



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (1)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 18 November 2025
Accepted, 24 February 2026
Published, 12 March 2026
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Tutu, J., et al. (2026). Perceptions sociales et culturelles de la consultation prénatale par les femmes enceintes et leurs maris dans la province du Maniema, RDC. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 8(1), 183-201. <https://doi.org/10.4314/rasp.v8i1.13>

Research

Perceptions sociales et culturelles de la consultation prénatale par les femmes enceintes et leurs maris dans la province du Maniema, RDC.

Social and Cultural perceptions of Antenatal Care among Pregnant Women and Their Husbands in Maniema Province, Democratic Republic of the Congo

Assani Tutu José¹, Imani Ramazani^{1,2,3}, Léon Cyprien Ngandu wa Ngandu^{1,4}, Marie claire Omanyondo Ohambe^{1,5}

1. Institut Supérieur des Techniques Médicales Kindu ; Ville de Kindu, Province du Maniema en République Démocratique du Congo ;
2. Chaire de Recherche Sciences Infirmières USPN ;
3. Chercheur associé à la chaire Recherche Sciences Infirmières au LEPS/Université Sorbonne Paris Nord ;
4. Université de Kisangani à RDC.
5. Institut Supérieur des Techniques Médicales Kinshasa ; Ville de Kinshasa, province de Kinshasa ;

Correspondance : email: assanit16@gmail.com; Tél : (+243)819314980

RESUME

La consultation prénatale constitue un élément fondamental de la santé de la reproduction et un levier majeur de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales. Cette étude, réalisée dans la province du Maniema, vise à analyser les perceptions sociales et culturelles de la consultation prénatale afin d'identifier les déterminants favorables ou défavorables à son recours et de proposer des stratégies adaptées au contexte local. Une approche qualitative a été adoptée, reposant sur des entretiens semi-directifs et des discussions de groupe menés auprès de femmes enceintes et de leurs maris, afin de croiser les points de vue. Les résultats montrent une perception ambivalente de la consultation prénatale. D'une part, elle est reconnue comme bénéfique pour le suivi de la grossesse, la prévention des complications et la protection de la mère et de l'enfant. D'autre part, certaines conceptions traditionnelles la considèrent comme inutile, la grossesse étant perçue comme un phénomène naturel pouvant être pris en charge par les soins traditionnels ou la prière. Les maris, souvent principaux décideurs, jouent un rôle central dans l'accès aux soins : leur soutien favorise la fréquentation, tandis que la pudeur, la crainte du dépistage du VIH ou la délégation des responsabilités aux femmes limitent leur implication. L'influence de la belle-famille, des dirigeants religieux et des pairs est également déterminante. Le renforcement de la paire-éducation, l'implication des maris, les campagnes communautaires et l'engagement des leaders religieux s'avèrent des stratégies clés pour améliorer le recours à la consultation prénatale.

Mots-clés : Consultation prénatale, perceptions sociales et culturelles, femmes enceintes, maris., Province du Maniema (RDC)

ABSTRACT

Antenatal care is a fundamental component of reproductive health and a key lever for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality. This study, conducted in Maniema Province, aims to analyse social and cultural perceptions of antenatal care to identify factors that facilitate or hinder its utilisation and to propose strategies tailored to the local context. A qualitative approach was adopted, based on semi-structured interviews and focus group discussions with pregnant women and their husbands, enabling triangulation of perspectives. The findings reveal an ambivalent perception of antenatal care. On the one hand, it is recognized as beneficial for pregnancy monitoring, complication prevention, and the protection of both mother and child. On the other hand, certain traditional beliefs consider antenatal care unnecessary, viewing pregnancy as a natural phenomenon that can be managed through traditional care or prayer. Husbands, who are often the primary decision-makers, play a central role in access to care: their support facilitates attendance, whereas modesty, fear of HIV testing, or the delegation of responsibility to women limit their involvement. The influence of in-laws, religious leaders, and peers is also significant. Strengthening peer education, promoting male involvement, implementing community-based campaigns, and engaging religious leaders emerge as key strategies for improving the utilization of antenatal care.

