cette communauté pour des raisons médicales est très faible à cause du manque des frais de paiement et parfois sont victimes de traitement humiliant et discriminatoire (COPORWA, 2004).

« Les populations historiquement marginalisées ont droit sans discrimination d'aucune sorte ; à l'amélioration de leur situation économique et sociale notamment dans les domaines d'éducation, de l'emploi, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale. Une attention particulière est accordée aux enfants, femmes, des jeunes et des handicapés des personnes historiquement marginalisées. » (UN, 2007).

La gratuité des soins de santé par le Gouvernement Rwandais à la communauté historiquement marginalisée a amélioré leur santé et hygiène. 68 % des femmes ont reçu les vaccins prénataux et 90% des enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés (Dorothy, 2007).

Des efforts du Gouvernement Rwandais investis dans la mobilisation et sensibilisation à l'adhérence aux mutuelles de santé ont montré un progrès sur l'utilisation de CPN au niveau national mais il y a toujours un long trajet à faire pour les personnes pauvres et vulnérables ainsi qu'aux groupes historiquement marginalisés.

Ainsi, dans ce cadre, il est fort possible que pour la population historiquement marginalisée, la proportion des femmes enceintes qui effectuent au moins une visite prénatale, de même que celle qui respectent les 4 visites prénatales standards reste faible eu égard au rapport de la COPORWA en 2011 montrant qu'une personne sur trois accède aux soins de santé à travers les mutuelles de santé au

moment où le taux d'utilisation des services de santé est de 95% pour l'ensemble de la population rwandaise et ceci grâce à une couverture généralisée de la population par les mutuelles de santé (MINISANTE, 2011).

1.1 QUESTION DE RECHERCHE

Les femmes enceintes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru respectent-elles les 4 visites prénatales recommandées par l'OMS? Si non, quelles en sont les facteurs responsables ?

1.2 HYPOTHESES

Le nombre des femmes enceintes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru qui respectent les 4 visites prénatales recommandées est faible.

La faible connaissance sur l'importance de l'utilisation de service de la consultation prénatales freine les femmes enceintes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru de respecter les 4 visites prénatales recommandées.

1.3 OBJECTIFS

1.3.1 OBJECTIF GENERAL

Evaluer le niveau de fréquentation des visites prénatales par les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru.

1.3.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la proportion des femmes enceintes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru qui font au moins une visite prénatale pendant la grossesse.
2. Evaluer le niveau de connaissance sur l'importance de l'utilisation du service de CPN pendant la grossesse.
3. Déterminer la proportion des femmes enceintes qui respectent les 4 visites prénatales.
4. Identifier les obstacles qui freinent le respect des 4 visites prénatales par les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru.

1.4 INTERET DU SUJET

En tant qu'utilisatrice du service de CPN, je me suis passionnée sur ce sujet parce que j'ai été touchée par le taux élevé de la mortalité maternelle et infantile dans notre pays, le Rwanda, spécialement chez la population historiquement marginalisée. Durant notre stage que nous avons effectué dans une organisation non gouvernementale qui se focalise sur la prise en charge de la population

historiquement marginalisée, nous avons effectué des visites sur le terrain et nous avons remarqué le taux élevé de mortalité dans cette population. Les résultats de cette étude vont servir aux personnels chargés du service de CPN en générale et aux agents de la santé communautaire à motiver les femmes enceintes d'utiliser ce service au début de la grossesse et bien suivre toutes les 4 visites afin de dépister précocement et traiter toute affection pouvant compromettre la bonne évolution de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

La tragédie des femmes qui meurent quand elles sont entrain de donner la vie est un grand problème mondial particulièrement dans les pays en voie de développement dont le Rwanda fait partie. Les organisations internationales et les gouvernements n'ont pas cessé d'investir leurs efforts dans la lutte contre ce fléau. Les soins prénatals jouent un grand rôle sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Bien que beaucoup d'efforts aient été faits au Rwanda dans ce cadre, nous ne disposons pas d'information sur l'utilisation du service de consultation prénatale par les femmes enceintes de la population historiquement marginalisées du District de Nyaruguru au Rwanda.

Cette présente étude se propose de fournir l'information sur ce sujet. La meilleure compréhension des femmes enceintes sur l'importance de l'utilisation du service de CPN aura un effet positif sur la réduction de la mortalité maternelle au plan national en général et particulièrement au groupe historiquement marginalisé du Rwanda.

1.5 DESCRIPTION DU MILIEU D'ETUDE

Le Rwanda est un pays montagneux et enclavé de 26.338 km² de surface. Sa population est 10.537.222 habitants (NISR, 2012). Il est situé dans la région de l'Afrique centrale et de l'Est.

Le Rwanda est géographiquement divisé en quatre provinces : le Nord, le Sud, l'Est et l'Ouest et la Ville de Kigali. Ces provinces sont subdivisées en 30 districts, 416 secteurs, 2 148 cellules et 14.837 villages (IMIDUGUDU).

Le District de Nyaruguru est l'un des districts de la Province du Sud, il est constitué de 14 secteurs, 72 cellules et 332 Villages. Le district a une superficie de 2.750 km² avec une population de 252.695 habitants dont les femmes représentent 52.9% et 47.1% des hommes. Il dispose de 10 Centres de Santé pour les 14 secteurs du District (District de Nyaruguru, 2009).

Le District de Nyaruguru représente 7% des groupes vulnérables dont la population historiquement marginalisée au Rwanda (BATWA) fait partie. Ils sont plus vulnérables à cause d'une extrême pauvreté, la marginalisation ainsi que la discrimination exagérée (CARE International, 2003, ADENYA, 2006). C'est la raison pour laquelle le District de Nyaruguru a été choisi pour notre étude.

La figure 1 et 2 : La carte géographique du Rwanda et la carte administrative du District de Nyaruguru respectivement.

2 REVUE DE LA LITTERATURE

La consultation prénatale diminue le taux de mortalité maternelle et infantile soit directement en dépistant et en traitant les maladies liées à la grossesse ou intercurrentes; soit indirectement en identifiant les femmes particulièrement exposées à des complications de l'accouchement et en faisant en sorte qu'elles accouchent dans la formation sanitaire convenablement équipées (OMS, 1998).

Le taux d'utilisation du service de consultation prénatale par les femmes enceintes est élevé, 97% en Europe, 95% en Amérique du nord et 73% en Amérique Latine et Caraïbe et en Asie (Rwenge, 2007).

En Amérique et Europe, le pourcentage des femmes qui accouchent à la maternité varie de 93 à 100%, en Asie le nombre varie de 3 à 50%, au Bangladesh, 97% accouchent à domicile et 92% sont aidées par des accoucheuses traditionnelles ou parents (OMS, 1998).

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes bénéficient des soins prénataux et accouchent sous surveillance d'un personnel médical qualifié, en cas de complications, elles ont accès à des soins d'urgence ce qui diffère dans les pays en voie de développement dont le Rwanda fait partie (Diallo *et al*, 1999).

En Afrique, seulement 63% des femmes bénéficient des soins prénataux. Les visites prénatales sont peu utilisées alors qu'elles sont indispensables parce qu'elles permettent de détecter et de traiter les causes majeures de la mort des enfants et des mères puis informer les femmes sur les conduites à tenir et les structures où elle doit se rendre au cas d'urgence ou des complications liée à la grossesse. (Marc *et al*, 2002).

Au Bénin, dans les Centres de Santé fonctionnant le mieux, plus de 75% des femmes enceintes ont bénéficié au moins 3 visites. Cependant 14.6% les femmes n'ont effectué que 2-3visites prénatales, 12.6% des femmes n'ont qu'une seule visite prénatales ou aucune. Ces comportements ont des effets négatifs sur la survie de l'enfant (OMS, 2005).

Au Sénégal, 12% des femmes enceintes ont effectué une seule visite prénatale et 34% n'ont effectué aucune visite prénatale. Dans 12% des cas, elles ont effectué deux visites prénatales après le 1^e trimestre de la grossesse, 66% ont effectué au moins une fois la surveillance prénatale (OMS, 1998). Une étude menée dans le district sanitaire de Richard Toll au Sénégal, montre qu'il y a un faible achèvement en CPN dont la première visite couvre 60% différemment à la troisième visite 30% (Ndiaye, *et al* 2005).

