

## Connaissances des femmes enceintes sur les signes de danger au cours de la grossesse dans la Zone de Santé de N'djili à Kinshasa, RD Congo.

*Knowledge of pregnant women about danger signs during pregnancy in the N'djili health zone*

Alice MBUTSHU WALO<sup>1\*</sup>, Gabriel BOLOMBE LIONGO<sup>1</sup>, Marie-Claire OMANYONDO OHAMBE<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Section Sage-Femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

<sup>2</sup>Département des Sciences Infirmières, Université Pédagogique Nationale, Kinshasa, République Démocratique du Congo

### RESUME:

La République Démocratique du Congo enregistre l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés en Afrique, une situation liée à des infrastructures sanitaires insuffisantes, un accès limité aux soins prénataux et une faible sensibilisation aux complications de la grossesse. Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances des femmes enceintes sur les signes de danger au cours de la grossesse dans la zone de santé de N'Djili, à Kinshasa. Une étude quantitative, descriptive et corrélationnelle a été conduite en utilisant un échantillonnage stratifié et un questionnaire structuré administrés aux femmes enceintes. Les résultats montrent un niveau de connaissance globalement faible : 78,5 % des participantes avaient une connaissance jugée insuffisante des signes de danger obstétricaux. Les signes les plus fréquemment cités étaient les douleurs abdominales, la fièvre et les lombalgies. Par ailleurs, 54,3 % des femmes avaient seulement entendu parler des signes de danger, principalement par des proches. Malgré ce faible niveau de connaissances, 86,7 % des femmes déclaraient être prêtes à consulter un professionnel de santé en cas de danger, bien que 50 % aient signalé des difficultés d'accès aux soins d'urgence. Les analyses bivariées ont mis en évidence plusieurs facteurs associés au niveau de connaissance : l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la profession, le revenu mensuel, la gestité et la parité. 67 % des femmes considéraient les ateliers communautaires comme le moyen le plus efficace pour améliorer la sensibilisation. Ces résultats confirment les données de la littérature récente, soulignant l'importance de l'éducation et du statut socioéconomique dans la sensibilisation. L'étude souligne la nécessité de renforcer les actions d'éducation sanitaire afin d'améliorer la santé maternelle et de réduire les risques liés à la grossesse.

**Mots-clés :** santé de la reproduction, éducation sanitaire, signes de danger, grossesse, zone de santé N'djili

### ABSTRACT :

The Democratic Republic of the Congo records one of the highest maternal mortality rates in Africa, a situation linked to inadequate health infrastructure, limited access to antenatal care, and low awareness of pregnancy-related complications. This study aimed to assess pregnant women's knowledge of danger signs during pregnancy in the N'Djili health zone in Kinshasa. A quantitative, descriptive and correlational study was conducted using stratified sampling and structured questionnaires administered to pregnant women. The results show an overall low level of knowledge: 78.5% of participants had knowledge considered insufficient regarding obstetric danger signs. The most frequently mentioned signs were abdominal pain, fever and lower back pain. In addition, 54.3% of women had only heard about danger signs, mainly through relatives. Despite this low level of knowledge, 86.7% of women reported being willing to consult a health professional in the event of danger, although 50% reported difficulties in accessing emergency care. Bivariate analyses identified several factors associated with the level of knowledge, including age, level of education, marital status, occupation, monthly income, gravidity and parity. Furthermore, 67% of women considered community workshops to be the most effective means of improving awareness. These findings are consistent with recent literature, highlighting the importance of education and socio-economic status in awareness. The study highlights the need to strengthen health education initiatives in order to improve maternal health and reduce pregnancy-related risks.

**Keywords :** reproductive health, health education, pregnant women, danger signs, pregnancy, N'djili Health Zone

\*Adresse des Auteur(s)

Alice MBUTSHU WALO, Section Sage-Femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

E-mail : [waloelise@gmail.com](mailto:waloelise@gmail.com)

Tél. : +243 811473700 ;

Gabriel BOLOMBE LIONGO, Section Sage-Femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

Marie-Claire OMANYONDO OHAMBE, Section Sage-Femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa & Département des Sciences Infirmières, Université Pédagogique Nationale, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

### I. INTRODUCTION

La santé maternelle est une priorité de santé publique mondiale. Bien que la médecine ait progressé, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement demeurent une source importante de mortalité et de morbidité chez les mères dans plusieurs pays. Il est crucial d'être informé des signes de danger durant la grossesse afin de minimiser ces risques. A l'échelle mondiale, il existe des disparités significatives dans l'accès à l'information et aux soins de santé, exacerbées par des facteurs socio-économiques et culturels (Dangura, 2020).

