

ARTICLE DE RECHERCHE

Défis de l'engagement maternel dans la consultation préscolaire redynamisée des enfants de 0 à 59 mois dans la zone de santé de Miti-Murhesa en République Démocratique du Congo

Kazungu Mashaliza Théodore¹, Wilangya Lubunga¹, Muhimiri Baluku Felly¹, Lunanga Itulamya Félix², Mapendano Sirika André³, Buhendwa Nabintu Sylvie⁴, Matiaba Binda Paul³, Mumbere Mutwe Gloire⁵, Ngbongo Sebo Christian⁶, Bailanda Mumbere Pascal^{5,7}

¹ Institut Supérieur de Développement Rural d'Uvira, Uvira, République Démocratique du Congo.

² Université Simon Kimbangu de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo.

³ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Walikale, Walikale, République Démocratique du Congo.

⁴ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyangezi, Nyangezi, République Démocratique du Congo.

⁵ Université Officielle de Semuliki Beni, Beni République Démocratique du Congo.

⁶ Health and Development, Child and Women International Development, Quebec, Canada.

⁷ Centre Hospitalier le Rocher d'Oicha, Oicha, République Démocratique du Congo.

Correspondance : drbailanda1@gmail.com

HNSJ, 2026, 7(10); <https://doi.org/10.53796/hnsj710/41>

Reçu le 10/09/2026

Accepté le 20/09/2026

Publié le 01/10/2026

Résumé

Introduction: La mortalité des enfants de moins de 59 mois constitue un indicateur important du niveau de développement socio-économique, de la qualité de vie d'un pays et de la performance des systèmes de santé. Elle est l'un des problèmes démographiques cruciaux que connaît l'humanité.

Matériel et méthodes: Une approche mixte a été utilisée, combinant une enquête auprès de 374 mères/gardiens d'enfants et 10 entretiens avec des acteurs clés (prestataires de soins, leaders communautaires et agents de santé communautaire).

Résultats: La régression logistique ordinaire (IC 95 %) avait montré que la participation des mères à la CPSr était influencée par le nombre d'enfants de moins de 5 ans ($p < 0,001$; OR = 5,79), la profession des mères ($p < 0,05$), le temps d'attente ($p = 0,008$; OR = 0,994), la perte de revenu journalier ($p = 0,05$; OR = 0,621), la satisfaction des bénéficiaires ($p = 0,021$; OR = 0,264) et fortement par le rappel de la continuité après la vaccination ($p < 0,001$; OR = 0,043).

Conclusion: L'analyse qualitative souligne une vision principalement curative de la santé, les normes de genre, les charges domestiques et les coûts indirects. Une stratégie intégrée de communication, de formation et de mobilisation communautaire s'impose pour améliorer la participation des mères à la CPSr de leurs enfants.

Mots clés: Consultation préscolaire redynamisée, promotion de la santé, santé infantile.

RESEARCH ARTICLE

Challenges of Maternal Engagement in Revitalized Preschool Consultation for Children Aged 0–59 Months in the Miti-Murhesa Health Zone in the Democratic Republic of the Congo

Abstract

Introduction: Mortality among children under 59 months of age is a key indicator of a country's level of socioeconomic development, quality of life, and health system performance. It represents one of the critical demographic challenges facing humanity.

Materials and Methods: A mixed-methods approach was employed, combining a survey of 374 mothers/caregivers with 10 interviews involving key stakeholders (healthcare providers, community leaders, and community health workers).

Results: Ordinal logistic regression (95% CI) showed that maternal participation in the revitalized preschool consultation (CPSr) was influenced by the number of children under age 5 ($p < 0.001$; OR = 5.79), maternal occupation ($p < 0.05$), waiting time ($p = 0.008$; OR = 0.994), loss of daily income ($p = 0.05$; OR = 0.621), beneficiary satisfaction ($p = 0.021$; OR = 0.264), and strongly by reminders regarding continuity of care following vaccination ($p < 0.001$; OR = 0.043).

Conclusion: Qualitative analysis highlights a predominantly curative view of health, as well as gender norms, domestic burdens, and indirect costs. An integrated strategy combining communication, training, and community mobilization is essential to improve maternal participation in their children's CPSr.

Keywords: Revitalized preschool consultation, health promotion, child health.

1.Introduction

La mortalité des enfants de moins de 5 ans constitue un indicateur important du niveau de développement socio-économique, de la qualité de vie d'un pays et de la performance des systèmes de santé. Elle est l'un des problèmes démographiques cruciaux que connaît l'humanité. En 2019, l'OMS estimait à 5,2 millions le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, dont la majorité était imputable à des maladies pouvant être évitées ou traitées au moyen d'interventions simples et peu coûteuses. Selon ces données, davantage de décès ont été enregistrés dans la région africaine, respectivement plus de 13% et 22 % de l'ensemble des décès dans les tranches d'âges de 0 à 28 jours et de 1 à 59 mois, soit plus de 1 décès sur 3 enfants de moins de 5 ans. Les affections néonatales, suivies des infections des voies respiratoires basses et des maladies diarrhéiques (11,3 % ; 9,9 % et 6,4 %) étaient les principales causes de mortalité en Afrique [1,2].