Une étude au Nigeria a révélé que les femmes qui ont utilisé le service de consultation prénatale au moins une fois pendant la grossesse représente 60.3% et 43.5% ont accouché à l'hôpital par un personnel qualifié. Cette étude a montré que les facteurs individuels, familiaux, communautés, régions

(urbain et rural), religion, etc. influencent l'utilisation du service de consultation prénatale par les femmes Nigériennes enceintes (Babalola *et al*, 2009). D'autres obstacles qui freinent l'utilisation des CPN sont entre autres, la mauvaise qualité des soins, la crainte des installations de techniques modernes, les autres obligations, l'absence du pouvoir de décision des femmes dans des familles, les croyances et pratiques traditionnelles.

Au Burundi, l'utilisation du service de CPN au moins une visite est de 99%, seulement 72 % des femmes enceintes ont effectué 4 visites recommandées et 60% ont accouché dans une formation sanitaire par un personnel qualifié (EDSB, 2010).

Dans la zone de santé rurale de Ngidinga en République Démocratique du Congo, une étude a montré que 95% des femmes enceintes ont été bien suivies pendant la grossesse et 85.% ont eu un accouchement assisté (Kamakondi, 2004).

Une étude a relevé que l'âge de procréation est un important facteur de risque à prendre en compte dans la prise en charge de la grossesse (Emina, 2005). Les décès liés à l'âge sont en rapport avec la notion traditionnelle de procréation fortement ancrée dans les sociétés en développement, leur prévention n'est pas seulement médicale mais aussi sociale, culturelle et économique (Chakraborty *et al*, 2003).

La mortalité maternelle et infantile a baissé de façon significative mais au Rwanda la situation s'est empirée à cause du Génocide 1994, il faut noter que sur le plan nationale, la mortalité varie d'une région à l'autre, un enfant né dans la province du Nord, Est ou Ouest court presque 2 fois le risque de mourir avant son 1^e anniversaire qu'un enfant né dans la ville de Kigali. La mortalité infantile et maternelle est l'un des indicateurs importants mesurant le niveau de développement d'un pays. Le Rwanda est un pays en voie de développement dont la mortalité maternelle et infantile a fortement diminué (RDHS, 2010).

Les problèmes de santé de la population historiquement marginalisée au Rwanda et ailleurs dans le monde sont plus souvent sérieux et parfois en danger. En effet, alors que les mutuelles de santé couvrent plus de 90% de la population rwandaise, seulement 30% des populations historiquement marginalisées sont couverts par les mutuelles de santé malgré la sensibilisation sanitaire faite au niveau communautaire, cela montre le frein de l'utilisation des services de santé en général et particulièrement la consultation prénatale. L'utilisation des services des soins pour des raisons médicales est très faible à cause du manque de moyen et l'automédication. Il a été mentionné que beaucoup des femmes enceintes ne reçoivent pas les vaccins prénataux car elles ne fréquentent pas les services de CPN mais 90% des enfants de moins de 5 ans sont vaccinés (COPORWA, 2004).

L'hygiène et l'assainissement sont aussi un indicateur marquant la misère de la population historiquement marginalisée ainsi qu'aux risques d'avoir des maladies. La majorité d'eux n'ont pas des

latrines, pas de logement adéquat et manque d'eau potable. La malnutrition due au manque de terre contribue à la mortalité infantile ; la communauté historiquement marginalisée de l'Ouganda a reçu des terres cultivables puis la mortalité des enfants au dessous de 5 ans a diminué de 59 à 18% (Dorothy, 2007).

Les causes de mortalité maternelle les plus fréquentes sont les hémorragies sévères 25%, les infections 15%, l'éclampsie 12% etc. qui pour la plupart, sont évitable par des mesures d'hygiène et des changements de comportement (OMS, 2005). Le recours aux interruptions volontaires de grossesse, les grossesses rapprochées, les grossesses précoces augmentent aussi les risques de mortalité. De plus, les affections associées à des accouchements sont aux taux élevés de mortalité maternelle, ces taux élevés sont dus au faible niveau d'alphabétisation des femmes, la sous utilisation du service de planning familial, du service prénatal et du service d'assistance à l'accouchement.

Selon le rapport annuel de MINISANTE, la proportion des femmes qui ont accouché dans les services sanitaires a progressivement augmenté passant de 39% en 2005, 52% en 2007 puis à 69% en 2010. Plus il y a d'accouchements assistés par un personnel qualifié ; il y a une forte diminution sur la mortalité maternelle et infantile (MINISANTE, 2011).

Les conditions de vie des personnes historiquement marginalisées pourraient favoriser un risque élevé de mortalité maternelle et infantile. Leur comportements ou attitude face à la fréquentation de la consultation prénatale est très bas à cause de la discrimination par les autres groupes sociaux. La marginalisation faite à ce groupe serait le reflet des inégalités sociales. Cette violation de droits humains, encore largement enveloppée dans une culture de silence, fragiliserait les personnes historiquement marginalisées notamment en ce qui concerne leur pouvoir de négociation sur le plan sanitaire.

En 2010, le recensement fait par le Ministère de l'Administration locale montre que la population historiquement marginalisée est au nombre de 25.000. "*Les mauvaises conditions de vie suffiront pour exterminer cette communauté*" (Kalimba, 2010).

Les visites prénatales recommandées par l'OMS sont au nombre de quatre :

- ❖ Première visite : 1^{er} trimestre de la grossesse; 1-3 mois
- ❖ Deuxième visite : 2^e trimestre de la grossesse; 4-6 mois
- ❖ Troisième visite : 3^e trimestre de la grossesse; 7-9 mois
- ❖ Quatrième visite : 4^e trimestre de la grossesse; dans le courant du 9^e mois pour l'orientation de l'accouchement.

Le nombre de CPN varie d'un pays à l'autre ; 8 à 13 au Etas Unis, de 5 à 15 en Europe. Le Rwanda préconise au moins 4 visites prénatales.

Mais la femme enceinte peut se rendre à la formation sanitaire sans attendre les rendez vous au cas où elle a des complications ou problèmes. 98% des femmes enceintes font au moins une visite prénatale.

Malgré une forte augmentation de l'utilisation du service de consultation prénatale, la proportion des femmes qui obéissent aux quatre visites prénatales recommandées est trop basse (Carolli *et al*, 2001).

La CPN est très importante parce qu'elle ne consiste pas seulement à prendre en charge des complications de la grossesse mais aussi elle est l'occasion de promouvoir des modes de vie favorables à la santé, lesquels contribuent à long terme à améliorer les issues sanitaires pour la femme et son enfant à naître et éventuellement sa famille.

Ainsi, les prestataires doivent s'assurer qu'après le service de CPN, les femmes enceintes et leurs familles ont toutes les informations nécessaires pour prendre les meilleurs décisions possibles pendant la grossesse, l'accouchement, la période du post-partum et néonatale ainsi que les conseils suffisants (Glasier, *et al* 1996 ; Ozvaris *et al*, 1997).

En Russie, parmi les raisons avancées par les femmes de retarder en consultation prénatale, on retrouve les facteurs socioculturels et économiques, la distance entre domicile et le centre de santé, les difficultés financières, le temps d'attente avant d'être reçue, la peur et les attitudes négatives des médecins (Hulton *et al*, 2000).

Le niveau d'instruction peut entraine le recours aux services des soins. Une femme instruite est capable de s'affranchir de ces croyances car elle peut mieux comprendre des informations relatives aux soins maternels, de développer les nouveaux comportements en matière de l'utilisation des services de soins et augmente également le niveau de vie en payant elle-même les frais de soins de santé (Akoto, 1990).

L'étude menée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Nationale du Rwanda (NUR) sur la perception et les besoins de la communauté en service de santé ont révélé que le complexe d'infériorité en rapport avec les habits et l'hygiène est l'un des facteurs freinant l'utilisation du service de CPN (GTZ, 2004).

Les femmes enceintes de la population historiquement marginalisées du Rwanda ne fréquentent pas le service de consultation prénatale et de service de maternité pour accouchement parce que d'autres femmes les méprisent de mal s'habiller, parfois elles sont victimes des personnes soignantes et l'extrême pauvreté de cette communauté. Certaines affirment qu'elles préfèrent accoucher à la maison parce qu'elles n'ont pas un ticket modérateur même s'elles présentent une carte de mutuelle de santé.

Elles sont marginalisées sur tout le plan socio-économique donc seraient la base du frein remarquable :

- ❖ A l'accès des soins de santé

- ❖ A l'information utile pour l'importance d'utiliser le service de maternité en vue de diminuer le taux de mortalité maternelle et infantile.

Les raisons de la faible utilisation ou la non fréquentation du service de CPN par les femmes enceintes historiquement marginalisées du Rwanda ne sont pas documentées et la présente étude se propose de fournir les informations sur ce sujet.