En Afrique, les taux de mortalité maternelle sont parmi les plus élevés au monde. Les systèmes de santé sont souvent sous-financés et manquent de ressources, ce qui affecte la capacité des femmes enceintes à recevoir des soins prénataux adéquats (Wabukani et al ; 2025). En Gambie, les femmes manquaient de connaissance des signes d'urgence obstétricaux, et leur compréhension réelle de ces signes était nettement inférieure à celle qu'elles croyaient avoir (WHO, 2019). Toutefois, lorsque des signes de danger sont survenus, les patientes ont adopté un comportement approprié en quête de soins médicaux. Les données suggèrent que l'enseignement par vidéo ou par messagerie des prestataires de soins de santé locaux peut être une intervention éducative efficace en matière (Ngunde et al ; 2026 ; Getachew et al, 2022). L'information et la formation des femmes enceintes sur les signes de complications pendant la grossesse peuvent favoriser une identification précoce des problèmes et une

## Connaissances des femmes enceintes sur les signes ...

prise en charge rapide, diminuant par conséquent les dangers pour la mère et l'enfant (Shannon et al., 2024.). A Madagascar, la connaissance d'au moins un symptôme de danger allait de 80,9% des femmes reconnaissant un ou plusieurs symptômes de danger pendant la grossesse à 51,9%, 50,8% et 53,2% respectivement lors de l'accouchement, dans la période post-partum et chez le nourrisson (WHO, 2019). Dans une étude conduite par (Yoseph et al., 2024), la connaissance des signes de danger pendant l'accouchement a été liée à la participation à l'intervention, un revenu du ménage supérieur et la réception d'informations sur les signes de danger pendant la grossesse. Cependant, seuls les revenus du ménage supérieur et la participation au programme mHealth ont été liés de manière indépendante. (Yoseph et al., 2024). Une instruction supérieure et l'obtention d'informations concernant les signes de risque pendant les soins prénataux étaient liées à des probabilités nettement plus grandes d'identifier un ou plusieurs signes de risque pour le nouveau-né, tant dans l'analyse bivariée que multivariée. La connaissance des signes de danger obstétricaux est faible. L'utilisation de mHealth et la transmission d'informations durant la grossesse présentent des perspectives encourageantes. (Salem et al., 2023).

La RDC affiche l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés en Afrique (Bushiri et al., 2025). Les infrastructures de santé sont limitées, particulièrement dans les zones rurales, et l'accès à l'information sanitaire est souvent restreint. Les femmes enceintes en RDC font face à des défis importants, y compris le manque de connaissances concernant les signes alarmants lors de la grossesse, ce qui peut retarder la recherche de soins appropriés. Kinshasa, la capitale de la RDC, bien que mieux dotée en infrastructures que les zones rurales, présente des disparités importantes dans l'accès aux soins de santé. La population croissante et la pression sur les services de santé posent des défis uniques 2024/11/23.

Les programmes de sensibilisation et d'éducation en santé maternelle varient en efficacité et en portée, influençant directement les connaissances des gestantes sur les signes d'alerte. La zone sanitaire de N'Djili à Kinshasa illustre bien ces défis. Les services de santé y sont souvent surchargés, et la sensibilisation des femmes enceintes à des signes alarmants durant la grossesse peut être insuffisante. Le niveau d'éducation et les croyances culturelles jouent un rôle important dans la transmission et la réception de l'information sanitaire (Kamb, 2024).

Au sein de la zone sanitaire de N'djili, située à Kinshasa, des obstacles tels que des infrastructures sanitaires limitées, un accès réduit aux soins prénataux, et un déficit d'informations sur les complications de grossesse exacerbent ce problème. Les indications de risque pendant la grossesse (saignements

vaginaux, douleurs abdominales sévères, maux de tête persistants, mouvements fœtaux réduits) nécessitent une intervention médicale immédiate. Cependant, de nombreuses femmes enceintes dans cette zone ignorent ces signes critiques, souvent à cause de facteurs socio-économiques et culturels.

De ce qui précède, l'étude part de la question suivante : Quelle est l'étendue des connaissances des femmes enceintes sur les signes alarmants pendant la grossesse dans le secteur de santé de N'djili, et quels sont les facteurs qui influencent ces connaissances ?

L'objectif de cette recherche est d'évaluer les connaissances des femmes enceintes sur les signes de danger pendant la grossesse, d'explorer les facteurs influençant leur compréhension, et d'identifier les obstacles à la diffusion de ces informations.

## II. MATERIEL ET METHODES

### II.1. Cadre méthodologique de l'étude

Cette recherche est de type quantitatif et transversal à visée descriptive et analytique. La recherche examine la compréhension des femmes enceintes concernant les signes alarmants durant la grossesse dans la région sanitaire de N'djili. L'enquête a été réalisée sur une période de 4 mois, du 1<sup>er</sup> Février au 31 Mai 2025.

La taille de l'échantillon pour cette étude est de 376 femmes enceintes au dernier trimestre de la grossesse.

Nous avons utilisé la méthode d'enquête transversale, qui a été accompagnée de la technique d'échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés, plus précisément de type stratifié et l'instrument de collecte des données est un questionnaire guide d'interviews.

Une collecte de données mobile a été mise en place par le chercheur et l'interviews semi structurée individuelle face à face. Nous avons utilisé la plateforme en ligne KoboToolbox, qui a été ensuite exportée dans l'application mobile KoboCollect.

L'étude intègre des considérations éthiques rigoureuses, incluant la validation du contenu de l'instrument et la traduction du questionnaire, les lingala, langue maîtrisée par les responsables de l'enquête pilote, l'utilisation d'outils numériques pour garantir la fiabilité des données, l'obtention préalable des autorisations institutionnelles, ainsi que le respect du consentement éclairé, de la confidentialité et de l'anonymat des participantes.