En RDC, la situation est particulièrement préoccupante : plus de 45 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de la malnutrition aiguë et le risque de mortalité infanto-juvénile est estimé à 92 % naissances vivantes, soit près d'un enfant sur dix et qu'en Afrique, plus de quatre enfants de moins de 5 ans sur dix présentent un retard de croissance et plus d'un enfant sur cinq souffrent d'un retard sévère. Ces indicateurs contrastent fortement avec les cibles fixées par l'ODD 3.2, qui vise à ramener la mortalité néonatale à 12 ‰ et celle des enfants de moins de 5 ans à 25 ‰ d'ici 2030. Les maladies infectieuses telles que la pneumonie, la diarrhée et le paludisme, ainsi que les complications liées aux naissances prématurées, à l'asphyxie néonatale et aux anomalies congénitales demeurent les principales causes de décès infantiles. La malnutrition sous sa forme aiguë sévère accroît considérablement la vulnérabilité des enfants face à ces pathologies contribuant à près de 45 % des décès infantiles [3]. Un grand nombre d'enfants morts aurait pu être évité par des interventions en investissant dans des services de soins de santé primaire et dans des interventions à fort impact sur la promotion de la santé de l'enfant. C'est ainsi que, pour réduire ces taux de mortalité, l'OMS et l'UNICEF recommandent une réponse médicale rapide dès l'apparition des symptômes, ainsi qu'un accès élargi à des interventions de base telles que la vaccination, l'allaitement maternel, une nutrition adéquate, l'eau potable et le traitement des maladies courantes par du personnel qualifié [4].

Pour y arriver, la CPSr a été introduite comme une stratégie renforcée de soins préventifs et promotionnels pour les enfants de 0 à 59 mois. Son objectif est d'améliorer le suivi médical, d'informer les familles et de favoriser l'adoption de pratiques familiales essentielles. Contrairement à la CPS classique, cette version redynamisée propose une approche globale axée sur la prévention, l'éducation sanitaire, la détection précoce des maladies, la supplémentation nutritionnelle et l'orientation vers des soins adaptés. Elle répond aux défis de la malnutrition chronique, du retard de croissance et du développement cérébral dont les effets sont souvent irréversibles après deux ans. Cette démarche vise à préserver la santé de l'enfant pour son bien-être présent et futur, ainsi que celui de la société, car les conséquences d'une mauvaise santé infantile peuvent entraîner des décès précoces, des problèmes de santé persistants, des difficultés d'apprentissage et des obstacles à l'autonomie à l'âge adulte [5].

Dans la zone de santé de Miti-Murhesa, bien que la CPS soit redynamisée et offerte aux côtés d'autres services tels que la consultation prénatale, la consultation postnatale, la planification familiale et les soins nutritionnels, le taux de fréquentation reste préoccupant : seulement 16 % au premier trimestre 2024, particulièrement chez les enfants ayant terminé leur calendrier vaccinal et ceux âgés de 24 à 59 mois [6,7]. La participation communautaire, reconnue depuis la déclaration d'Alma-Ata comme un pilier des soins de santé primaires, joue un rôle déterminant dans l'amélioration de l'accès et de l'adhésion aux services de santé [8,9,10].

Elle est également essentielle pour atteindre les objectifs de développement durable et garantir une couverture sanitaire universelle. Cependant, plusieurs obstacles limitent la participation des mères à la CPS de leurs enfants dans la zone de santé de Miti-Murhesa notamment des difficultés économiques, des différences socioculturelles entre familles, du manque de temps et de ressources, ainsi que des priorités parfois différentes entre les acteurs concernés.

Questions de recherche

Question principale

Quels sont les défis de l'engagement maternel dans la consultation préscolaire redynamisée des enfants de 0 à 59 mois dans la zone de santé de Miti-Murhesa ?

Questions spécifiques

1. Quel est le profil sociodémographique des mères d'enfants de 0 à 59 mois fréquentant la consultation préscolaire dans la zone de santé de Miti-Murhesa ?
2. Quel est le niveau de satisfaction des mères à l'égard de la qualité des services offerts lors de la consultation préscolaire redynamisée dans la zone de santé de Miti-Murhesa ?
3. Quel est le niveau de participation des mères à la CPS redynamisée selon leurs catégories professionnelles dans la zone de santé de Miti-Murhesa ?
4. Quels sont les facteurs socio-démographiques et institutionnels associés aux différents niveaux d'engagement des mères dans la CPS redynamisée à Miti-Murhesa ?

Objectifs de recherche

Objectif principal

Analyser les défis de l'engagement maternel dans la consultation préscolaire redynamisée des enfants de 0 à 59 mois dans la zone de santé de Miti-Murhesa.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer le profil sociodémographique des mères d'enfants de 0 à 59 mois fréquentant la consultation préscolaire dans la zone de santé de Miti-Murhesa.
2. Évaluer le niveau de satisfaction des mères à l'égard de la qualité des services offerts lors de la consultation préscolaire redynamisée dans la zone de santé de Miti-Murhesa.
3. Analyser le niveau de participation des mères à la CPS redynamisée selon leurs catégories professionnelles dans la zone de santé de Miti-Murhesa.
4. Identifier, par régression logistique ordinale, les facteurs socio-démographiques et institutionnels associés aux différents niveaux d'engagement des mères dans la CPS redynamisée à Miti-Murhesa.

2. Matériel et méthodes

2.1. Cadre de l'étude

La présente étude a été effectuée dans la zone de santé de Miti-Murhesa, Territoire de Kabare, Province du Sud-Kivu en République démocratique du Congo. Elle a une superficie estimée à 522 km² avec une population estimée à 313 922 habitants, soit une densité de 601 habitants/km², répartie dans 20 aires de santé.

2.2. Type et période d'étude

L'étude était transversale analytique, basée sur une approche méthodologie mixte qualitative et quantitative.