Keywords: Antenatal care, social and cultural perceptions, pregnant women, husbands, Province of Maniema (DRC)

INTRODUCTION

La consultation prénatale ou anténatale reste très fondamentale pour la promotion de la santé maternelle et infantile. Elle constitue un suivi médical qui est une plateforme privilégiée pour prévenir les complications, détecter précocement les risques liés à la grossesse, offrir une éducation sanitaire aux futures mères et renforcer le lien entre les femmes enceintes et le système de santé (Organisation mondiale de la Santé ,2022). Malgré le rôle qu'elle joue dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, son utilisation demeure inégale à travers le monde où elle reste influencée par des facteurs socio-économiques, culturels, religieux et structurels (Kota et al. ,2023). Dans la province du Maniema, en République Démocratique du Congo, la situation reste particulièrement préoccupante, car les femmes enceintes et leurs conjoints sont confrontés à de multiples obstacles limitant le recours systématique aux soins prénatals. Ces contraintes, qui ne sont pas exclusivement d'ordre matériel, restent fortement liées aux représentations sociales et culturelles profondément ancrées (Ilunga Mbayo et al. 2025). Les croyances locales, les normes de genre, les traditions familiales ainsi que l'influence religieuse façonnent la perception et la pratique de la consultation prénatale. Certaines femmes considèrent la grossesse comme un phénomène naturel pouvant être géré par la prière ou par le traitement indigène sans trouver la nécessité de recourir à l'assistance médicale moderne (Olawore et al. ,2025). Cette ambivalence montre le défi auquel sont confrontés les systèmes de santé dans des contextes pareils : comment concilier les connaissances biomédicales et les pratiques traditionnelles tout en respectant la culture locale ? En plus, en Afrique subsaharienne comme au Maniema, la famille, restreinte comme élargie, joue un rôle déterminant dans la prise de décision. En tant que chef de famille et détenteur du pouvoir économique, l'homme peut faciliter ou compliquer l'accès de sa femme aux consultations prénatales. Pour certains hommes conscients de l'importance de la consultation prénatale, cette démarche est encouragée, tandis que pour d'autres, elle est considérée comme