### III. RESULTATS

#### III.1 Analyse socio-démographique

Les caractéristiques sociodémographiques des 376 répondantes de cette étude sont présentées au Tableau 1.

**Tableau 1** : Répartition des enquêtées selon les caractéristiques socio démographiques avec N = 376

Caractéristique sociodémographiques	Fréquence	Pourcentage
<b>Age</b>		
15 à 19 ans	59	15,7
20 à 24 ans	103	27,4
25 à 29 ans	89	23,7
30 à 34 ans	57	15,2
25 à 39 ans	31	8,2
40 à 44 ans	27	7,2
45 à 49 ans	10	2,7
<b>Niveau d'étude</b>		
Analphabète	37	9,8
Primaire	50	13,3
Secondaire	236	62,8
Supérieur ou Universitaire	53	14,1
<b>Statut marital</b>		
Célibataire	154	41,0
Divorcée	4	1,1
Mariée	218	58,0
<b>Profession</b>		
Employée	61	16,2
Sans emploi	315	83,8
<b>Revenu mensuel</b>		
26 – 64 dollars	105	27,9
65 – 100 dollars	52	13,8
Moins de 26 dollars	181	48,1
Plus de 100 dollars	38	10,1

L'analyse du tableau 1 montre que la majorité des enquêtées étaient de jeunes adultes, principalement avec un niveau d'études secondaires. La plupart étaient mariées et ne disposaient pas d'un emploi. Il ressort également qu'une grande partie d'entre elles vivait avec un revenu mensuel très faible, inférieur à 26 dollars.

Le Tableau 2 présente les données sur les antécédents obstétricaux de 376 enquêtées.

**Tableau 2** : Répartition des enquêtées selon les antécédents obstétricaux avec N=376

Antécédents obstétricaux	Fréquence	Pourcentage
<b>Géstité</b>		
Primigeste (1 grossesse)	182	48,4
Pauci geste (2 grossesses)	120	31,9
Grande multigeste (5 et plus)	6	1,6
Multigeste (3 à 4 grossesses)	68	18,1

Parité		
Primipare	230	67,7
Paucipare	93	24,7
Multipare (3-4 accouchements)	49	13,0
Grande Multipare (> 5 accouchements)	4	1,1

Cette distribution indique que près de la moitié des enquêtées étaient des primigestes, parmi lesquelles la majorité étaient des primipares, suivies d'un groupe plus restreint de paucipares.

La répartition des enquêtées selon la fréquence de signes de danger durant la grossesse mentionnée par les enquêtées est présentée au Tableau 3.

**Tableau 3** : Répartition des enquêtées selon la fréquence de différents signes de danger durant la grossesse (Figure 1) mentionnée par les enquêtées N =376

Connaissance des indicateurs de danger	FA	FO	Pourcentage
Douleurs abdominales	376	198	52,6
Fièvre	376	168	44,6
Lombalgie	376	137	36,4
Maux de tête ou céphalées sévères	376	116	30,8
Saignement vaginal	376	89	23,6
Absence de mouvements fœtaux actifs	376	60	15,9
Vertige	376	44	11,7
Ecoulement d'eau	376	37	9,8
Gonflement des membres, visage et Pieds	376	37	9,8
Vomissement	376	36	9,5
Vision floue	376	31	8,2
Bourdonnement d'oreille	376	4	1,06
<b>Moyenne</b>		957	21,2%

L'analyse du tableau 3 révèle que la douleur abdominale était le signe de risque le plus souvent mentionné par les enquêtées, suivie de la fièvre et de la lombalgie. En moyenne, les femmes ont cité un nombre modéré de signes de danger durant la grossesse. Les signes les moins évoqués étaient la perte de liquide (écoulement d'eau), le gonflement des membres, du visage et des pieds, ainsi que les bourdonnements d'oreilles.

## Connaissances des femmes enceintes sur les signes ...

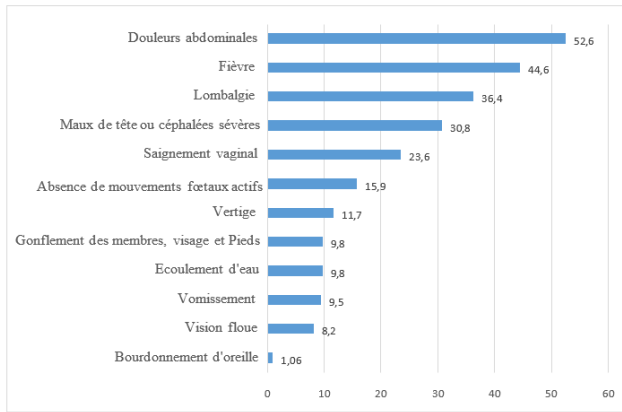


Figure 1. Différents signes de danger cité par les enquêtées

Le tableau 4 suivant donne la répartition des enquêtées selon la connaissance sur les indications de risque.