2.3. Population d'étude et échantillonnage

L'étude portait sur les mères et ou gardiens d'enfants âgés de 0 à 59 mois, les agents de santé communautaire, les professionnels de santé, les relais communautaires, les leaders locaux et les prestataires de soins. Un tirage sans remise de 5 aires de santé a été réalisé pour constituer l'échantillon de cette étude (Bushumba, Cifuma, Kavumu, Lwiro, Mulungu-miti), dans lesquelles il a été tirés, proportionnellement au volume de la population de chaque aire santé, 374 mères/gardiens d'enfants. Un échantillon raisonné de 4 prestataires de soins, 4 agents communautaires et 2 leaders communautaires a constitué la base des entretiens. La taille minimale de l'échantillon pour garantir une représentativité statistique, avec une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95% est de 374 personnes. Ce seuil a été utilisé comme base pour le recrutement des participants à l'étude, conformément aux principes de validité externe.

2.4. Variables de l'étude

Variable dépendante : engagement maternel à la CPS redynamisée

Variables indépendantes : facteurs sociodémographiques, facteurs socio-économiques, facteurs intentionnels et l'accessibilité et la satisfactions et attente des bénéficiaires.

2.5. Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion : mères ou gardiens d'enfants de 0 à 59 mois, résider dans une des aires de santé ciblée, être présent à domicile lors de l'enquête ; être membre d'un organe communautaire, être professionnel de santé dans les aires de santé ciblée impliqué dans la CPSr.

Critères d'exclusion : mères/gardiens d'enfants en dehors de la tranche d'âge 0 à 59 mois ou ayant refusé de participer à l'entretien, ou maladie aigue au moment de la collecte des données ; Barrières linguistique ou cognitive sévère qui amènent à une incapacité à comprendre les questions ; prestataires de soins non impliqués dans la CPSr, ou absents à la structure lors de la collecte des données.

2.6. Technique et collecte des données

Pour l'approche qualitative, des entretiens semi-structurés avec les informateurs clés ont été réalisés pour permettre l'exploration des points de vue des leaders locaux et agents de santé communautaire, et des prestataires de soins, dans l'objectif de comprendre le niveau de leur implication et de l'organisation des activités de la CPSr. L'approche quantitative, un questionnaire d'enquête, contenant des questions fermées et ouvertes, testé, validé, a été administré auprès des mères/gardiens d'enfants de 0 à 59 mois, dans les 5 aires de santé faisant partie de l'échantillon. Ce questionnaire testé était appuyé par des observations directes dans les documents et rapports des structures sanitaires sur les services de CPS.

2.7. Traitement et analyse des données

Les données étaient collectées par une équipe d'enquêteurs sélectionnés au sein de la communauté, connaissant au moins la langue du milieu et ayant un smartphone Android, dans lequel le questionnaire a été déployé via l'application Kobocollect. La collecte s'était déroulée sur une période définie, sous supervision quotidienne, et les données ont été synchronisées dès qu'une connexion Internet était disponible, cela chaque jour, assurant ainsi leur sauvegarde et leur centralisation. Les données collectées ont été analysées en se servant du logiciel SPSS et du classeur Excel, facilitant le calcul des fréquences, moyennes et autres statistiques descriptives. L'analyse par codage thématique a permis d'identifier les tendances et perceptions clés des entretiens avec les informateurs clés

2.5. Considérations éthiques

La présente étude a été conduite dans le strict respect des principes éthiques, une autorisation officielle a été obtenue auprès des autorités sanitaires locales, notamment le Médecin chef de zone et les infirmiers titulaires des structures sanitaires de la zone de santé de Miti-Murhesa. L'attention portée à la sensibilité communautaire et au respect des normes. Un consentement libre, éclairé et écrit en préambule du questionnaire a été obtenu auprès de chaque participant, après une explication des objectifs et du cadre de l'étude, de la liberté de participation et des garanties de la confidentialité. Les données ont été anonymisées dès leur collecte, stockées de manière sécurisée et aucun élément identifiable ne figurant pas dans les résultats de la recherche.

3. Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Tableau I. Répartition des caractéristiques sociodémographiques des répondants

Facteurs sociodémographiques	Fréquence (n=374)	Pourcentage
Age	31,02 ± 8,37	[1 – 4]
Moins de 20 ans	32	8,6
20 à 49 ans	335	89,6
50 ans et plus	7	1,9
Nombre d'enfants de moins de 5 ans	2,15± 0,67	[1 – 4]
1 enfant	56	15,0
2 enfants	208	55,6
3 et plus	110	29,4
Niveau d'étude		
Sans	96	25,7
Primaire	126	33,7
Secondaire	139	37,2
Supérieur	13	3,5
Profession		
Ménagère	81	21,7
Agricultrice	169	45,2
Petit commerce	65	17,4
Agent de l'état	37	9,9
Professionnel de santé	6	1,6
Autres	16	4,3
Fréquentation CPS	1,33 ± 0,72	[0 – 3]
Bonne	145	38,8
Moyenne	138	36,9
Faible	91	24,3

Le tableau montre que les mères sont majoritairement jeunes et actives, en âge de procréer, peu instruites et exerçant des activités agricoles ou informelles. Cette situation socio-économique modeste est associée à une participation globalement faible des mères à la CPS de leurs enfants, avec seulement 38,8% de fréquentation jugée bonne. La connaissance des mères sur la CPSr est partielle, avec une bonne compréhension de la fréquentation mensuelle

pour les enfants de moins de 24 mois, mais une faible maîtrise pour les enfants de 24 à 59 mois, qui devraient fréquenter la CPS une fois tous les trois mois.