inutile et incompatible avec la vision du rôle du genre (Alhassan et al. ,2024). À l'échelle mondiale, la situation est différente entre les pays développés et ceux en développement. Dans les pays industrialisés, la consultation prénatale reste une norme de soins de santé maternelle bénéficiant d'une politique publique efficace, d'infrastructures médicales solides et d'un accès aisé aux services ; les femmes enceintes y participent régulièrement tout en favorisant un suivi régulier de leurs grossesses (Gökçen Çeliker ,2024). Par contre, dans les pays d'Afrique subsaharienne, la situation est différente. Les systèmes de santé fonctionnent avec moins de financements, des pénuries en personnels qualifiés et des difficultés logistiques. À cela s'ajoutent des contraintes structurelles majeures comme les coûts de soins élevés, les longues distances à parcourir, les ruptures fréquentes de stock en médicaments ou en équipements (Bobo et al., 2023). Toutes ces difficultés sont aggravées par le poids de la tradition dans de nombreuses communautés où la grossesse n'est pas perçue comme un état physiologique nécessitant un suivi médical, mais comme un processus naturel à gérer au sein du cercle familial. Cette vision, qui réduit l'importance des soins prénatals modernes, conduit certaines familles à privilégier les pratiques traditionnelles (Hailu M. ,2023). Ce phénomène reste particulièrement visible au Maniema où les coutumes et croyances locales continuent à structurer les comportements des couples face à la santé prénatale (Ilunga Mbayo F., 2025). Par ailleurs, la faible performance des structures de santé accentue la méfiance de la population. Une étude menée par Ndela, B., N'siala, A., Ngwala, P., et al. (2024) dans les provinces du Kasai et du Maniema a montré que près de la moitié des agents de santé avaient une connaissance et une pratique insuffisantes en matière de santé maternelle et infantile. Cette carence est liée à un manque de qualifications, à l'absence de formations continues et à une expérience limitée. De telles faiblesses fragilisent la qualité des soins prénatals et compromettent la confiance des bénéficiaires. Une femme enceinte qui perçoit une mauvaise qualité de prise en charge sera moins encline à fréquenter régulièrement les services, ce qui contribue à une utilisation encore plus faible (Hibusuet al. ,2024)). Dans ce contexte, il devient crucial d'explorer les perceptions sociales et culturelles qui entourent la consultation prénatale. Comprendre comment les femmes enceintes et leurs conjoints perçoivent cette pratique permet de mettre en lumière les obstacles, mais aussi les leviers potentiels pour renforcer son utilisation. La consultation prénatale n'est pas seulement un acte médical, elle est au carrefour de plusieurs dynamiques sociales. Elle implique la famille, les leaders religieux, les pairs et les normes collectives. Chaque décision de recourir (ou non) à la consultation prénatale est donc le produit d'une négociation entre les pressions sociales, les contraintes économiques et les croyances personnelles (Opara, U. C. ,2024). La République Démocratique du Congo, et le Maniema en particulier, constituent ainsi un terrain d'études pertinent. La province illustre les difficultés rencontrées par de nombreux pays en développement : infrastructures sanitaires limitées, ressources humaines insuffisantes, contraintes financières pour les familles, mais aussi poids des traditions et faible littératie en santé. Ces facteurs combinés expliquent le faible recours aux soins prénatals, malgré leur importance (Ramazani et al., 2022). En définitive, l'étude vise à analyser ces perceptions dans la province du Maniema, à travers le regard des femmes enceintes et de leurs conjoints. Elle se propose de mettre en lumière les déterminants sociaux, culturels et organisationnels qui influencent l'utilisation de la consultation prénatale afin d'identifier les barrières mais aussi les opportunités d'actions. L'introduction trace ainsi les grandes lignes d'un travail qui ambitionne de contribuer à une meilleure compréhension du

phénomène et à la conception d'interventions adaptées au contexte local, pour renforcer l'adhésion des couples aux soins prénatals et, par conséquent, améliorer la santé maternelle et infantile en République Démocratique du Congo.

Justification et intérêt du sujet

La province du Maniema, comme la plupart des régions d'Afrique subsaharienne, est confrontée à des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. Cette situation est justifiée d'une part par l'irrégularité des gestantes à la consultation prénatale et d'autre part par l'absence d'implication des maris à la consultation prénatale. Cette étude est importante car elle contribuera à combler les lacunes dans la compréhension des facteurs sociaux et culturels influençant la participation à la consultation prénatale dans la province du Maniema. En comprenant mieux les représentations sociales et les perceptions des femmes enceintes et de leurs maris, les intervenants en santé publique seront mieux équipés pour concevoir des programmes et des politiques adaptés qui favorisent l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle, contribuant ainsi à améliorer les résultats de santé maternelle et infantile dans la province du Maniema.

2. MATERIELS ET MÉTHODES

2.1. Zones d'étude

La présente étude a été réalisée dans quatre zones de santé de la province sanitaire du Maniema en République démocratique du Congo (zone de santé de Kindu, d'Alunguli, de Kalima et de Kunda). Ces quatre zones de santé ont été sélectionnées en raison de leur faible fréquentation à la consultation prénatale et de leur taux de mortalité maternelle qui reste élevée.

2.2. Méthodes

Cette recherche repose sur une approche qualitative de type exploratoire, mobilisant des entretiens semi-structurés et une démarche ethnographique afin d'appréhender les représentations sociales et culturelles associées à la consultation prénatale chez les femmes enceintes et leurs conjoints. Ce design méthodologique permet d'accéder en profondeur aux perceptions, attitudes et pratiques des couples en matière de soins prénatals, tout en identifiant les facteurs influençant leur comportement face à ces services.