**Tableau 4.** Répartition des enquêtées selon la connaissance sur les indications de risque N=376

Caractéristiques		
Connaissances sur les indications de risque	Fréquence	Pourcentage
Médiocre	295	78,5
Assez bien	59	13,8
Bien	36	9,6
Très bien	21	5,6
Entendre parler sur les signes alarmants lors de la grossesse		
Non	172	45,7
Oui	204	54,3
Connaitre l'importance de maîtriser les indicateurs de risque durant la grossesse		
Non	179	47,6
Oui	197	52,4
Sources d'information sur le signe de risque durant la grossesse		
Infirmier	19	5,1
Amis	111	29,5
Famille	138	36,7
Médecin	41	10,9
Médias (TV, radio, internet) option 6	14	3,7
Sage-femme	53	14,1
Fréquence de visite prénatales chez le professionnel de santé pendant la grossesse		
1 fois	136	36,1
2 fois	140	32,7
3 fois	52	13,8
4 fois	65	17,3
Avoir reçu l'information sur les indications de risque durant la CPN		
Non	176	46,8
Oui	200	53,2

Il ressort du Tableau 4 que la majorité des femmes enquêtées avaient une connaissance limitée des signes d'alerte pendant la grossesse. Un peu plus de la moitié en avaient seulement entendu parler, principalement par le biais de membres de leur famille ou d'amies. Cependant, une proportion notable de participantes était à leurs premières consultations prénatales, tandis que celles ayant déjà effectué au moins quatre visites présentaient une meilleure sensibilisation aux

signes de danger, ayant reçu des informations au cours de ces consultations.

Le Tableau 5 rassemble la répartition des enquêtées selon les attitudes et comportements adaptés dans le cas où il y a présence des indications de risque pendant la grossesse.

**Tableau 5 :** Répartition des enquêtées selon les attitudes et comportements adaptés dans le cas où il y a présence des indications de risque pendant la grossesse.

	Fréquence	Pourcentage
<b>Que faire si un signe de danger est détecté pendant votre grossesse</b>		
Demander conseil à la famille	25	6,6
Attendre pour voir le symptôme disparaît	5	1,3
Consulter immédiatement un Médecin	72	19,1
Consulter immédiatement un Infirmier	118	31,4
Consulter immédiatement une Sage-femme	136	36,2
Demander conseil aux amis	20	5,3
<b>Accès facile aux services de santé en cas d'urgence pendant la grossesse</b>		
Non	188	50,0
Oui	188	50,0
<b>Barrières rencontrées pour accéder aux soins en cas des indications alarmants</b>		
Coût (médicaments + examen (test))	121	32,2
Distance	147	39,1
Influence de la culture	18	4,8
L'ignorance de la famille	50	13,3
Manque d'information	19	5,1
Manque de communication	21	5,6

Ce tableau montre que plus d'un tiers des enquêtées consulteraient rapidement un professionnel de santé dès l'apparition de tels signes, en donnant la priorité aux sages-femmes, infirmiers et médecins. Toutefois, malgré cette disposition à agir rapidement, l'accès aux services de santé reste un obstacle important pour de nombreuses femmes, la distance entre leur domicile et les structures sanitaires constituant la principale difficulté rencontrée.

Le Tableau 6 résume les différentes suggestions en vue d'améliorer la sensibilisation des femmes enceintes sur les signes d'alerte (N = 376).

**Tableau 6.** Répartition des enquêtées selon les suggestions pour améliorer la sensibilisation des femmes enceintes sur les signes d'alerte (N = 376).

Suggestions pour améliorer la sensibilisation des femmes enceintes sur les signes alarmants lors de la grossesse.	Fréquence	Pourcentage
Ateliers communautaires	252	67,0
Campagnes médiatiques	70	18,6
Programmes scolaires,	54	14,3

Le tableau 6 révèle que les enquêtées perçoivent les ateliers communautaires comme le moyen le plus efficace pour

informer les femmes enceintes sur les signes préoccupants de la grossesse, avec les campagnes médiatiques et les programmes scolaires en seconde position.

### III.2. Analyse bivariée

Les différentes relations entre la variable dépendante, à savoir les signes de risque durant la grossesse, et les variables indépendantes exposées dans la section précédente ont été étudiées grâce à l'analyse bivariée. Les résultats de ces relations sont présentés aux Tableaux 7, 8 et 9. Dans ces tableaux, les résultats mis en parenthèses sont exprimés en %.