3 METHODOLOGIE

3.1 TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

3.2 METHODOLOGIE PROPREMENT DITE

3.2.1 *Atteinte des objectifs spécifiques*

Pour réaliser notre étude, nous avons utilisé deux volets : Volet quantitatif et volet qualitatif.

3.2.1.1. *Volet quantitatif*

1. Pour déterminer la proportion des femmes enceintes qui font au moins une visite prénatale pendant la grossesse, nous avons considéré les mères ayant un enfant d'au moins une année (le dernier nouveau-né), et nous avons demandé celles qui ont fait au moins une visite prénatale pendant la grossesse et on a déterminé alors la proportion.
2. Pour évaluer le niveau de connaissance sur l'importance de l'utilisation du service de CPN pendant la grossesse, les éléments ci-après ont été considérés :
 - la prise en charge de la santé de la mère-enfant,
 - s'assurer de la bonne évolution de la grossesse,
 - dépister les problèmes qui peuvent empêcher la bonne évolution de la grossesse et assurer la prise en charge en cas de risque,
 - donner des conseils en vue d'améliorer le problème de la santé de la mère, de l'enfant et de tout le ménage,
 - donner des conseils sur la planification familiale, alimentation de l'enfant, de la femme enceinte et de la mère allaitante.

La réponse avec au moins trois éléments a été considérée comme « connaissance suffisante ».

3. Pour déterminer la proportion des femmes enceintes qui respectent les 4 visites prénatales, nous avons considéré le schémas recommandé par l'OMS et le MINISANTE c.-à-d. la première visite pendant le 1^e trimestre de grossesse (1-3 mois), 2^e visite pendant le 2^e trimestre de grossesse (4-6 mois), 3^e visite pendant le 3^e trimestre de grossesse (7-9 mois) ainsi que la dernière visite quand la grossesse est à terme (9^e mois de grossesse) afin d'orienter le lieu de l'accouchement.
4. Les obstacles du non respect des 4 visites prénatales ont été déterminés après le croisement de la variable dépendante (respect des 4 visites prénatales) et les variables indépendantes à savoir : l'âge, le niveau d'étude, le statut matrimonial, la distance du lieu de résidence et le Centre de Santé, le temps d'attente, la relation entre femme enceinte et le personnel soignant.

3.2.1.2. Volet qualitatif

A travers les groupes de discussion dirigée c.-à-d.

- ✓ Un groupe des femmes non scolarisées
- ✓ Un groupe des femmes ayant fréquenté l'école primaire
- ✓ Un groupe des hommes non scolarisés
- ✓ Un groupe des hommes ayant fréquenté l'école primaire,

Chaque groupe comptant entre 8-12 membres, un guide d'entretien a été utilisé et comprenait les éléments ci-après:

- ❖ La connaissance sur l'importance de la consultation prénatale (Si la consultation prénatale est importante, si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Si les 4 visites prénatales sont possibles à réaliser (si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Si les 4 visites prénatales sont faciles à réaliser (si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Quelles sont les obstacles qui freinent certaines femmes enceintes à réaliser les 4 visites prénatales recommandées ?

3.2.2 Variables de l'étude:

3.2.2.1. Variable dépendante

- Le respect des 4 visites prénatales par les femmes enceintes historiquement marginalisées.

3.2.2.2. Variables indépendantes

- L'âge, le statut matrimonial, la distance du lieu de résidence et le Centre de Santé, le niveau d'étude, la religion, la profession, l'assurance maladie.
- Nombre de consultations prénatales effectuées pendant la grossesse du dernier nouveau-né.
- La relation entre la femme enceinte et le personnel soignant.
- Utilisation régulière du service de consultation prénatale par les femmes enceintes historiquement marginalisées de Nyaruguru.
- Le temps d'attente, la croyance et culture traditionnelle.

3.2.3 Population de l'étude

3.2.3.1. Calcul de la taille de l'échantillon

La formule $n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{d^2}$ a été utilisée

n= Taille de l'échantillon

z= intervalle de confiance étant 1.96 c.à.d. 95%

p = prévalence du respect des 4 visites prénatales au niveau national est 35% = 0.35

$q = 1 - p = 1 - 0.35 = 0.65$

d = degré de précision souhaité 5%

$n = \frac{1.96^2 (0.35 \times 0.65)}{0.05^2} = 349.58$ et on ajoute 5% de possibilité de refus c.à.d.

$n = 349.58 + 17.45 = 367.03$. En arrondissant on trouve que **$n = 367$ sujets.**

Notre étude comportait 367 des femmes à enquêter.

3.2.3.2. *Technique d'échantillonnage*

Le District de Nyaruguru compte 252.695 habitants repartis en 14 secteurs, 72 cellules et 332 Villages. Parmi les 14 secteurs 10 seulement disposent des Centres de Santé. La population historiquement marginalisée du District de Nyaruguru est au nombre de 2011.

Pour choisir les sujets de notre étude, nous nous sommes basés sur le simple critère d'être une femme ayant au moins un enfant d'une année. Le choix des femmes de cette communauté à interroger a été tiré au hasard par site de l'enquête en respectant le critère d'inclusion jusqu'à l'obtention de la taille de l'échantillon de notre étude. On a tiré au hasard les femmes par village répondant au critère d'inclusion de notre étude jusqu'à la taille désirée. Dans ce travail, nous avons bénéficié de la collaboration des agents de Santé communautaire de chaque village du District de Nyaruguru.

➤ **Critères d'inclusion :**

Des femmes dont le dernier nouveau-né ayant au moins un an de naissance, également des femmes enceintes à terme c-à-d. qui ont 9 mois de grossesse en attendant le jour de l'accouchement.

➤ **Critères d'exclusion :**

Les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru qui n'ont pas été capables de répondre à toutes les questions posées pendant l'enquête.

Les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru qui n'ont pas voulu divulguer leurs informations pendant l'enquête.

Pour le volet qualitatif, les sujets ont été contactés dans les mêmes villages que pour le volet quantitatif selon les groupes identifiés plus haut (B. Volet qualitatif).

3.3 MATERIEL UTILISE

Pour réaliser notre étude, nous avons utilisé un questionnaire comportant des questions ouvertes, fermées et semi-fermées. Pour le traitement de texte nous avons utilisé le logiciel Microsoft Word. Pour l'analyse des données, le logiciel SPSS a été utilisé.

Pour le volet qualitatif, le guide d'entretien a été utilisé. L'analyse a été faite manuellement. Le questionnaire et le guide d'entretien sont en annexe.

3.4 UTILISATION DES RESULTATS OBTENUS

Les résultats de notre étude vont permettre de faire le plaidoyer en faveur de la population historiquement marginalisée en général et les femmes en particulier pour l'utilisation effective de la consultation prénatale.

3.5 CONSIDERATIONS ETHIQUES

Lors de l'enquête, nous avons commencé par une explication sur le but de l'étude. Les réponses sont confidentielles, les sujets ont été respectés et la participation était volontaire.

Chaque participant a été demandé de signer avant de répondre au questionnaire (consentement).

4 RESULTATS

4.1 PARTIE QUANTITATIVE

4.1.1 *Caractéristiques socio-démographiques et autres éléments de participants*

a) Age

La majorité des femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru sont entre 19-24 ans et représentent 26.1%, Elles sont suivies par celles d'entre 25-30 ans représentant 24.3%. Les plus ou égale à 37 ans représentent 16.9% tandis que celles de moins de 19 ans représentent 16%.

b) Niveau d'étude

78.5% des femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru n'ont jamais fait d'études et 18.5% ont fréquenté l'école primaire mais ne l'ont pas terminée. Seulement 2.7 % des participants ont terminé l'enseignement primaire et une seule (0.3%) a fréquenté l'enseignement secondaire.

c) Statut matrimonial

La majorité des participants sont mariées et représentent 75%, 13.1% sont des mères célibataires, 6.5% sont séparées de leurs maris et les veuves représentent 5.7%.

d) Profession

Presque toutes les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru sont des potières et représentent 86.1%, seulement 13.6% sont cultivatrices et celles qui effectuent un travail rémunéré représentent 0.3%.

e) Statut confessionnel

La majorité des participants sont des catholiques et représentent 93.2%, 4.4 % sont des protestantes, des musulmanes représentent 0.5% et les non croyantes représentent 1.9%.

f) Assurance maladie

91% des participants ont des mutuelles de santé et 9% n'ont aucune assurance maladie.

g) Distance du lieu de résidence et le Centre de Santé

La majorité des participants utilisent plus ou égale une heure de marche pour arriver au Centre de Santé le plus proche et représentent 62.7% alors que 37.3% des participants utilisent moins d'une heure de marche.

h) Autres éléments

71.7% des participants passent trente minutes et plus d'attente sur la file avant d'être reçu à la consultation prénatale, seulement 28.3% attendent moins de trente minutes.