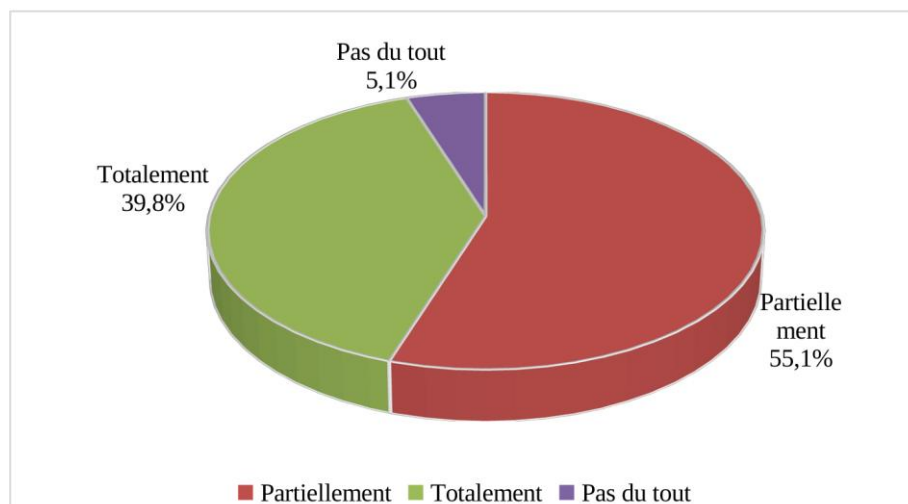


Figure I : Niveau de satisfaction aux attentes des bénéficiaires

La majorité des ménages dépendent de revenus saisonniers ou irréguliers, ce qui traduit une vulnérabilité économique importante et une faible stabilité financière. Les charges domestiques ou agricoles, ainsi que la perception d'une perte de revenu liée à la participation à la CPS, limitent la disponibilité des mères. Les séances de CPS dans la zone de santé de Miti-Murhesa se tiennent dans les villages ou sous-villages, à proximité des bénéficiaires. Cependant, la durée variable d'attente à la séance, et les insuffisances perçues en ressources logistiques limitent la qualité du service. Malgré l'attention des prestataires aux préoccupations des mères, avec une communication dans les langues locales, les attentes de la majorité des bénéficiaires restent partiellement satisfaites 55,1%, ce qui influencent plus ou moins négativement leur engagement au programme de la CPSr.

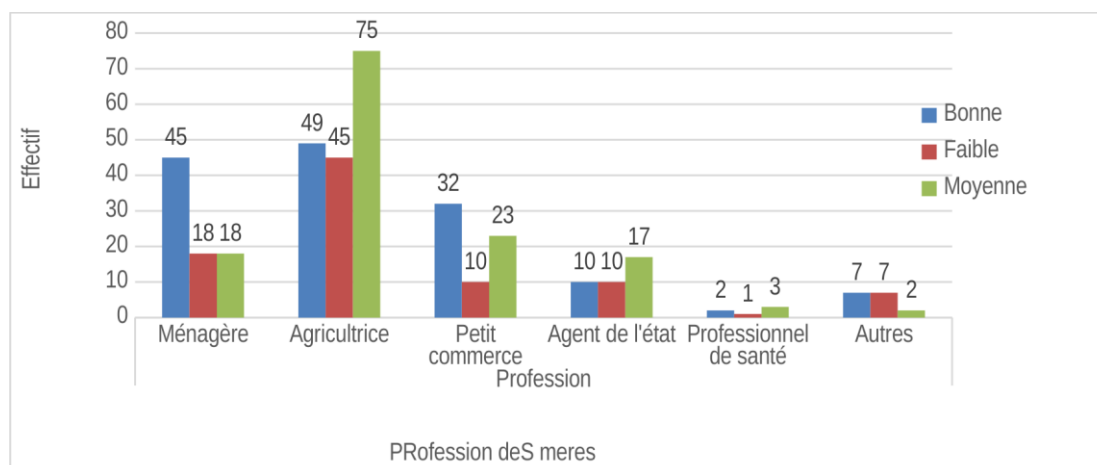


Figure II : Participation des mères à la CPS selon les catégories professionnelles

Le statut professionnel de mères influence significativement leur participation à la CPS de leurs enfants, avec des différences notables selon les activités exercées. Les mères agricultrices participent de manière hétérogène, probablement en raison des contraintes saisonnières, tandis que les ménagères montrent une participation relativement élevée, suite à la proximité et la flexibilité des séances. Les petits commerçantes et les professions formelles présentent une participation faible, une situation qui est due aux contraintes de temps et aux priorités économiques (**Figure 2**). Ces résultats indiquent que les stratégies de mobilisation doivent être adaptées aux réalités professionnelles des mères pour améliorer la fréquentation et l'efficacité des activités de consultations préscolaires.