2.3. Population et échantillon

La population cible était constituée de femmes en âge de procréer, ainsi que leurs conjoints, résidant dans les zones de santé sélectionnées. L'échantillon est constitué de 39 participants comprenant 25 femmes enceintes et 14 conjoints dans quatre zones de santé : Kindu, Alunguli, Kalima et Kunda. La collecte des données a été poursuivie jusqu'à l'atteinte de la saturation théorique. *Celle-ci a été principalement de type horizontale, en tenant compte de la diversité des acteurs impliqués dans le recours à la consultation prénatale (femmes enceintes et conjoints). Une saturation verticale a également été recherchée au sein de chaque groupe afin*

d'approfondir les représentations et expériences partagées. 13 entretiens ont été réalisés dans la zone de santé de kindu dont 9 auprès des femmes enceintes et 4 auprès de leurs conjoints ; 12 entretiens dans la zone de santé de kunda (8 auprès des femmes enceintes et 4 auprès des conjoints) ; 7 entretiens dans la zone de santé de kalima (4 auprès des femmes enceintes et 3 auprès des conjoints des femmes enceintes), et enfin 7 entretiens dans la zone de santé d'Alunguli ,4 auprès des femmes enceintes et 3 auprès de conjoints des femmes enceintes.

Les participants étaient sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants : Être femme enceinte âgée de 18 ans ou plus, être conjoint d'une femme enceinte qui s'est présentée au sein des centres de santé concernés, avoir donné un consentement éclairé pour participer à l'étude.

2.2.1. Critères d'exclusion

Les femmes enceintes présentant des complications médicales sévères, les adolescentes âgées de moins de 18ans, les femmes enceintes et les conjoints résidant en dehors des zones de santé sélectionnées, les femmes enceintes non collaborant et les conjoints absents ou non collaborant ont été exclus de l'étude.

2.2.2. Techniques et instrument de collecte des données

La technique d'entretien semi-directif a été utilisée pour explorer les perceptions sociales et culturelles ainsi que les obstacles à l'utilisation de service de consultation prénatale par les femmes enceintes et leurs conjoints. Cette technique nous a permis d'avoir un échange ouvert provenant des nuances culturelles et émotionnelles pouvant présenter des données riches et pertinentes pour renforcer la validité des résultats. Le guide d'entretien conçu par nous-même en fonction de l'objectif de l'étude a permis de recueillir les informations qui étaient enregistrées face à face avec les participants et ensuite les enregistrer dans le magnétophone de nos téléphones avec système Androïde incorporé. La combinaison des données d'entretien, des données d'observation et des données de santé (triangulation) a permis de croiser les discours avec les réalités observées, consolidant l'interprétation des représentations sociales et culturelles liées à la consultation prénatale. L'ensemble de la démarche à double codage, la validation inter juge et la triangulation ont contribué à assurer la crédibilité, la transparence et la cohérence analytique du processus d'interprétation, en cohérence avec le cadre théorique des représentations sociales de Moscovici et les recommandations méthodologiques de Miles et Huberman (1994).

2.2.3. Collecte des données

Notre contact avec les informateurs clés, constitués de femmes enceintes et de leurs conjoints, commençait par l'explication de l'objectif de l'étude et l'assurance de la confidentialité, afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Par la suite, nous nous sommes entretenus avec les participants, tout en formulant des relances, le cas échéant, pour clarifier les questions posées. La stratégie d'entretien en face à face avec les participants a permis d'éviter le biais de sélection et d'identifier la population cible lors de la consultation prénatale. Les prestataires de soins nous ont facilité l'exploration de l'objectif de l'étude et l'obtention du consentement des participants. C'est ainsi que les femmes enceintes et leurs conjoints ont partagé avec nous leurs expériences et leurs perceptions concernant la consultation prénatale.