Presque tous les participants, 97.3% sont satisfaits de l'accueil que le personnel soignant leur réserve et 2.7% ne sont pas satisfaites d'accueil du personnel soignant.

Le tableau I représente les caractéristiques socio-démographiques et autres éléments des participants à l'étude.

Tableau I: Caractéristiques socio-démographiques et autres éléments des participants

Variable	Fréquence	Pourcentage
Age (en année)		
<19	57	15.6
19-24	96	26.1
25-30	89	24.3
31-36	63	17.1
≥37	62	16.9
Total	367	100
Niveau d'étude		
Pas d'études faites	288	78.5
Enseignement primaire fréquenté et non terminé	68	18.5
Enseignement primaire terminé	10	2.7
Niveau secondaire et universitaire fréquenté et terminé	1	0.3
Total	367	100
Statut matrimonial		
Célibataire	48	13.1
Mariée	274	74.7
Séparée	24	6.5
Veuve	21	5.7
Total	367	100
Profession		
Travaux ménagers et agraires	50	13.6
Poterie	316	86.1
Travail rémunéré	1	0.3
Total	367	100
Statut confessionnel		
Catholique	342	93.2
Protestante	16	4.4
Musulmane	2	0.5
Non croyante	7	1.9
Total	367	100
Assurance maladie		
Mutuelle de Santé	334	91
Aucune	33	9
Total	367	100
Distance du lieu de résidence au Centre de Santé		
< 1H de marche	137	37.3
≥ 1H de marche	230	62.7
Total	367	100
AUTRES		
Temps d'attente à la file pour être reçu à la CPN		
< 30 minutes	104	28.3
≥ 30 minutes	263	71.7
Total	367	100
Relation entre la femme enceinte et le personnel soignant		
Bonne	357	97.3
Non satisfaisante	10	2.7
Total	367	100

4.1.2 Résultats proprement dits

4.1.2.1. Proportion des femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale pendant la grossesse

97.3% des femmes ont déjà utilisé le service de consultation prénatale, seulement 2.7% n'ont pas utilisé le service.

13.4% des femmes ont effectué 4 visites prénatales standard, 16.1% ont effectué trois visites prénatales, 19.6% ont effectué deux visites et seulement 48.2% des femmes enceintes ont effectué au moins une visite prénatale pendant la grossesse. 2.7% n'ont jamais fait la visite prénatale.

Le tableau II représente la proportion des femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru qui ont fait au moins une visite prénatale pendant la grossesse.

Tableau II: Proportion des femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale pendant la grossesse

Variable	Fréquence	Pourcentage
Déjà utilisé le service de CPN		
Oui	357	97.3
Non	10	2.7
Total	367	100
Combien de visite de CPN effectuée		
Aucune visite	10	2.7
Une visite	177	48.2
Deux visites	72	19.6
Trois visites	59	16.1
Quatre visites	49	13.4
Total	367	100

4.1.2.2. Analyse statistique des 4 visites prénatales et caractéristiques socio-démographiques et autres éléments des participants.

L'analyse statistique ci-dessous tient compte de la proportion de femmes ayant complété les 4 visites prénatales, soit 13.4%.

➤ Age

Parmi les femmes de moins de 31 ans, 9.8% ont fait les 4 visites de CPN recommandées et parmi celles de 31 ans et plus, 3.6% ont fait les 4 visites de CPN recommandées.

Il n'existe pas de relation statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.455$).

➤ **Niveau d'étude**

Parmi les répondants qui n'ont pas fait des études, 13.1% ont complété les 4 visites de CPN recommandées et parmi celles qui ont fréquenté l'école primaire et plus, 0.3% ont complété les 4 visites de CPN recommandées.

Il n'existe pas de relation statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.555$).

➤ **Statut matrimonial**

Parmi les femmes mariées, 8.4% ont fait les 4 visites de CPN recommandées, et parmi les femmes ayant un statut matrimonial autre que marié, 5% ont fait les 4 visites prénatales.

Il existe une association statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.049$).

➤ **Profession**

Parmi les potières, 11.7% ont fait les 4 visites de CPN recommandées et parmi d'autres qui exercent les travaux ménagers et agraires, 1.7% ont fait les 4 visites de CPN recommandées.

Il n'existe pas de relation statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.420$).

➤ **Statut confessionnel**

Parmi les répondants catholiques, 13.4% ont fait les 4 visites de CPN recommandées et parmi les femmes ayant un autre statut confessionnel, personne n'a fait les 4 visites prénatales.

Il n'existe pas de relation statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.363$).

➤ **Assurance maladie**

Parmi les participants adhérents de la mutuelle de santé, 11.7% ont fait les 4 visites de CPN recommandées, et parmi celles qui n'ont pas d'assurance, 1.7% ont fait les 4 visites de CPN recommandées.

Il n'existe pas de relation statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.267$).

➤ **Distance du lieu de résidence au Centre de santé**

Parmi les participants utilisant moins d'une heure de marche pour arriver au Centre de Santé, 8.5% ont fait les 4 visites de CPN recommandées et parmi ceux qui utilisent une heure et plus, 4.9% ont fait les 4 visites de CPN recommandées.

Il existe une association statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.044$).

➤ **Temps d'attente à la file avant d'être reçu à la CPN**

Parmi les participants qui attendent 30 minutes et plus à la file avant d'être reçu à la CPN, 9.3% ont fait les 4 visites de CPN recommandées et parmi ceux qui attendent moins de 30 minutes, 4.1% ont fait les 4 visites de CPN recommandées.

Il n'existe pas de relation statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.41$).

➤ **Relation entre la femme enceinte et le personnel soignant**

Parmi les participants dont la relation entre eux et le personnel soignant était bonne, 13.4% ont fait les 4 visites de CPN recommandées, et parmi ceux qui n'étaient pas satisfaits, personne n'a fait les 4 visites de CPN recommandées.

Il n'existe pas de relation statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho = 0.234$).

Les éléments décrits ci - haut sont résumés dans le tableau III.

Tableau III: Analyse statistique des 4 visites prénatales et les caractéristiques socio-démographiques et autres éléments des participants

* : $p \leq 0.05$

** : $p \leq 0.01$

*** : $p \leq 0.001$

Variable	Fréquence	4 visites de CPN recommandées	Moins de 4 visites de CPN recommandées	X ²	P	Décision
Age (en années)						
< 31	263	9.8 (36)	61.8 (227)			
≥ 31	104	3.6 (13)	24.8 (91)	0.091	0.455	N.S
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			
Niveau d'étude						
Pas d'études faites	356	13.1 (48)	83.9 (308)			
Fréquenté l'école	11	0.3 (1)	2.7 (10)	0.178	0.555	N.S
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			
Statut matrimonial						
Mariée	189	8.4 (31)	43.6 (158)			
Autres	178	5.0 (18)	43 (160)	3.030	0.049	*
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			
Profession						
Potières	316	11.7 (43)	74.4 (273)			
Autres métiers	51	1.7 (6)	12.2 (45)	7.684	0.420	N.S
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			
Statut confessionnel						
Catholiques	360	13.4 (49)	84.7 (311)			
Autres	7	0 (0)	1.9 (7)	1.100	0.363	N.S
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			
Assurance maladie						
Mutuelle de santé	334	11.7 (43)	79.3 (291)			
Autres	33	1.7 (6)	7.3 (27)	0.731	0.267	N.S
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			
Distance du domicile au C.S						
< 1H de marche	187	8.5 (31)	42.5 (156)			
≥ 1H de marche	180	4.9 (18)	44.1 (162)	3.340	0.044	*
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			
Temps d'attente avant d'être reçu à la CPN						
< 30 minutes	94	4.1 (15)	21.5 (79)			
≥ 30 minutes	273	9.3 (34)	65.1 (239)	1.144	0.41	NS
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			
Relation entre la femme enceinte et le personnel soignant						
Bonne	357	13.4 (49)	83.9 (308)			
Non satisfaisante	10	0 (0)	2.7 (10)	1.584	0.234	NS
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			

4.1.2.3. Niveau de connaissance des répondants sur l'importance de l'utilisation du service de la consultation prénatale

Pour évaluer le niveau de connaissance sur l'importance de l'utilisation du service de CPN pendant la grossesse, les éléments ci-après ont été considérés :

- La prise en charge de la santé de la mère-enfant,
- S'assurer de la bonne évolution de la grossesse,
- Dépister les problèmes qui peuvent empêcher la bonne évolution de la grossesse et assurer la prise en charge en cas de risque,
- Donner des conseils en vue d'améliorer le problème de la santé de la mère, de l'enfant et de tout le ménage,
- Donner des conseils sur la planification familiale, alimentation de l'enfant, de la femme enceinte et de la mère allaitante.