Tableau II : Résultats du modèle de la régression logistique ordinale

Variables explicatives	Modalités	Coefficient	P-value	OR	IC 95 %
Connaissance CPS	Faible	–	0,061	–	–
	Moyenne	–	0,089	–	–
Expérience antérieure	–	–	0,937	–	–
Nombre d'enfants < 5 ans	2 enfants	1,757	<0,001	5,79	[3,40 ; 9,86]
Profession des mères	Ménagère	1,301	0,039	3,67	[1,07 ; 12,54]
	Petit commerce	1,299	0,042	3,66	[1,05 ; 12,86]
Perte de revenu liée au temps	–	-0,476	0,050	0,621	–
Charges domestiques ou agricoles	–	–	0,251	–	–
Temps passé à la CPS	–	-0,006	0,008	0,994	[0,990 ; 0,999]
Satisfaction aux attentes	Partielle	-1,330	0,021	0,264	[0,085 ; 0,818]
Rappel après la vaccination	Non	-3,145	<0,001	0,043	[0,024 ; 0,078]

Le modèle de la régression logistique ordinale révèle que la participation des mères à la CPS est principalement influencée par les facteurs organisationnels et certaines caractéristiques socio-économiques et culturels. Le temps passé à la séance et la perte de revenu associée ont un effet négatif sur la participation, tandis que le nombre d'enfants de moins de 5 ans et certaines professions favorisent l'adhésion. Chaque minute supplémentaire passée à la séance CPS diminue légèrement la probabilité d'une bonne participation ($C = -0,006$, $OR = 0,994$) et que la perte de revenu journalier liée au temps passé à la CPS a un effet limite sur la participation ($p = 0,050$), alors qu'avoir moins d'enfants de moins de 5 ans multiplie la chance d'une bonne participation à la CPS, de même que la probabilité d'avoir une bonne participation est environs 3,7 fois supérieures chez les femmes ménagères et petits commerçantes que chez celles exerçant d'autres activités économiques. Le facteur le plus influent est le rappel de la continuité de la CPS après la vaccination, dont l'absence réduit drastiquement la probabilité d'une bonne participation ($\sim 95,5\%$). La satisfaction partielle aux attentes des bénéficiaires diminue également les chances d'adhésion. La connaissance de la CPS montre une tendance positive mais non significative à 5 %, par contre l'expérience antérieure et les charges domestiques ou agricoles n'ont pas d'effet significatif après contrôle des autres variables.

Limites de recherche

- Champ géographique restreint, limité à la zone de santé de Miti-murhesa
- Absence d'exploration approfondie de certains aspects socioculturels et institutionnels.
- La traduction du questionnaire dans les langues locales, pouvant occasionner des pertes de sens ou des malentendus affectant la validité des réponses des enquêtés.
- Réponses au questionnaire basées sur des déclarations personnelles, pouvant occasionner une sous-déclaration de certains comportements ou difficultés vécues par les mères.
- Combinaison de l'approche quantitative et qualitative, bien qu'elle permet une meilleure compréhension du problème, peut présenter des difficultés d'intégration et d'interprétation des résultats.

Discussion

Bien que les parents informés soient susceptibles de fréquenter la CPS, la connaissance, à elle seule, ne suffit pas pour garantir une participation effective à la CPS. Selon l'OMS, la compréhension des soins préventifs chez les parents demeure souvent limitée par des barrières culturelles et un déficit d'éducation sanitaire [11]. La méconnaissance des services préventifs en Afrique, dont la CPS, est un facteur récurrent expliquant la faible fréquentation des structures de santé pédiatrique, en particulier dans les zones rurales où l'information sanitaire circule peu.

En RDC, il a été prouvé, dans les zones de santé de Kamalondo et de Kingabwa que le manque de conscience des mères sur l'importance du suivi de croissance et des conseils nutritionnels offerts pendant la CPS, et le faible niveau de connaissance sur la finalité et le contenu de la CPS, réduisait la probabilité de participation régulière des mères [12]. La faible utilisation des services de la CPS post-vaccin en milieu urbain est principalement liée au déficit de connaissances parentales, la compréhension des objectifs et des modalités de suivi des enfants, ainsi que la connaissance du moment d'arrêt de fréquentation des services de surveillance préscolaire. Ce déficit de connaissance est souvent lié à une communication insuffisante de la part des prestataires et à un faible engagement communautaire au Mali [13,14].

Cette observation s'aligne avec le modèle de promotion de la santé de l'OMS, qui considère la mobilisation des connaissances et des compétences en santé comme un déterminant central de l'adoption des comportements durables et favorables à la santé, fondée sur une communication adaptée au niveau de compréhension des familles.

Des études en Afrique du Sud et en Zambie soutiennent que la présence de plusieurs enfants de moins de 5 ans réduit la régularité de participation aux séances de suivi de croissance, pour des raisons de fatigue, manque de temps, absence d'accompagnement des conjoints et surcharge des tâches domestiques.

Dans la zone de santé de Miti-Murhesa, les ménages à forte natalité, souvent localisés dans les milieux défavorisés ou pygmées, enregistrent des taux plus faibles de couverture vaccinale et de fréquentation des services de prévention [15].

Cependant, malgré certaines expériences antérieures négatives, les parents continuent à fréquenter les services de consultation et surveillance préventive. Cette situation paraît contradictoire avec plusieurs études menées dans d'autres régions Africaines, qui rapportent un effet dissuasif marqué de telles expériences sur l'utilisation des services préventifs. Les mères ayant vécu une expérience jugée humiliante ou inutile étaient moins susceptibles de revenir aux séances CPS à Kamalondo, les femmes ayant perçu la CPS comme répétitive, mal organisée ou peu valorisante manifestaient une réticence à poursuivre les rendez-vous à Kingabwa, alors que, au Mali, la qualité de l'interaction entre le personnel de santé et les mères, influence fortement la continuité de la fréquentation à la CPS [12,13,15].