2.3. Analyse des informations recueillies

L'analyse thématique des données issues des entretiens et des groupes de discussion a été faite par le logiciel Atlas ti. Tout a commencé par l'enregistrement et la lecture des informations recueillies, la transcription fidèle des informations recueillies et enfin le codage des informations par le processus d'analyse du contenu où chaque contenu transcrit avait une signification. Les verbatim obtenus avaient permis d'avoir des significations, de regrouper les catégories, les sous-catégories, les sous-thèmes et le thème central de l'étude. La théorie du comportement planifié associée à celle de la santé avaient permis d'examiner les croyances et les attitudes influençant l'utilisation des consultations prénatales et d'analyser les perceptions des risques et avantages de la consultation prénatale pour la santé de la mère et du nouveau-né. Le codage était fait par le chercheur principal, responsable de la collecte et de la première analyse des données et un codeur indépendant formé en méthodologie qualitative. Ce double regard a permis de limiter les biais d'interprétation liés à la subjectivité du chercheur et d'assurer une triangulation analytique des résultats. Les entretiens réalisés auprès des femmes enceintes et de leurs conjoints ont été intégralement transcrits dans leur langue d'origine, puis traduits en français lorsque cela était nécessaire.

2.4. Considérations éthiques et réglementaires

Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité National d'Ethique de la santé sous le numéro 538/CNE/BN/PMMF/2024 du 03 juin 2024. La participation à l'étude était facultative. Les finalités ainsi que les risques de l'étude étaient exposés aux participants qui avaient par la suite lus et signés sur le formulaire du consentement éclairé. Les participants pouvaient se retirer de l'enquête à tout moment où ils le voulaient. La sécurité et la confidentialité des informations fournies devaient être garanties. Seuls les membres de l'équipe de recherche avaient l'accès aux données recueillies et les résultats liés à l'étude seront publiés de manière agrégée et anonyme. La collecte de données avait été autorisée par la division provinciale de la santé, les responsables des zones de santé, ainsi que par les responsables des structures sanitaires.

3. RESULTATS

L'étude a porté sur 39 participants dont 25 femmes enceintes et 14 de leurs maris, âgés de 18 à 46 ans (moyenne 32 ans). Le niveau d'instruction variait de sans niveau au niveau d'études supérieures, et les professions incluaient les cultivateurs, les fonctionnaires et les commerçants. Les participants étaient tous mariés et provenaient de quatre zones de santé de Kindu, Alunguli, Kalima et Kunda. Les religions représentées étaient diverses : catholique, musulmane, protestante, kimbanguiste, témoins de Jéhovah et églises de réveil. La fréquentation et l'adhésion à la consultation prénatale dépendent largement de la perception qu'en ont les femmes enceintes et leurs maris. Ces perceptions, influencées par des facteurs sociaux, économiques, culturels et symboliques conditionnent les comportements de santé et l'accès aux soins. Chez les femmes, elles varient selon le niveau d'instruction, les connaissances en santé reproductive et les expériences antérieures. Certaines femmes perçoivent la consultation prénatale comme une protection, tandis que d'autres la considère comme une contrainte financière ou inutile en l'absence de symptômes. Chez les maris, leur rôle est déterminant, car

ils sont souvent les principaux décideurs en matière de soins. Leur perception est influencée par les normes de genre, les croyances religieuses, la culture et la situation économique. Trois catégories de perception s sont ressorties : positives (préservation la grossesse, suivi médical rassurant), négatives (perte de temps, contraintes financières, peur des examens), et neutres/ambivalentes (importance du soutien du mari, réduction du stress). Les attitudes et comportements observés sont également contrastés : certains couples adoptent une approche favorable (accueil bien perçu, informations utiles, implication des maris), tandis que d'autres expriment des réticences (peur des examens, coût, retards des services, recours aux médecines traditionnelles).