**Tableau 7.** Lien entre les traits sociodémographiques et la compréhension des signes de risque durant la grossesse.

Caractéristiques sociodémographiques	Connaissance des signes de danger catégorisé				$\chi^2$	p
	Médiocre	Assez bien	Bien	Très Bien		
<b>Age</b>						
15 à 19 ans	58(98,3)	1(1,7)	0(0,0)	0(0,0)	<b>35,255</b>	<b>0,009</b>
20 à 24 ans	91(88,3)	7(6,8)	4(3,9)	1(1,0)		
25 à 29 ans	67(75,3)	16(18,0)	5(5,6)	1(1,1)		
30 à 34 ans	46(80,7)	8(14,0)	3(5,3)	0(0,0)		
35 à 39 ans	24(77,4)	1(3,2)	5(16,1)	1(3,2)		
40 à 44 ans	25(92,6)	1(3,7)	1(3,7)	0(0,0)		
45 à 49 ans	10(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
<b>Niveau d'instruction</b>						
Analphabète	37(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	<b>28,323</b>	<b>0,001</b>
Primaire	50(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Secondaire	196(83,1)	26(11,0)	11(4,7)	3(1,3)		
Supérieur ou Universitaire	38(71,7)	8(15,1)	7(13,2)	0(0,0)		
<b>Statut matrimonial</b>						
Célibataire	148(96,1)	6(3,9%)	0(0,0)	0(0,0)	<b>55,558</b>	<b>0,000</b>
Divorcée	3(75,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)		
Mariée	170(78,0)	28(12,8)	18(8,3)	2(0,9)		
<b>Profession</b>						
Employée	43(70,5)	9(14,8)	8(13,1)	1(1,6)	<b>15,709</b>	<b>0,001</b>
Sans emploi	278(88,3)	25(7,9)	10(3,2)	2(0,6)		
<b>Revenu mensuel</b>						
26-64 dollars	91(86,7)	11(10,5)	2(1,9)	1(1,0)	<b>91,067</b>	<b>0,000</b>
65-100 dollars	33(63,5)	12(23,1)	6(11,5)	1(1,9)		
Moins de 26 dollars	178(98,3 %)	2(1,1%)	1(0,6)	0(0,0)		
Plus de 100	19(50,0)	9(23,7)	9(23,7)	1(2,6)		

dollars

L'analyse de cette distribution révèle que l'âge ( $\chi^2 = 35,255$ , avec  $p=0,009<0,05$ ), le manque de niveau d'instruction ( $\chi^2 = 28,323$ , avec  $p=0,001<0,05$ ), le statut matrimonial ( $\chi^2 = 55,553$ , avec  $p=0,000<0,05$ ), et le revenu mensuel ( $\chi^2 = 91,067$ , avec  $p=0,000<0,05$ ) étaient liés à une connaissance des signes de danger durant la grossesse.

**Tableau 8.** Relation entre les antécédents obstétricaux et Connaissances indications de risque durant la grossesse.

Antécédents obstétricaux	Connaissance des signes de danger catégorisés				$\chi^2$	p
	Médiocre	Assez bien	Bien	Très Bien		
Géstité						
Paucigeste (2 grossesses)	71 (18,9)	27 (7,2)	17 (4,5)	5 (1,3)	<b>22,930</b>	<b>0,006</b>
Grande multigeste (5 et plus)	5 (1,3)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Multigeste (3 à 4 grossesses)	53 (14,1)	12(3,2)	3 (0,8)	0 (0,0)		
Primigeste (1 grossesse)	131 (34,8)	19(5,1)	16(4,3)	16(4,3)		
<b>Parité</b>						
Paucipare (2 accouchements)	30 (8,0)	6 (1,6)	3 (0,8)	1 (0,3)	<b>11,483</b>	<b>0,488</b>
Primipare (1 accouchement)	64 (17,0)	20(5,3)	11(2,9)	6 (1,6)		
Grande Multipare (5 et plus d'accouchements)	4n(1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Multipare (3-4 accouchements)	36 (9,6)	10(2,7)	3 (0,8)	0 (0,0)		
Nullipare (aucun accouchement)	126 (33,5)	23(6,1)	19(5,1)	14(3,7)		

L'analyse du tableau 8 montre qu'il existe une association significative entre la gestité et les connaissances des indices de risque durant la grossesse ( $\chi^2 = 22,930$ ,  $p= 0,006$ ), la valeur de p étant inférieure au seuil de 0,05. Cela indique que les antécédents obstétricaux liés à la gestité influencent la connaissance des signes de danger chez les femmes enceintes.

**Tableau 9.** Relation entre les caractéristiques obstétricales généraux et les connaissances sur les signes de danger pendant la grossesse