Dans les zones rurales de la RDC, au Sud-Kivu, des recherches ont montré que les mères disposant d'un emploi stable ou d'activités économiques régulières avaient une probabilité plus élevée de participer aux services de CPS. Ces résultats sont expliqués par le fait que le statut professionnel stable confère une autonomie décisionnelle et un contrôle sur le temps disponible [16]. Par ailleurs, au Burkina Faso et au Ghana il a été observé que l'emploi formel ou semi-formel facilite la participation aux activités de santé préventive, en raison de la sécurité économique qu'il procure et de la capacité à planifier le temps consacré aux soins [17,18]. Ces études soulignent que l'autonomisation économique des femmes favorise l'engagement dans la santé de l'enfant et la régularité des visites préventives.

Dans le contexte de Miti-Murhesa, le rôle du statut professionnel peut également être interprété à travers la flexibilité et la reconnaissance sociale des activités. Les mères ménagères et celles engagées dans le petit commerce, ou d'autres professions informelles disposent d'horaires prévisibles, ce qui leur permet de participer plus facilement aux séances de CPS. À l'inverse, les agricultrices ou les femmes aux activités dépendantes sont contraintes par les cycles agricoles, les obligations professionnelles ou la variabilité de leurs activités économiques, ce qui limite leur disponibilité pour les séances CPS [5,18]. Ces résultats s'alignent avec les principes de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, qui soulignent que l'autonomisation économique des femmes est un levier clé pour améliorer l'accès et l'adhésion aux services de santé préventive [19].

Par ailleurs, le lien entre statut professionnel et participation reflète l'importance de l'organisation locale des services, la proximité des structures et la mobilisation communautaire qui permettent aux mères, même actives professionnellement, d'accéder aux soins sans compromettre leurs obligations économiques. Le statut professionnel des mères apparaît comme un facteur socio-économique significatif de la participation à la CPSr à Miti-Murhesa, ce qui prouve que les interventions visant à améliorer l'adhésion des mères aux services préventifs devraient prendre en compte la diversité des activités professionnelles et proposer des services flexibles et accessibles pour maximiser la participation.

En Zambie, la proximité géographique des structures de santé et l'implication de relais communautaires a permis aux mères de participer aux séances de suivi de croissance même lorsqu'elles assumaient des responsabilités domestiques ou agricoles importantes.

Dans les zones rurales et semi-urbaines Africaines, les activités agricoles et domestiques absorbent une part importante du temps des mères, ce qui peut limiter la participation si les séances sont mal planifiées ou mal adaptées aux horaires communautaires [7,16]. Cependant, l'absence d'association significative dans cette étude suggère que les mères perçoivent la CPS comme un service essentiel pour la santé et le développement de l'enfant, surtout pendant la période vaccinale, ce qui les incite à prioriser cette activité malgré les contraintes économiques ou domestiques, constat qui prouve l'engagement communautaire motivé des mères par la santé infantile. Elle ne signifie pas que les contraintes domestiques et agricoles soient insignifiantes. Dans un contexte rural plus isolé ou avec de longues distances vers les structures de santé, ces charges peuvent devenir des obstacles majeurs [9,11,19].

Selon la théorie du comportement de santé d'Andersen, les charges domestiques ou agricoles constituent un facteur prédisposant, comme la perte de revenu journalier, mais l'effet de ces contraintes est atténué par des facteurs facilitants tels que la proximité des structures, la mobilisation communautaire et l'encadrement par les relais locaux [21].

Des études soutiennent que l'organisation logistique des séances CPS, notamment la durée et la régularité, influence fortement la participation des parents. Cette version d'idée corrobore avec des résultats trouvés au Nigeria, en Afrique du Sud et au Ghana qui rapportent que la durée perçue des séances et les délais d'attente sont les motifs de non-adhésion aux séances de suivi infantile [10,17]. Le temps d'attente des clients lors des visites dans les cliniques dans les pays à revenu faible et intermédiaire est un obstacle peu compris à la réalisation complète de la vaccination, occasionné par le fait que le personnel des cliniques doit attendre qu'un nombre suffisant de clients se présentent au rendez-vous avant de commencer la séance d'éducation ou d'ouvrir les flacons de vaccins. Il est nécessaire d'équilibrer la durée de la séance entre l'efficacité de la prestation et la capacité des bénéficiaires à y participer [17,19].

La relation entre la satisfaction et l'utilisation des services peut être expliquée par la théorie d'Andersen sur le comportement d'accès aux soins, selon laquelle la décision d'utiliser un

service est influencée non seulement par les besoins et les facteurs prédisposants, mais aussi les facteurs facilitants, parmi lesquels la qualité perçue des services occupe une place centrale. Lorsque la satisfaction est partielle, le service cesse d’agir comme un facteur facilitant, diminuant l’adhésion. En appui à cette théorie, Mbula et Masumo montrent que la qualité perçue et la satisfaction aux attentes sont directement corrélées à la fidélisation des bénéficiaires dans les programmes de croissance et de nutrition infantile. Ngasila et Dembélé remarquent que l’insatisfaction aux prestations de suivi préventif, en rapport avec une attente trop longue, des conseils insuffisamment adaptés ou un manque de suivi post-vaccination entraîne une diminution de la participation régulière des mères aux activités préventives [9,11,20].

Dans une perspective plus globale, l’OMS et l’UNICEF insistent sur la nécessité de renforcer la qualité perçue des soins et la relation de confiance entre prestataires et bénéficiaires comme facteur déterminant de la fidélisation des familles aux services de santé primaire. Optimiser la qualité perçue des services et répondre de manière ciblée aux attentes des bénéficiaires constitue une stratégie essentielle pour maintenir et améliorer l’adhésion des mères aux activités de suivi préventif [2,8,13,17].