4. DISCUSSION

Cette étude qualitative ethnographique permet de comprendre les perceptions sociales et culturelles de la consultation prénatale par les femmes enceintes et leurs maris dans la province du Maniema a présenté les résultats suivants qui feront l'objet de notre discussion :

4.1. Profils socio-économiques des participants

Se rapportant aux profils socio-économiques, cette étude montre que les participants sont constitués d'une population en âge de procréer, active sur le plan social et économique qui tirait ses revenus d'activités informelles, ce qui traduit une situation socio-économique modeste avec une dépendance accrue aux ressources locales. Le niveau de vie montre que la majorité des ménages vivaient avec un revenu estimé inférieur au revenu moyen de la province, limitant parfois leur accès régulier aux structures sanitaires, notamment pour les consultations prénatales. La précarité socio-économique dans laquelle vit la majorité des ménages limite l'accès régulier aux soins prénatals, notamment dans les zones rurales où les structures de santé sont éloignées ou peu équipées. Les profils socio-économiques des femmes enceintes et de leurs maris influencent significativement leurs perceptions et comportements à l'égard de la consultation prénatale (CPN). Dans une étude menée à Bamenda (Cameroun), une majorité de femmes avait un emploi et un niveau d'éducation formel, tandis que les hommes étaient plus souvent engagés dans l'économie informelle (Foglabenchi et al. ,2024). Ce décalage entre le capital éducatif-professionnel féminin et les normes masculines centrées sur le rôle de pourvoyeur contribue à expliquer le faible taux de présence masculine à la CPN. En effet, bien que les femmes expriment un désir accru d'implication conjointe du mari, tant pour le soutien domestique que psychologique, les hommes se réfèrent à une masculinité traditionnelle les limitant à la « provision financière », justifiant leur absence par la prémisse « je suis père mais pas enceinte ». Même lorsque la valeur médicale de la CPN est reconnue, la traduction en accompagnement effectif se heurte à des obstacles organisationnels (horaires de travail) et culturels (stigmatisation de l'homme « attentif » aux soins). Ces résultats soulignent que pour renforcer la participation masculine, les interventions doivent dépasser l'information et viser une transformation des normes de genre, en proposant des dispositifs adaptés aux contraintes socio-économiques masculines (horaires flexibles, contenus pour couples) et en valorisant une masculinité alternative, impliquée dans la santé reproductive. (Foglabenchi et al, 2024). Les profils socio-économiques (éducation, statut professionnel et marital) façonnent fortement les

perceptions et pratiques autour de la CPN. Dans le contexte étudié, un niveau d'éducation relativement élevé chez les femmes coexiste avec des normes masculines persistantes qui limitent la présence des hommes en CPN. Pour améliorer l'implication masculine et, in fine, les résultats maternels et néonataux, les programmes doivent conjuguer adaptations organisationnelles (horaires, services « couple »), messages culturels sensibles et approches qui valorisent une masculinité engagée et compatible avec la santé maternelle. Ces éléments socio-économiques indiquent un contexte où l'accès à l'emploi et un niveau d'éducation formel existent chez les femmes étudiées, mais où les normes professionnelles et économiques des hommes (emploi informel, rôle de pourvoyeur) continuent d'influencer fortement les comportements. Le fait qu'une large part des femmes travaille et ait une formation formelle est susceptible d'augmenter leurs attentes en termes de partage des responsabilités et d'autonomie décisionnelle concernant la santé reproductive. En revanche, l'emploi précaire ou informel des hommes peut renforcer leur conception du rôle masculin centrée sur la « provision » financière plutôt que sur la prise en charge directe en santé (temps passé en consultation, tâches domestiques).

« Pour ne pas perdre le temps de chercher à manger pour mes enfants, je préfère d'abord rester à la maison. La CPN attend ». (Femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

« Comme mon mari ne travaille pas, si je pars au centre de santé, les enfants vont souffrir. Alors, on attend souvent la fin du mois ». (Femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

« Mon petit commerce ne permet pas de me libérer pour aller aux rendez-vous. J'essaie de manquer certaines séances de CPN ». (Femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

« Je suis habituée aux séances de CPN qui sont devenues automatiques pour moi. » (Femme enceinte, zone de santé d'Alunguli, province du Maniema, juin, 2024).