## Connaissances des femmes enceintes sur les signes ...

Variables	Connaissances des signes de danger catégorisés				$\chi^2$	p
	Médiocre	Assez bien	Bien	Très Bien		
Être informé des signes d'alerte pendant la grossesse						
<b>Non</b>	112(29)	24(6,4)	26(6,9)	10(2,7)	<b>11,55</b>	<b>0,009</b>
<b>Oui</b>	148(39,4)	35(9,3)	10(2,7)	11(2,9)		
L'importance de maitrise les indicateurs de risques durant la grossesse						
<b>Non</b>	117(31,1)	26(6,9)	26(6,9)	10(2,7)	<b>9,75</b>	<b>0,021</b>
<b>Oui</b>	143(38,0)	33(8,8)	10(2,7)	11(2,9)		
Sources d'information des indications de risque						
<b>Infirmier</b>	11(2,9)	4(1,1)	2(0,5)	2(0,5)	<b>23,43</b>	<b>0,075</b>
<b>Amis</b>	79(21,0)	13(3,5)	12(3,2)	7(1,9)		
<b>Famille</b>	101(26,9)	16(4,3)	13(3,5)	8(2,1)		
<b>Médecin</b>	27(7,2)	11(2,9)	3(0,8)	0(0,0)		
<b>Médias (TV, radio, internet)</b>	4(1,1)	6(1,6)	2(0,5)	2(0,5)		
<b>Option 6 Sage-femme</b>	38(10,1)	9(2,4)	4(1,1)	2(0,5)		
Fréquences consultation chez un personnel de santé au cours de la grossesse lors de la consultation prénatale.						
<b>1 fois</b>	89(23,7)	14(3,7)	12(3,2)	4(1,1)	<b>13,60</b>	<b>0,327</b>
<b>2 fois</b>	89(23,7)	16(4,3)	11(2,9)	7(1,9)		
<b>3 fois</b>	30(8,0)	10(2,7)	6(1,6)	6(1,6)		
<b>4 fois</b>	41(10,9)	14(3,7)	6(1,6)	4(1,1)		
<b>Aucune fois</b>	11(2,9)	5(1,3)	1(0,3)	0(0,0)		
Recevoir l'information des indicateurs de danger au cours de la CPN durant la grossesse						
<b>Non</b>	110(29,3)	29(7,7)	27(7,2)	10(2,7)	<b>13,74</b>	<b>0,003</b>
<b>Oui</b>	150(39,9)	30(8,0)	9(2,4%)	11(2,9)		

L'analyse du tableau 9 révèle de relations entre les caractéristiques obstétricales générales et les connaissances sur les signes de danger pendant la grossesse les plus significatives : avoir entendu parler de signe de danger pendant la grossesse ( $\chi^2 = 11,554$  avec  $p=0,009<0,05$ ), connaître l'importance de signes de danger pendant la grossesse ( $\chi^2 = 9,750$ , avec  $p=0,021<0,05$ ), source d'information ( $\chi^2 = 23,426$ , avec  $p=0,075<0,05$  et source d'information de signe danger pendant la CPN ( $\chi^2 = 13,742$  avec  $p=0,003<0,05$ ).

## IV. DISCUSSION

L'objectif de cette recherche était d'évaluer le niveau de compréhension des indicateurs de péril durant la grossesse chez les femmes enceintes et d'identifier les facteurs sociodémographiques, obstétricaux et liés à l'accès à l'information pouvant influencer cette connaissance. L'analyse descriptive et bi-variée des données a mis en évidence des variations significatives selon l'âge, le niveau d'instruction, La situation matrimoniale, le revenu mensuel, la gestité, ainsi que l'exposition à l'information sur les indications de risque. Ces résultats reflètent les disparités dans la sensibilisation aux complications potentielles de la grossesse et suggèrent que certains déterminants socio-économiques et obstétricaux jouent un rôle clé dans la compréhension des indications de risque, confirmant ainsi la pertinence de stratégies ciblées pour améliorer la santé maternelle.

### IV.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les femmes participantes sont majoritairement âgées de 20 à 29 ans (51,1 %), ont un niveau d'études secondaires (62,8 %), sont mariées (58 %), sans emploi (83,8 %) et ont un revenu mensuel inférieur à 26 USD (48,1 %). Ce profil correspond à celui observé dans de nombreuses populations féminines capable de se reproduire en Afrique subsaharienne, caractérisées par la jeunesse et un faible niveau socio-économique (Ali et al., 2023). Le niveau d'instruction s'avère déterminant pour la compréhension des signes de danger, les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur étant plus aptes à accéder et à assimiler les messages de santé maternelle (Dida et al., 2024). Le faible revenu et le chômage limitent quant à eux la capacité de rechercher rapidement les soins en cas de complication (OMS, 2023).

### IV.2. Antécédents obstétricaux

La majorité des participantes sont primigestes (48,4 %) et primipares (67,7 %), un profil associé dans la littérature à une connaissance moindre des signes de danger en raison de l'expérience limitée en suivi prénatal (Emeh et al., 2022). Les multigestes, ayant accumulé des expériences de grossesse, ont tendance à mieux identifier les signes de danger (Essien et al., 2024), illustrant l'importance de l'apprentissage par l'expérience et la répétition des messages éducatifs lors des consultations prénatales.

### IV.3. Fréquence des signes de danger cités

Les signes les plus rapportés sont la douleur abdominale (52,6 %), la fièvre (44,6 %) et la lombalgie (36,4 %), tandis que des signes plus critiques, comme la vision floue (8,2 %) ou le gonflement des membres (9,8 %), sont moins mentionnés. Ces derniers peuvent indiquer des complications graves telles que la prééclampsie ou l'éclampsie,

responsables d'une morbidité maternelle élevée (Getachew et al., 2022). Ces résultats révèlent un déficit d'information ciblée dans les CPN et une faible priorisation des signes moins évidents mais cliniquement critiques.

#### IV.4. Connaissances globales et sources d'information

La majorité des femmes (78,5 %) présentent une connaissance médiocre des signes de danger, et seulement 54,3 % ont déjà entendu parler des signes, principalement via la famille (36,7 %) ou les amies (29,5 %). L'information provenant de sources non médicales peut véhiculer des idées erronées et compromettre la qualité de la connaissance (Gnagna et Sack, 2024). Près de la moitié des femmes (46,8 %) n'ont pas reçu d'information sur les signes de danger lors des CPN, ce qui est cohérent avec les constats d'autres études en RDC (Ngunde et al, 2026).