La réponse avec au moins trois éléments a été considérée comme « connaissance suffisante ».

Les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru ayant une connaissance suffisante sur l'importance d'utiliser le service de CPN représentent 67%. Celles qui ont donné une seule réponse représentent 20.2% et 12.8% représentent celles qui ont donné 2 réponses.

Les éléments ci-haut cités sont résumés dans le tableau IV.

Tableau IV: Niveau de connaissance des répondants sur l'importance d'utiliser la CPN

Variable	Fréquence	Pourcentage
Parmi les 5 réponses, celles qui ont donné 1 réponse	74	20.2
Parmi les 5 réponses, celles qui ont donné 2 réponses	47	12.8
Parmi les 5 réponses, celles qui ont donné 3 réponses et plus	246	67
Total	367	100

4.1.2.4. Analyse statistique des 4 visites prénatales standard en fonction du niveau de connaissance des répondants sur l'importance d'utiliser le service de CPN

Les participants qui ont donnés 3 réponses et plus étant considérés comme ayant une connaissance suffisante, 8.8% ont fait les 4 visites prénatales recommandées et celles qui ont donnés moins de 3 réponses, 4.6% ont fait les 4 visites prénatales recommandées.

Il existe une association statistique entre les variables étudiées ($\rho = 0.012$).

Le tableau cinq résume les éléments ci-haut cités.

Tableau V: Analyse statistique des 4 visites prénatales standard en fonction du niveau de connaissance des répondants sur l'importance d'utiliser le service de CPN

* : $p \leq 0.05$

** : $p \leq 0.01$

*** : $p \leq 0.001$

Variable	Fréquence	4 visites de CPN recommandées	Moins de 4 visites de CPN recommandées	X ²	P	Décision
Celles qui ont donné moins de 3 réponses	121	4.6 (17)	28.3(104)			
Celles qui ont donné 3 réponses et plus	246	8.8 (32)	58.3 (214)	5.864	0.012	**
Total	367	13.4 (49)	86.6 (318)			

4.1.2.5. Calcul d'odds ratio pour les variables indépendantes ayant présenté une association statistiquement significative avec les quatre visites prénatales recommandées

L'odds ratio a été calculé pour les variables indépendantes tels que le statut matrimonial, la distance du lieu de résidence au Centre de Santé et le niveau de connaissance des participants sur l'importance d'utiliser le service de CPN qui ont montré une relation statistiquement significative avec la variable dépendante (respect de quatre visites prénatales).

Après le calcul d'odds ratio, les 2 variables ont retenu la relation statistiquement significative avec la variable dépendante comme il a été illustré dans le tableau VI.

Tableau VI: Résultats après le calcul d'odds ratio

Variables indépendantes	OR (CI à 95%)	X²	□	Décision
Statut matrimonial				
Mariées	1			
Autres	0.848 [0.519-0.947]	3.030	0.492	NS
Distance du domicile au C.S				
< 1 heure	1			
≥ 1 heure	0.599 [0.300- 0,927]	5.430	0.04	*
Connaissance sur l'importance d'utiliser le service de CPN				
Suffisante	1			
Pas suffisante	0.554 [0.325-0.867]	7.675	0.02	**

4.1.2.6. Résultats après l'analyse multivariée

En fonction des résultats obtenus après le calcul d'odds ratio, les variables ayant maintenu la relation statistique avec la variable dépendante (4 visites de CPN recommandées), nous ont permis de confirmer les variables qui maintiennent la relation statistiquement significative à l'aide de l'analyse multivariée. Le tableau sept montre que l'analyse multivariée a maintenu les 2 variables telles que la distance du domicile au Centre de Santé et la connaissance sur l'importance d'utiliser le service de CPN pendant la grossesse.

Tableau VII: Analyse multivariée

Variables indépendantes	OR (IC à 95%)	X²	□	Décision
Distance du domicile au C.S				
< 1 heure	1			
≥ 1 heure	0.542 [0.308-0.950]	5.120	0.05	*
Connaissance sur l'importance d'utiliser le service de CPN				
Suffisante	1			
Non suffisante	0.540 [0.547-0.764]	6.758	0.01	**

❖ Résumé de l'analyse statistique

Le respect de 4 visites prénatales est influencé par les facteurs suivants :

- **Distance du domicile au Centre de Santé** ; les femmes qui utilisent moins d'une heure de marche pour arriver au Centre de Santé complètent les 4 visites prénatales recommandées.
- **Connaissance sur l'importance d'utiliser le service de CPN** ; Les femmes ayant une connaissance suffisantes sur l'importance d'utiliser le service de CPN respectent les 4 visites de CPN.

Donc, le non respect de 4 visites prénatales est expliqué par :

- ❖ Les femmes habitant loin du Centre de Santé
- ❖ Les femmes ayant une connaissance insuffisante sur l'importance d'utiliser le service de CPN pendant la grossesse.

4.2 PARTIE QUALITATIVE

L'objectif de cette partie de l'étude était d'évaluer les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru sur :

- ❖ La connaissance sur l'importance de la consultation prénatale (Si la consultation prénatale est importante, si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Si les 4 visites prénatales sont possibles à réaliser (si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Si les 4 visites prénatales sont faciles à réaliser (si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Quelles sont les obstacles qui freinent certaines femmes enceintes à réaliser les 4 visites prénatales recommandées ?

Les discussions ont été faites auprès des différents groupes focaux dont ils ont essayé de répondre aux questions suivantes :

- **La consultation prénatale est-elle importante ?**

Les groupes focaux ont mentionné une bonne connaissance sur l'importance de la CPN parce que les personnels de la santé communautaire les enseignent ou les informent, mais que les 4 visites prénatales sont beaucoup comparées à leur condition de vie (pauvreté extrême) et les activités du foyer qu'elles doivent accomplir. Elles trouvent qu'une seule fois pendant l'accouchement suffit pour eux surtout quand l'enfant n'est pas le premier.

- **Les quatre consultations prénatales sont-elles possibles à réaliser ?**

Ils ont répondu qu'elles ne sont pas faciles à réaliser pour des raisons socio-économiques. Certaines femmes disaient qu'elles n'ont pas assez d'argent pour nourrir leurs familles, donc elles préfèrent aller vendre les pots auprès des autres ou cultiver pour les autres afin de gagner l'argent qui va nourrir les autres enfants restant à la maison. **« Même si la consultation prénatale est gratuite, je me réveille tôt pour aller chercher de l'argent pour pouvoir nourrir mes 2 autres enfants que j'ai laissé à la maison ».**

Elles ont mentionné aussi que le long trajet utilisé pour arriver au Centre de Santé les empêche de compléter les 4 visites prénatales recommandées. Elles vont une fois pour accouchement ou deux fois au début et à la date d'accouchement. L'opposition de leurs maris à la consultation prénatale aussi les empêche de compléter les 4 visites prénatales, Ils disent que c'est une perte de temps, que les premiers enfants sont nés sans aller voir le médecin ou accoucher au centre sanitaire, d'où ceci explique le retard ou la non utilisation de la CPN.

- **Les quatre consultations prénatales sont-elles facile à réaliser ?**

Elle n'est pas facile à réaliser pour des raisons telles que facteurs socio-économiques, les maris qui s'opposent à la CPN, la distance entre le domicile et le Centre de Santé.

- **Quelles sont les facteurs qui empêchent les femmes enceintes de respecter les 4 visites prénatales ?**

➤ **Faible niveau d'éducation**

Le non scolarisation de cette communauté influence la faible utilisation du service prénatal. Elles ne savent pas calculer les dates de menstruation de façons qu'elles tombent enceintes sans le savoir et ceci contribue à une difficulté de savoir si elles sont enceintes, si oui à quel mois de grossesse, quel trimestre, ce qui les freine de consulter le service de CPN à temps.

Autre frein, comme elles ne savent pas ni lire ni écrire, elles oublient la date de prochain rendez vous donné par le personnel soignant, ce qui fait qu'elles arrivent au Centre de Santé tard comparé à la date donnée.