« Quand on n'a pas suffisamment de moyens financiers pour aller à la CPN, on se contente de ce qui est essentiel. Mais je sais que la CPN est importante pendant la grossesse ». (Femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

« Les hommes qui ont des moyens encouragent leurs femmes à aller à la CPN, mais ceux qui sont dépourvus préfèrent rester à la maison ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

4.2. Influence de l'âge sur les représentations (perceptions) de la consultation prénatale

L'âge des femmes enceintes et de leurs conjoints joue un rôle déterminant dans les perceptions et l'adhésion à la consultation prénatale (CPN). Les jeunes femmes, souvent primigestes perçoivent la CPN comme une nouveauté à intégrer et se montrent généralement plus réceptives aux messages de prévention. Toutefois, leur engagement reste fragilisé par des facteurs tels que la stigmatisation sociale et la dépendance financière. En revanche, les femmes plus âgées, notamment multipares, tendent à relativiser l'importance de la CPN, se fiant davantage à leur expérience personnelle (M. Hailu *et al.*, 2023). Du côté des hommes, les plus jeunes manifestent une implication croissante dans l'accompagnement prénatal, tandis que leurs aînés se montrent plus distants justifiant leur absence par des obligations professionnelles ou des normes de

virilité. Ces observations rejoignent les travaux de Jacobson et al. (2023), qui soulignent que la jeunesse est associée à une plus grande sensibilité aux recommandations sanitaires, tandis que l'âge avancé renforce la confiance dans les expériences passées. Cela implique la nécessité de stratégies différenciées selon les tranches d'âge, en particulier pour déconstruire les stéréotypes chez les hommes plus âgés.

« *Comme je suis à ma première grossesse, je ne sais pas encore d'expériences sur la grossesse. Je suis ce que les autres femmes font* ». (Femme enceinte, zone de santé d'Alunguli, province du Maniema, juin, 2024).

« *Les jeunes d'aujourd'hui se présentent tôt au centre de santé quand elles sont enceintes. Pendant que nous on attendait que la grossesse soit avancée* ». (Femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

« *J'ai déjà l'expérience de la grossesse. Je vais à la CPN seulement quand je sens quelque chose d'anormal* ». (Femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

« *Les femmes âgées n'aiment pas les nouveaux conseils. Elles se fient aux méthodes traditionnelles en utilisant les plantes* ». (Femme enceinte, zone de santé d'Alunguli, province du Maniema, juin, 2024).

« *Les jeunes femmes craignent de mourir pendant l'accouchement et se précipitent à la CPN pour être rassurée* ». (Femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

4.3. Éducation et accès à l'information : catalyseurs d'une meilleure participation

Le niveau d'instruction constitue un levier puissant dans l'adoption des soins prénatals. Les femmes instruites démontrent une meilleure compréhension des enjeux liés à la grossesse, une attitude proactive et une participation accrue aux consultations. De même, les conjoints ayant un niveau d'éducation élevé tendent à encourager, voire à accompagner leurs épouses dans ce parcours de soins. Les travaux d'Okyere et al. (2025) confirment que l'éducation du couple améliore significativement l'accès aux services prénatals et les résultats de santé maternelle. À l'inverse, les femmes peu instruites rencontrent davantage de barrières cognitives et culturelles. Il apparaît dès lors essentiel de renforcer les interventions d'éducation ciblée, particulièrement dans les milieux sociaux économiquement défavorisés

« *Ma femme connaît les complications de la grossesse. C'est elle qui me pousse à l'accompagner à la CPN* ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

« *Avant, on ne comprenait pas l'importance de la consultation pendant la grossesse. Avec la sensibilisation communautaire, nous comprenons son importance* ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