#### IV.5. Attitudes et comportements face aux signes de danger

Malgré un niveau de connaissance limité, 86,7 % déclarent consulter un professionnel de santé en cas de signe de danger, bien que l'accès aux services soit limité par la distance (39,1 %) et le coût (32,2 %). Ces barrières sont cohérentes avec les observations en Zambie, où l'accessibilité géographique et financière influence fortement le recours aux soins obstétricaux (Gyasse et al, 2024). Les retards d'accès aux soins constituent un déterminant majeur de la mortalité maternelle, conformément au modèle des trois retards.

#### IV.6. Suggestions pour améliorer la sensibilisation

La majorité (67 %) suggère les ateliers communautaires, suivis des campagnes médiatiques (18,6%) et des programmes scolaires (14,3 %). Ces stratégies sont alignées avec les approches de sensibilisation recommandées dans les milieux à faibles ressources, où l'implication communautaire et l'éducation de proximité ont montré leur efficacité (Njoya, 2024).

Des interventions mixtes combinant campagnes médiatiques et formation communautaire sont particulièrement efficaces pour améliorer les connaissances et les pratiques.

#### IV.7. Relation entre les caractéristiques sociodémographiques et la connaissance des signes de danger pendant la grossesse

L'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et le revenu mensuel sont significativement associés à la connaissance des signes de danger. Les jeunes femmes (15-19 ans) et celles peu instruites présentent les niveaux les plus faibles, tandis que les femmes mariées et à revenu élevé

ont une meilleure connaissance. Ces observations corroborent les travaux d'Alemayehu et al (2023) et Kabakyenga et al (2011), confirmant que l'éducation, l'expérience reproductive et le statut socio-économique sont des facteurs déterminants de la sensibilisation.

#### IV.8. Relation entre les antécédents obstétricaux et la connaissance des signes de danger pendant la grossesse

La gestité est significativement associée à la connaissance des signes de danger ( $\chi^2 = 22,930$  ;  $p = 0,006$ ), les primigestes ayant un niveau de connaissance plus faible. La parité, en revanche, n'est pas associée à la connaissance, ce qui indique que le simple nombre d'accouchements ne garantit pas une exposition adéquate aux informations de santé (Okiey et al., 2024).

#### IV.9. Relation entre les caractéristiques obstétricales générales et la connaissance des signes de danger pendant la grossesse

Avoir entendu parler des signes de danger, percevoir l'importance de leur maîtrise et recevoir des informations lors des CPN sont fortement associés à une meilleure connaissance. Ces résultats soulignent que l'exposition à l'information et la valorisation de son importance sont des déterminants clés, confirmés par Segbedji et al (2021). La source d'information, bien que marginalement associée, montre que les médias, la famille, les amis et les professionnels de santé jouent un rôle important dans la diffusion des connaissances.

La connaissance des signes de danger pendant la grossesse chez les femmes enquêtées est globalement faible et fortement influencée par des facteurs sociodémographiques, obstétricaux et liés à l'accès à l'information. Les jeunes femmes, celles peu instruites, à faible revenu ou primigestes sont particulièrement vulnérables. Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'interventions ciblées, incluant l'éducation prénatale systématique, les campagnes communautaires et médiatiques, afin de renforcer la sensibilisation et réduire les risques maternels.

## V. CONCLUSION

Cette étude met en évidence que la connaissance des signes de danger pendant la grossesse chez les femmes enceintes est influencée par plusieurs facteurs, notamment l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le revenu, la gestité et l'accès à l'éducation prénatale. Les résultats montrent que les jeunes femmes, celles ayant un faible niveau d'instruction ou un faible revenu, ainsi que les primigestes sont particulièrement vulnérables à un déficit d'information. L'éducation prénatale et la sensibilisation par les

## Connaissances des femmes enceintes sur les signes ...

professionnels de santé demeurent des leviers essentiels pour améliorer la compréhension et la reconnaissance précoce des signes de danger. Ces constats soulignent la nécessité d'interventions ciblées et renforcées pour favoriser une grossesse sécurisée et réduire les risques maternels.