➤ **Facteurs socio-économiques et socio-culturels (tabou et croyance)**

Comme dans beaucoup des pays africains, la population historiquement marginalisée de Nyaruguru croit aux tabous. Certains disent qu'elles ont peur que leurs enfants vont mourir avant terme ou à la naissance parce que sa grossesse est connue par plusieurs personnes. La prise des médicaments pendant la grossesse peut causer la malformation du bébé, naissance du bébé prématuré, les fausses couches, etc.

Ils croient à la médecine traditionnelle, parmi eux, ils ont répondu qu'elles préfèrent être assistées par une coucheuse traditionnelle qu'elles connaissent bien au lieu d'aller à l'Hôpital ou au Centre de Santé où ils ne connaissent personne.

Elles ont mentionné la peur de se faire soigner et la honte de se déshabiller devant un inconnu et des fois un infirmier/ère du même âge que son enfant. **Une femme de 42 ans dit « Ma fille, penses tu que c'est facile de se déshabiller devant toi à mon âge ? »** donc, elles préfèrent venir une seule fois pour l'accouchement.

Une autre cause mentionnée est qu'il existe d'autres femmes qui ne font pas la CPN parce qu'elles ne sont pas mariées ainsi que les petites filles qui tombent enceintes et qui cachent leur grossesse jusqu'à l'accouchement. Ces femmes présentent un risque pour la communauté.

Les femmes ont mentionnés qu'elles n'ont pas assez d'argent pour nourrir leurs familles, donc le temps d'aller à la CPN, elles préfèrent aller vendre les pots auprès des autres ou cultiver pour les autres afin de gagner l'argent qui va nourrir les autres enfants restant à la maison.

➤ **Facteurs familiaux**

Les hommes de la communauté historiquement marginalisée de Nyaruguru ne s'occupent pas de leurs femmes. Dans la culture rwandaise, c'est l'homme qui cherche à manger pour sa famille, contrairement à cette communauté où les femmes font les pots et vont les vendre alors que les hommes ne font que chanter et danser afin de gagner de l'argent ou de l'alcool à boire. **« Mon mari se lève tôt pour aller chanter et danser dans un centre puis on lui paye à boire, il ne peut pas trouver le temps de m'accompagner à la CPN alors qu'on nous dit de venir la 2^e visite avec notre partenaire ».**

➤ **Discrimination et stigmatisation**

Sachant que cette population vient juste de s'intégrer dans la société après avoir passé des années dans des forêts où ils vivent de la cueillette et la poterie ; les conditions de vie avec les autres sont un peu difficile.

Ils ont mentionné qu'elles ne se sentent pas mieux placé avec les autres surtout qu'ils portent des habits de temps en temps sales ou déchirés et parfois d'autres personnes ne s'approchent pas d'eux parce qu'elles ne se sont pas lavées ou leurs habits, d'où la discrimination par eux-mêmes et de la société. Cela est une autre cause qui les freine à aller à la CPN.

En général, les femmes sont informées sur l'importance de la CPN, qu'il est possible à réaliser parce que la CPN aide l'évolution de l'enfant au sein de sa mère, peut détecter les risques de la vie de l'enfant et de la mère pouvant survenir pendant grossesse ou l'accouchement, elles reçoivent beaucoup d'information sur la planification familiale, sur la nutrition de l'enfant et d'elles mêmes, etc.

Les femmes historiquement marginalisées connaissent l'importance des 4 visites prénatales recommandées malgré les obstacles rencontrés et qui les freinent à compléter les 4 CPN.

En résumé, le non respect des quatre visites prénatales recommandées est associé aux facteurs suivants :

- **Distance du domicile au Centre de Santé**
- **Connaissance insuffisante sur l'utilisation des services de CPN**
- **Facteurs socio-économiques et socioculturels (tabous et croyance)**
- **Faible niveau d'éducation**
- **Facteurs familiaux**
- **La discrimination et stigmatisation.**

5 DISCUSSION

La proportion des femmes enceintes qui ont complété les 4 visites prénatales recommandées est faible, elles représentent seulement 13.4% de toutes les femmes enceintes de l'étude. Ces résultats restent faibles comparativement à 17% retrouvés en Tunisie (Njah *et al*, 1993). Ce taux est également faible par rapport à la moyenne nationale de 35% pour les femmes enceintes ayant effectué les 4 consultations prénatales recommandées (RDHS, 2010).

Les facteurs suivants ont confirmé la faible utilisation ou le non respect de la CPN :

Distance du lieu de résidence au Centre de Santé

Les femmes qui utilisent moins d'une heure de marche pour arriver au Centre de Santé, 8.5% ont fait les 4 visites de CPN recommandées par rapport à 4.9% de celles qui utilisent une heure et plus ($\rho=0.05$). Plus le Centre de Santé est proche, plus l'utilisation de CPN augmente.

Ces résultats sont confirmés par Sepou *et al*, 2000, en République Centre Africaine et Kroeger, 1993 qui montrent que l'accessibilité géographique de l'institution sanitaire influence l'utilisation du service de CPN.

Ces résultats sont similaires à une étude faite à Ndjamena au Tchad dont la distance du lieu de résidence de la femme enceinte et le centre de santé joue un grand rôle sur la fréquentation ou le respect des 4 CPN recommandées (Bouba, 2010).

Connaissance sur l'importance d'utiliser le service de CPN

Les femmes ayant une connaissance suffisante sur l'utilisation de CPN, 8.8.% respectent les 4 visites prénatales et 4.6% ont connaissance insuffisante. Il y a une association statistique entre les 2 variables étudiées ($\rho=0.01$).

Les animateurs de santé communautaire font l'éducation sur la santé en général et sur la consultation prénatale en particulier. Les femmes connaissent l'importance de CPN tels que la CPN aide à diminuer la mortalité des mères et des enfants, planification familiale, réduction de la transmission du VIH/SIDA mère-enfants. Malgré leurs connaissances sur ce sujet, il y a toujours une faible proportion des femmes qui respectent les 4 visites prénatales recommandées.

Ces résultats sont similaires à une étude faite en Tunisie où 65.5% des participants ayant une connaissance adéquate ont effectué 4 visites prénatales contre 11.2% pour celles qui ne connaissent pas l'importance de la CPN (Soltani *et al*, 1999).

Facteurs socio-économiques et socio-culturels (tabou et croyance)

Les femmes de cette étude ont montré des opinions négatives qui les freinent au respect de la consultation prénatale recommandée.

Ce facteur est lié à la croyance et aux tabous d'où beaucoup d'entre-elles préfèrent cacher la grossesse au premier trimestre pour éviter tout le mauvais sort qui arriverait sur son enfant. Ces résultats ont été confirmés par Ndiaye *et al*, 2005 au Sénégal. En effet, les femmes sont vulnérables au

cours du 1^e trimestre parce qu'elles cachent leur grossesse pour lutte contre les esprits maléfiques auxquels pourraient faire recours par la jalousie, les coépouses en milieu polygame.

Un autre facteur est que les femmes non mariées, les mères célibataires ou les femmes avec grossesse non désirée cachaient leurs grossesses à cause de la peur ou honte au regard des autres. Tout ceci les freine à atteindre les 4 visites prénatales recommandées plus particulièrement la 1^e visite au cours du 1^e trimestre de la grossesse. Ces résultats sont similaires à ceux des études faites par Kaissa *et al* 2007 et Vieira *et al* 2012, qui montrent que les femmes non mariées et les mères adolescentes ne respectent pas les 4 visites prénatales.

La communauté historiquement marginalisée du Rwanda vivent en une extrême pauvreté, 95% vivent de la poterie traditionnelle mais actuellement des produits industriels sont plus utilisés et ceci occasionne une forte diminution de revenus de cette communauté (COPORWA, 2004). Le fait qu'elles doivent beaucoup travailler pour pouvoir nourrir la famille, elles ne voient pas ou ne trouvent pas le temps d'aller à la CPN même si elles connaissent sa nécessité/son importance. Ceci peut expliquer le non respect de la consultation prénatale recommandée.

Facteurs familiaux

Les facteurs familiaux influencent la faible fréquentation de la CPN surtout que les femmes dans la société africaine ne prennent pas les décisions, ceci a été expliqué par une étude au Nigéria dont les femmes n'utilisent pas le service de la CPN à cause des facteurs familiaux, communautaires etc (Babalola *et al*, 2009).

Le rôle du mari dans cette communauté a été aussi mentionné, que les hommes refusent d'accompagner leurs femmes à la CPN, ou les empêchent en disant qu'il y a beaucoup d'enfants qui naissent sans que leurs mères fassent les visites prénatales. Ceci a été également observé par Bouba, 2010 au Tchad.