Ainsi, l’organisation des séances de consultation préscolaire, notamment la gestion de l’accueil, des rendez-vous et des files d’attente, influence significativement la participation des parents [20]. Une planification inadéquate, des rappels insuffisants ainsi qu’un système d’attente désordonné, prolongé et séances débordées peuvent décourager la fréquentation régulière des services, compromettant ainsi le suivi de la croissance et l’état de santé des enfants [12,18,21]. Ce qui soulignent l’importance de combiner stratégies organisationnelles et prise en compte des caractéristiques familiales et professionnelles pour renforcer l’adhésion des parents aux activités de suivi préventif dans la zone de santé de Miti-Murhesa.

Conclusion

L’étude menée dans la zone de santé de Miti-Murhesa met en évidence la complexité des défis liés à l’engagement maternel dans la Consultation Préscolaire redynamisée (CPSr) pour les enfants de 0 à 59 mois. Bien que la CPSr constitue un levier préventif et promotionnel essentiel pour réduire la mortalité infanto-juvénile et lutter contre la malnutrition, son adoption reste limitée par des obstacles d’ordres organisationnel, socio-économique et culturel.

L’analyse des données collectées auprès de 374 mères et de divers acteurs communautaires met en lumière les mécanismes de cet éloignement. Elle montre que le manque de rappels systématiques de suivi après le calendrier vaccinal, la prolongation des temps d’attente, et une satisfaction seulement partielle des bénéficiaires constituent les principaux freins à une participation régulière des mères. De plus, les charges agricoles ou domestiques, ainsi que la perception principalement curative de la santé, influencent négativement l’adhésion des familles.

De plus, le parcours vaccinal initial une fois terminé, l’absence de relance ou de rappel de la part des services de santé interrompt brutalement l’habitude de venir faire peser et examiner l’enfant. Ce manque de suivi après la vaccination s’est révélé être le principal point de rupture dans l’engagement maternel à la CPS.

L’étude révèle que lorsque l’organisation des soins s’adapte au rythme des mères ménagères ou commerçantes, et que la communication avec les soignants est perçue comme satisfaisante et bienveillante, l’engagement maternel se renforce nettement.

Recommandations

-Niveau communautaire : renforcer la mobilisation sociale et l'engagement communautaire autour de la santé de l'enfant, en mettant en place des séances régulières d'éducation sanitaire sur la CPSr, et la prévention des maladies infantiles ; diversifier les stratégies de communication en s'appuyant sur des canaux de communication variés et inclusifs, avec des messages traduits dans les langues locales ; valoriser le rôle des pères et l'implication des leaders communautaires, religieux et associatifs, pour une transformation des normes sociales et une participation familiale en faveur de la santé de l'enfant.

-Niveau des structures de santé : respecter les normes de l'organisation de la CPS en adaptant les horaires aux réalités locales afin de réduire les temps d'attente à la séance ; mettre en place un mécanisme de rappel systématique des rendez-vous, y compris après la fin du calendrier vaccinal, basé sur les outils de suivi CPS ; Initier des actions incitatives pour stimuler les parents et les enfants.

-Niveau du BCZS Miti-Murhesa : veiller à la qualité technique et organisationnelle des séances CPSr, en se rassurant du respect des normes et en assurant une planification rationnelle des séances, la disponibilité du matériel et des ressources suffisantes pour éviter les surcharges ; renforcer les capacités des prestataires et agents communautaires à travers des sessions de formation continue portant sur la communication participative, la mobilisation communautaire autour de la CPSr.

-Niveau des décideurs politiques et institutionnels : promouvoir une gouvernance multisectorielle de la santé de l'enfant, articulant les interventions des secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et de la protection sociale ; associer les leaders communautaires et autorités locales à la planification et au suivi des activités de CPSr pour garantir leur appropriation durable ; renforcer le plaidoyer en faveur de politiques publiques contraignantes et financées, intégrant la CPSr dans les priorités nationales de santé maternelle et infantile ; évaluer périodiquement les interventions pour leur ajustement en fonction des besoins et contextes locaux.

Conflits d'intérêt :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en rapport avec cette étude.

Ce qui est connu de l'étude

1. Importance de la CPSr, comme une stratégie clé recommandée par l'OMS et l'UNICEF pour assurer la prévention, l'éducation sanitaire et le suivi de la croissance chez les enfants de 0 à 59 mois afin de réduire la mortalité infanto-juvénile.
2. Contexte épidémiologique préoccupant en RDC, où la mortalité infanto-juvénile demeure élevée (92 ‰) et plus de 45 % des enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition.
3. Problème d'abandon post-vaccinal, une fois le calendrier vaccinal achevé, particulièrement chez les enfants âgés de 24 à 59 mois.

Apport nouveau de l'étude

1. La mise en évidence du facteur critique de rupture de la fréquentation à la CPS démontrée de manière empirique que l'absence de rappel de la continuité de la CPS après la vaccination est le facteur le plus déterminant de l'abandon, réduisant la probabilité d'une bonne participation de 95,5 % (OR = 0,043 ; $p < 0,001$).
2. La quantification de l'impact du temps et des coûts d'opportunité par l'effet négatif de

chaque minute d'attente supplémentaire à la CPS (OR = 0,994 ; $p = 0,008$) et de la perte de revenu journalier perçue par la mère (OR = 0,621 ; $p = 0,050$).