### REFERENCES

1. Ali, S., Hamadou, B., Jen, O. M. (2023). Contribution of the health voucher in improving maternal and neonatal health in the northern region of Cameroon. *Health Sciences and Disease*, 24(8), 67-79. <https://doi.org/10.5281/hsd.v24i8.4678>
2. Alemayehu, M. A., Derseh, N. M., Tesfie, T. K., Abuhay, H. W., Yismaw, G. A., & Agimas, M. C. (2024). Spatial variation and associated factors of inadequate counselling regarding pregnancy danger signs during antenatal care visits among pregnant women in Ethiopia: A Geographically Weighted Regression Model. *BMJ Open*, 14(4), e083128. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083128>
3. Bushiri, M.B.B., Matondo, A., Matangelo, G.E.Y. Déterminants de la mortalité infantile en milieu rural: Cas de la Zone de Santé de Yaleko dans la Province de la Tshopo en RD Congo. *Revue Congolaise des Sciences et Technologies* 4 (3), 387-394. <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i3.165>
4. Dangura, A. D. (2020). Knowledge about child birth and postpartum obstetric danger signs and associated factors among mothers in Dale district, Southern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02989-7>
5. Dida, N., Abute, L., Dejene, T., Yadate, T., Geleta, T., Sharma, R., Mon, H. S., Simireta, T., & Addisu, H. (2024). Awareness and healthcare seeking behavior of neonatal danger signs, and predictor variables among mothers/caregivers in four developing regional state of Ethiopia. *BMC Pediatrics*, 24(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04656-8>
6. Emeh, A. N., Atem, A. N., Humphrey, A. A., Gilbert, T. N., & Landis, F. C. (2021). Antenatal care and determinants of obstetric danger signs awareness of immediate postpartum women at Buea Regional Hospital, Cameroon. *The Pan African Medical Journal*, 38, 247. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.247.20977>
7. Essien, S. K., Chireh, B., & Essien, J. K. (2024). Knowledge about unintended pregnancy shortly after childbirth: An issue of ineffective counseling or adherence? *Women's Health*, 20, 17455057241255655. <https://doi.org/10.1177/17455057241255655>
8. Getachew, D., Getachew, T., Debella, A., Eyeberu, A., Atnafe, G., Assefa, N. (2022). Magnitude and determinants of knowledge towards pregnancy danger signs among pregnant women attending antenatal care at Chiro town health institutions, Ethiopia. *SAGE Open Medicine*, 10: 1–9.
9. Gnagna, A., & Seck, I. (2024). Prédicteurs statistiquement significatifs des accouchements à domicile et du non-recours au Sonu en Afrique et au Togo. *Sages-Femmes*, 23(1), 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2023.11.013>
10. Gyaase, P., Aduse-Poku, E., Lanquaye, M. O., Acheampong, E. B., & Sampson, D. B. (2024). Health seeking behaviour and knowledge on neonatal danger signs among neonatal caregivers in Upper Denkyira East Municipality, Ghana. *BMC Pediatrics*, 24, 27. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04430-2>
11. Njoya, J.M. (2024). Connaissances et Pratiques des Personnels des Maternités sur la Prévention des Conjonctivites Néonatales dans la Ville de Garoua (Nord – Cameroun). *Health Research in Africa*. <http://hsdfmsb.org/index.php/HRA/article/view/5283>
12. Kabakyenga, J., Östergren, P. O., Turyakira, E., & Pettersson, K. O. (2011). Knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness practices among women in rural Uganda. *Reproductive Health*, 8(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-33>
13. Kamb, F. K. (2024). Utilisation des services de santé prénatale et connaissance des risques liés à la grossesse dans les districts sanitaires de l'ex-province du Katanga en RDC - ProQuest. Consulté 30 mai 2024, <https://www.proquest.com/openview/a65b7339f81e5596faeb246ed1abbb60/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2031961>

14. Ngunde, J-C. B., Mbembo, B.W.M., Matondo, A., Tshibangu, D.S.T., Mukandu, B.B.L. (2026). Connaissances, Attitudes et Pratiques des Etudiantes des Institutions d'Enseignement Supérieur et Universitaire de la Ville de Gbado-lite en RD Congo sur les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG). *Rev Sc Sant*, 5(1), 202-212. <https://doi.org/10.71004/rss.026.v5.i1.68>
  
15. Okiemy, E. K., Illoye, J. B., Mapoukou, B. A. (2024). Connaissances, Attitudes et Pratiques des Femmes Enceintes sur l'Utilisation des Antiinflammatoires Non Stéroïdiens durant la Grossesse à Brazzaville. *Health Sciences and Disease*, 25(5), 44-53. <https://doi.org/10.5281/hsd.v25i5.5651>
  
16. Segbedji, K. A. R., Tchagbele, O.-B., Takassi, O. E., Ganame, L. K. M., Kombieni, K., Agrigna, H., Talboussouma, S. M., Atakouma, Y. D., Djadou, K. E., & Azoumah, K. D. (2021). Facteurs maternels de risque de mortalité du nouveau-né à terme au centre hospitalier universitaire Sylvanus-Olympio (Togo) de 2013 à 2017. *Périnatalité*, 13(4), 167-172. <https://doi.org/10.3166/rmp-2021-0127>
  
17. Wabukani, E.T., Onoya, J.W., Ntoto, B.K., Kafinga, E.L. (2025). Déterminants de la mortalité maternelle dans la zone de santé de Kikongo, Province de Kwilu, RD Congo. *Rev Sc Sant* 4(1), 89-97. <https://doi.org/10.71004/rss.025.v4.i1.42>.
  
18. World Health Organization. *Maternal mortality: evidence brief*. Geneva: World Health Organization, 2019.
  
19. Yoseph, A., Teklesilasie, W., Guillen-Grima, F., & Astatkie, A. (2024). Community-Based Health Education Led by Women's Groups Significantly Improved Maternal Health Service Utilization in Southern Ethiopia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Healthcare*, 12(10), 1045. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101045>