Faible niveau d'éducation

Cette étude montre que 0.3% des femmes qui ont fait l'école primaire et plus ont complété les 4 visites prénatales recommandées. Les femmes insistent que se rappeler de la date du prochain rendez vous est difficile comme elles ne savent ni lire ni écrire, ainsi que savoir le mois de grossesse pendant le premier trimestre est un problème comme elles ne savent pas calculer leur période menstruelle, tout cela influence leur arrivée à la CPN tardivement.

L'étude faite au Burkina confirme les résultats de l'étude, et montre que 82% des femmes non instruites accouchent à la maison (Lankoande *et al*, 2012).

Ceci a été justifié par une étude faite au Nigeria qui montre que les femmes avec faible niveau d'éducation n'utilisent pas le service de la CPN et ceci contribue à la mortalité maternelle élevée. Les femmes avec un haut niveau d'éducation suivent bien leur rendez vous pour la consultation prénatale comparées aux femmes non instruites ($p < 0.0001$) (Fawole *et al*, 2012).

Discrimination et stigmatisation

Les conditions de vie de cette communauté avec les autres sont un peu difficile parce qu'ils se sentent discriminés par eux même ou par la société, ceci est dû aux habits sales ou déchirés et ceci fait parfois que d'autres personnes ne s'approchent pas d'eux.

Ceci a été justifié au Rwanda par la Chambre du Senat, 2011 et par la Commission Nationale des Droits de la personne, 2005 que la situation des conditions de vie de la population historiquement marginalisée demeure critique à cause du manque d'habits adéquats, la discrimination et la stigmatisation. Ceci est une des causes qui freinent les femmes enceintes de cette communauté à utiliser le service de la CPN.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Au niveau du District de Nyaruguru, la proportion des femmes enceintes historiquement marginalisées qui respectent les 4 visites prénatales recommandées est faible, elle représente 13.4%.

Le non respect de 4 visites prénatales recommandées est lié aux différents facteurs ; tels que la distance du lieu du domicile et au Centre de Santé, la connaissance relativement insuffisante sur l'utilisation de service de CPN, les facteurs socio-économiques et socioculturels (croyance et tabous), le faible niveau d'éducation, les facteurs familiaux, la discrimination et stigmatisation.

En effet, une longue distance (c-à-d. plus d'une heure) que les femmes utilisent pour arriver au Centre de Santé présente un problème du non respect des 4 visites prénatales recommandées. Plus elles habitent plus proche du Centre de Santé plus elles respectent les 4 visites recommandées.

Par ailleurs, la connaissance relativement insuffisante sur l'utilisation de service de CPN influence le non respect de 4 visites de CPN recommandées.

Les facteurs socio-économiques et socio-culturels, familiaux, le faible niveau d'éducation, la discrimination et la stigmatisation empêchent les femmes d'utiliser le service de la consultation prénatale. La croyance et les tabous des femmes influent sur le non respect des 4 visites de CPN spécialement le 1^e trimestre de grossesse.

Recommandations

Dans le but d'augmenter la proportion des femmes enceintes qui respectent les 4 visites prénatales recommandées ;

- ❖ Il faut augmenter le nombre des Centres de Santé pour réduire la grande distance que les femmes prennent pour arriver à l'hôpital,
- ❖ Il est nécessaire de renforcer l'éducation et la sensibilisation sur l'importance de la consultation prénatale spécialement la première visite dans les premiers mois de grossesse surtout chez les femmes les plus vulnérables dont font partie les femmes de cette communauté,
- ❖ Il y a un besoin de faire un plaidoyer au niveau du MINISANTE du Rwanda pour qu'il y ait un renforcement d'activités spéciales aux personnels de santé communautaire afin d'augmenter le nombre de fréquentation de la CPN de cette communauté.

REFERENCES

- ADENYA. 2006. "Etude du milieu De la zone d'intervention de l'Association pour le développement de NYABIMATA".
- Akoto E. 1990. "Christianisme et inégalités en matière de mortalité des enfants en Afrique noire". Page 971-992.
- Akoto E. 1989. "Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire. Hypothèses et recherche d'explication." academia, louvain-la-neuve, page 269.
- Babalola S and Adesegun F. 2009. "Determinants of use of maternal health services in Nigeria-Looking beyond individual and household factors." BMC Pregnancy and Childbirth, page 9 43.
- Bouba F. 2010. "La déperdition des soins prénatals au Tchad." Universitaire.
- CARE International. 2003. "Rapport Synthétique d'Analyse Holistique de l'insécurité Economique dans la province de Gikongoro au Rwanda."
- Carolli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, *et al.* 2001. "WHO Systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. Lancet 357: page 1565-1570.
- Chakraborty N *et al.* 2003. "Determinants of use of maternal health services in rural bangles." health promotion International 18, no. 4: page 327-337.
- COPORWA. 2004. "Conditions de vie de la population Batwa au Rwanda. Enquête socio-économique de la Communauté des potiers du Rwanda."
- COPORWA. 2011. "Rapport annuel sur la vie de la population historiquement marginalisée du Rwanda. "
- Diallo FB, Diallo TS, Sylla M, Onivogui F, Diallo MC, Balde IS, *et al.* 1999. "Problèmes Médicaux et Socioculturels de l'inadéquation entre le taux de Consultations prénatales et d'accouchement assistée dans les 4 régions de la Guinée. "
- Dorothy J. 2007. "La situation sanitaire des femmes et des enfants chez les pygmées d'Afrique Central." Article paru dans peuples autochtones d'Afrique et les objectifs du millénaire. Page 71-88. Question autochtones GITPA IWGIA France//HARMATTAN.
- EDSB. 2010. "Comprehensive analytical profile. Analytical summary maternal and newborn health." consultée le 26 Juillet 2012 sur <http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Burundi>.
- Emina B. 2005. "Situation résidentielle, scolarisation et mortalités des enfants selon la légitimité de leur naissance: une analyse du Cameroun, Centrafrique et de la République Démocratique du Congo." Louvain-la-Neuve.
- Fawole AO, Shah A, Fabanwo AO, adegbola O, Adewunmi AA, Eniyawun AD, *et al.* 2012. "Predictors of maternity mortality in institutional deliveries in Nigeria". Afr health sci 12, 1: 32-40.

- Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. 1996. "Who gives advice about postpartum contraception?" *Contraception* 53: page 217-220.
- GTZ. 2004. "Etude qualitative et quantitative sur la perception et les besoins de la communauté en santé de base dans la province de Byumba et de Butare." page 21-27.
- GTZ. 2007. "*Evaluation des contraintes de développement et de potentialités des Batwa dans le district de Nyaruguru.*"
- Hulton L, Matthews Z, Stones RWA. 2000. "framework for the evaluation of quality of care in maternity services." University of Southampton. page 72.
- NISR. 2012. "Les chiffres du recensement, démographie Rwanda. "
- IWGIA. 2010. "Rapport du groupe de travail de la commission Africaine sur les populations/communautés autochtones". Mission de la République du Rwanda/La commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP), International work group for indigenous affairs.
- Kaisa R, Nonna H, Seppo H. 2007. "Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes". *BMC public health*, 7: page 268.
- Kalimba Zéphirin. 2010. "Le peuple Twa du Rwanda risque de disparaître."
- Kamakondi V. 2004. "Les risques liés à la grossesse et à l'accouchement dans la zone de santé rurale de Ngidinga (RDC)." De [www.md.ucl.ac.be/stages/semspi/Travaux % 20/Kamakondi 1.html](http://www.md.ucl.ac.be/stages/semspi/Travaux%20/Kamakondi1.html)
- Kroeger A. 1983. "Anthropological and socio-medical health care research in developing countries." Institut für Tropenhygiene und Öffentliche Gesundheitswesen Ed. Heidelberg.
- Lankoande JO, Dao B, Boname B, Traore F, Miellongo F, Kone B. 2012. "Mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National Yolgo."
- Marc et Roland P. 2002. "Afrique contemporaine santé en Afrique."
- MINISANTE. 2011. "Rapport annuel du Rwanda."
- MINISANTE. 1998. "Evaluation des besoins pour une maternité sans risque." page 53.
- Musilikare J. 1999. "Analyse des Facteurs de la Sous-Scolarisation des Pygmées en Afrique Centrale, Cas des Pygmées de *Baka Bakola* Au Cameroun." Louvain –La –Neuve, Inédit Thèse De Doctorat, Faculté de Psychologie et des Science de l'éducation.
- Ndiaye P, Tal Dial A, Diediou A, Dieye EHL, Dione DA. 2005. "Déterminants socio-culturels du retard de la 1^{ère} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal." *Santé publique* 17: page 531-38. Disponible sur www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-4-page-531.htm
- Njah M, Marzouki M, Hamdi W, Hadj A. 1993. "Recours aux visites prénatales dans le contexte Tunisien: barrières et facteurs de motivation." *Revue française de Gynécologie et obstétrique* 88, 4 : page 225-229.