3. Les disparités selon le statut professionnel des mères ménagères (OR = 3,67) et les petites commerçantes (OR = 3,66) qui ont une probabilité d'adhésion d'environ 3,7 fois supérieure à celle des agricultrices, dont la disponibilité est directement limitée par les contraintes des travaux champêtres.
4. La modélisation contextuelle spécifique, en fournissant des données mixtes (quantitatives et qualitatives) et une régression logistique ordinaire sur les déterminants sociodémographiques et institutionnels de l'engagement maternel propres à la zone de santé rurale de Miti-Murhesa.
5. Recadrage des priorités d'action après ajustement statistique, en montrant que les facteurs organisationnels de la structure de santé (système de rappel, gestion du temps d'attente, qualité de l'accueil) ont un poids supérieur sur l'assiduité des mères que leurs simples contraintes domestiques ou leurs expériences antérieures.

Contribution des auteurs :

Kazungu Mashaliza Théodore : conception de l'étude, collecte des données, analyse et interprétation des résultats, rédaction initiale du manuscrit.

Wilangya Lubunga : révision critique et amélioration du manuscrit.

Muhimiri Baluku Felly : révision critique et amélioration du manuscrit.

Lunanga Itulamy Félix : lecture du manuscrit, révision critique et amélioration.

Mapendano Sirika André et Mumbere Mutwe Gloire : lecture du manuscrit, révision critique et amélioration.

Buhendwa Nabintu Sylvie et Ngbongo Sebo Christian : révision critique et amélioration du manuscrit.

Bailanda Mumbere Pascal : supervision scientifique, révision finale et soumission des manuscrits à la revue.

Financement : la présente étude n'a bénéficié d'aucun financement externe.

Références bibliographiques

- [1]. Nzaou Stone C. Les déterminants de la mortalité infanto-juvénile au Congo : analyse des données de la deuxième enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSCII, 2011–2012). INS ; 2019.
- [2]. Organisation Mondiale pour la Santé. Santé de l'enfant et soins préventifs : situation en Afrique. Bureau régional pour l'Afrique ; 2020.
- [3]. RDC-INS et ICF. Enquête démographique de santé 2023–2024 : Rapport des indicateurs clés. Kinshasa et Rockville, Maryland ; 2024.
- [4]. Organisation Mondiale pour la Santé. Promotion de la santé, Charte d'Ottawa. Europe ; 1986.
- [5]. Programme National de Nutrition. Manuel d'orientation CPS redynamisée. Version révisée. RDC ; 2022
- [6]. Bisimwa G, et al. Évaluation de la redynamisation de la consultation préscolaire en milieu rural. Bull Santé RDC. 2021.
- [7]. Ngasila Tampwo L. Utilisation de la consultation préscolaire chez les enfants de 12–59 mois dans la zone de santé de Kingabwa [Mémoire de licence]. Kinshasa: Université de Kinshasa; 2017.
- [8]. Haldane V, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review. PLoS One. 2019;14(5):e0216112.
- [9]. Mbula H, Masumo M. Attendance of Growth Monitoring and Promotion by Mothers with Children Aged 24-59 Months in Mulamba Catchment Area of Kaoma District, Zambia. *Int J Full Multidiscip Res*. 2024;6(2):17506 :10.36948.
- [10]. Mphasha MH, Rapetsoa M, Mathebula N, Makua K, Mazibuko S. Non-adherence to growth monitoring and promotion sessions amongst caregivers of children under 5 years in Polokwane Municipality, Limpopo province. *S Afr Fam Pract* (2004). 2023 ;65(1):e1-e7: 10.4102
- [11]. Organisation Mondiale pour la Santé. Primary Health Care Monitoring Framework and Indicators. Geneva; 2022.
- [12]. Kamwasha Katonga V. Causes de la faible utilisation des services de consultation préscolaire en milieu urbain: cas de la zone de santé de Kamalondo en RDC [DEA]. Lubumbashi: Université de Lubumbashi; 2009.
- [13]. Dembélé T. Facteurs associés à la sous-fréquentation des services de surveillance préventive par les mères d'enfants de 12 à 59 mois en commune IV de Bamako [Mémoire]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2019.
- [14] Zone de Santé de Miti-Murhesa. Rapport annuel, 2023.
- [15]. Rukengwa M, Kizito S, Lufungula P. Couverture vaccinale et morbidité dans les communautés pygmées de Miti-Murhesa. *Rev Méd Afr*. 2015;36(4):211-219
- [16]. Kabeya D, Bisimwa G, Kalenga M. Access and utilization of preschool consultation services in rural South-Kivu, DRC. *Int J Health Policy Manag*. 2020;9(8):330–340.
- [17]. Agbozo, F., Colecraft, E., Jahn, A. *et al.* Understanding why child welfare clinic attendance and growth of children in the nutrition surveillance programme is below target: lessons learnt from a mixed methods study in Ghana. *BMC Nurs* **17**, 25 (2018) :10.1186

- [18]. Ouedraogo S, Sawadogo A, Kaboré F. Effectiveness of community-based health education on preschool attendance in Burkina Faso. BMC Public Health. 2016;16:1123.
- [19]. Fonds de Nations Unies pour l'enfance. Analyse de la pauvreté multidimensionnelle des enfants en RD. Congo. Kinshasa; 2023.
- [20]. Glenn LAVERACK. Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature, Journal of Health Population and Nutrition · April 2006/6988708
- [21]. Organisation Mondiale pour Santé : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, EB156/17, Rapport du Directeur général, OMS, décembre 2024