- OMS. 1994. "Activités sur la santé maternelle." page 27-28.
- OMS. 1998. "Evaluation des besoins pour une maternité sans risque."
- OMS. 1998. "Sécuriser la maternité par l'information et la prise en charge adéquate des femmes au Sénégal." Page 1-31.
- OMS. 2005. "Rapport mondial de la santé : donnons la chance à chaque mère et à chaque enfant." consultée le 12/07/2012 sur [http://: www.who.org/rapport mondiale de la sante-2005](http://www.who.org/rapport mondiale de la sante-2005).
- OMS. 2010. "Maternité sans risque, consultation prénatale."
- OMS. 2010. "Statistique sanitaire mondiale." Genève,
- OMS. 1992. "Maternité sans risque. Soins prénatals et santé maternelle : étude de l'efficacité." Page 8.
- Ozvaris S, Akin A, Yildiran M. 1997. "Acceptability of postpartum contraception in Turkey". *Advances in contraceptive delivery system* 13: page 63-71.
- District de Nyaruguru. 2009. "Rapport sur l'analyse du District de Nyaruguru."
- Commission Nationale des droits de la personne au Rwanda. 2005. "Rapport sur le droit de la personne."
- RDHS. 2010. "Infant and child mortality." Page 129-130.
- RWENGE M. 2007. La qualité des soins prénatals selon les perspectives des clients au Cameroun." *Africa population studies* 22, no 2 : page 1-18.
- Senat. 2011. "Le rapport sur l'évaluation des actions du gouvernement Rwandais en faveur des groupes vulnérables."
- Senat. 2007. "Rapport de la commission du Senat chargée des affaires sociales sur les conditions de vie de la population historiquement marginalisée du Rwanda."
- Sepou A.M.P. 2000. "Les consultations prénatales en zone semi-urbaine centrafricaine. Fréquence, facteurs influençant pronostic maternel et néo- natal." *Médecine tropicale*. page 60-62.
- Soltani M.S, Sakouhi M, Beguith Z, Salem BK, Gacem H, Bchir A. 1999. "Evaluation des connaissances des mères concernant les soins préventifs pré et post-natals dans le sahel de Tunisie." *Sante publique* 22, no 1 : page 203-210.
- UN. 2007. "Déclaration des Nations Unies sur le Droits des Peuples Autochtones, article 21."
- UN. 2011. "Report Levels and trends in Child mortality-Estimates developed by UN Inter-Agency group for child mortality estimation (IGME)".
- Vieira CL, Coeli CM, Pinheiro RS, Brandao ER, Camargo KR, *et al.* 2012. "Modifying effect of prenatal care on the association between young maternal age and adverse birth outcomes." *J Pediatr Adolesc Gynechol* 25, 3: page 185-9.

Liste des figures

Figure 1: Carte géographique du Rwanda	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2 : Carte administrative de Nyaruguru	9

Liste des tableaux

Table 1: Caractéristiques socio-démographiques et autres éléments des participants	21
Table 2: Proportion des femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale pendant la grossesse	22
Table 3: Analyse statistique des 4 visites prénatales et les caractéristiques socio- démographiques et autres éléments des participants	24
Table 4: Niveau de connaissance des répondants sur l'importance d'utiliser la CPN	26
Table 5: Analyse statistique des 4 visites prénatales standard en fonction du niveau de	27
Table 6: Résultats après le calcul d'odds ratio	28
Table 7: Analyse multivariée des résultats	28

ANNEXES

1 QUESTIONNAIRE

Bonjour, Je suis Agnès GATARIYIHA étudiante à l'Université Senghor d'Alexandrie en Master de développement au Département Santé. Pour mon étude de recherche je souhaite étudier sur le non respect des 4 visites prénatales recommandées pour les femmes enceintes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru. Nous aimerions vous faire participer à cette étude. Vous êtes libre de participer à cette étude. Il vous sera demandé quelques questions et vos réponses seront tenues strictement confidentielles. Si vous êtes d'accord, ci-dessous est un endroit de votre signature.

Signature

Merci de nous accorder quelques minutes pour répondre aux questions suivantes :

IDENTIFICATION

District..... Secteur.....
 Cellule..... Village.....
 Numéro/Code de l'enquêtée..... Date.....

No	Questions	Réponses
A	Question d'identification	
1	Age
2	Niveau d'étude	1. Pas d'études faites 2. Enseignement primaire fréquenté et non terminé 3. Enseignement primaire terminé 4. Niveau secondaire et universitaire fréquenté et terminé
3	Le statut matrimonial	(1)Mariée (2) célibataire mais ayant un enfant (3)Union libre (4) Divorcée (5) Séparée (6) Veuve
4	La profession	(1)Ménagère (2) Cultivatrice (3) Potiers (4) Autres

5	La religion	(1) Catholique (2) Protestante (3) Musulmane (4) Non croyante (5) Autres
6	L'assurance maladie	(1)Mutuelle de santé (2) Autres types d'assurance (3)Aucune
7	La distance du lieu de résidence et le Centre de Santé	1. Moins d'une heure de marche 2. plus ou égale d'une heure de marche

B	Questions générales sur la CPN	
8	Avez-vous attendu parler de la consultation prénatale ?	1. Oui 2.Non
9	Si Oui, où avez-vous eu cette information ?	1. Centre de santé 2. animateurs de la santé communautaire 3. Autres, à préciser.....
10	Avez-vous une personne de votre communauté parmi les animateurs de santé dans votre village ?	1. Oui 2.Non
11	Connaissez-vous les nombres de consultation prénatale recommandée ?	1. Oui 2.Non
12	Si oui, Combien ?	(1)Une seule visite (2) Deux visites (3) Trois visites (4)Quatre visites
13	Avez-vous déjà utilisé le service de la consultation prénatale pour dernier nouveau-né?	1. Oui 2.Non
14	Combien de visite de CPN avez-vous effectué au cours de la grossesse du dernier nouveau-né?	1. Une seule visite au 1 ^e trimestre 2. Deux visites au 2 ^e trimestre 3. Trois visites au 3 ^e trimestre 4. Quatre visites au 4 ^e trimestre

15	Si non, quelles sont les raisons du non utilisation de service de CPN ?	1. Pas de moyen 2. Pas de temps 3. Peur de se faire soigner 4. Aucune
16	Combien de temps vous avez attendu sur la file d'attente avant d'être consultée pendant la visite de CPN ?	1. < 30 min 2. ≥ 30 min
17	Au cours de la visite de CPN effectuée, êtes vous satisfaite de l'accueil que personnel soignant vous a réservé ?	1. Oui 2.Non
18	Si non, pourquoi ?
19	Selon vous, quelles sont les avantages de la visite de CPN ?
20	Est-ce que les informations de suivre toutes les 4 visites de CPN vous sont elles données par le personnel soignant ?	1. Oui 2.Non
21	Le personnel soignant vous a donné le prochain rendez vous pour la CPN ?	1. Oui 2.Non
22	Dans votre village avez-vous une accoucheuse traditionnelle ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
23	Où a eu lieu la naissance du dernier nouveau-né	1. Centre de Santé 2. Domicile 3. Autres
24	Quelles sont les obstacles qui empêchent les femmes historiquement marginalisées de Nyaruguru à respecter les 4 visites de CPN ?	1. Cout élevé 2. Ignorance 3. Information insuffisante sur les services de la CPN 4. Longue distance du Centre de Santé 5. Sentiment de peur et de honte de la personne soignante 6. Présence des accoucheuses traditionnelles 7. Autres, à préciser.....

2 GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES PARTICIPANTS

Cette partie constitue les groupes de discussion dont chaque groupe comptant entre 8-12 membres, les éléments ci-après seront utilisés :

- ❖ La connaissance sur l'importance de la consultation prénatale (Si la consultation prénatale est importante, si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Si les 4 visites prénatales sont possibles à réaliser (si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Si les 4 visites prénatales sont faciles à réaliser (si oui ou non et pourquoi ?)
- ❖ Quelles sont les obstacles qui freinent certaines femmes enceintes à réaliser les 4 visites prénatales recommandées ?

Je vous remercie du temps que vous avez pris à répondre nos questions ainsi que votre collaboration.

GATARAYIHA Agnes