4.4. Contraintes économiques et disparités géographiques

Les données recueillies révèlent que les conditions économiques et le lieu de résidence influencent fortement les comportements en matière de consultation prénatale. Les femmes autonomes financièrement valorisent davantage la prévention et accèdent plus régulièrement aux services. À l'opposé, celles en situation de précarité ou dépendantes de leurs conjoints

rencontrent des obstacles économiques majeurs, tandis que les hommes évoquent fréquemment le travail comme motif de non-participation. Bozkurt et al. (2024) et Ngowi et al. (2023) soulignent l'impact cumulé de la pauvreté, du faible taux d'emploi féminin et de l'isolement rural dans la réduction de l'accès aux soins. Le milieu urbain, mieux doté en infrastructures sanitaires, favorise des représentations biomédicales et préventives de la CPN. En revanche, dans les zones rurales, la perception reste largement influencée par les croyances traditionnelles, et la fréquentation est souvent tardive et irrégulière. Felana A et al. (2025) ont montré que la distance géographique et l'isolement rural constituent des freins majeurs à la fréquentation des structures de santé.

« Je manque souvent l'argent pour aller à la CPN et même le moyen de transport. C'est ainsi que mon mari me demande de rester à la maison ». (Femme enceinte, zone de santé de Kalima, province du Maniema, juillet, 2024).

« On prétend dire que la CPN est gratuite, mais à chaque fois qu'on s'y rend, on nous demande quelque chose. A défaut d'argent on nous néglige ». (Femme enceinte, zone de santé de Kalima, province du Maniema, juillet, 2024)

« Quand je suis enceinte, je compte sur mon petit commerce. Si je ne vends rien, je manque à manger ». (Femme enceinte, zone de santé de Kalima, province du Maniema, juillet, 2024).

« Suivre la CPN, c'est bien, mais il faut aussi se débrouiller pour le reste de la vie ... Alors, on reporte parfois les visites ». (Femme enceinte, zone de santé de Kalima, province du Maniema, juillet, 2024).

« Ma femme ne se rend pas souvent à la CPN par manque de moyens, si on avait de moyens, on pouvait poursuivre les CPN ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé de Kalima, province du Maniema, juillet, 2024).

4.5. Rôle de la parité et de l'expérience obstétricale

La parité influence également les perceptions de la CPN. Les femmes primipares considèrent la consultation prénatale comme un espace de formation et de sécurité, tandis que les multipares, s'appuyant sur leurs expériences passées, peuvent en relativiser l'importance, voire la rejeter si elles ont vécu des expériences antérieures négatives. Ces résultats corroborent les observations de Tumwizere et al. (2024), qui associent une parité élevée à une moindre fréquentation des services prénatals avec des conséquences néfastes sur les issues maternelles et néonatales.

« Comme c'est ma première grossesse, je dois suivre les conseils de l'accoucheuse pour venir chaque mois à la CPN ». (Femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

« J'avais peur de la CPN au début à cause des racontars des gens, mais après la première visite, j'ai trouvé que c'est intéressant ». (Femme enceinte, zone de santé d'Alunguli, province du Maniema, juin, 2024).

« Ma mère qui m'accompagne souvent à la consultation, m'a montré son importance dans la surveillance de la grossesse et la santé de la mère et du nouveau-né ». (Femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

« Comme ma femme a beaucoup d'enfants, elle a déjà l'expérience dans la gestion de la grossesse ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

« Après les complications de la dernière grossesse, j'ai compris que la CPN peut sauver la vie. Maintenant, je pousse ma femme à y aller ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

« Après avoir remarqué les complications chez ma voisine qui ne suivait pas la CPN. J'ai compris l'importance de la régularité à la CPN ». (Femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

4.6. Normes de genre, religion et dynamique conjugale

Les normes de genre confèrent aux hommes un rôle décisionnel central dans l'accès des femmes à la CPN. Cette asymétrie de pouvoir influence directement la participation des femmes aux soins prénatals : « Je ne peux pas aller seule à la CPN, il faut que mon mari soit d'accord », Certaines religions soutiennent la médicalisation de la grossesse, tandis que d'autres privilégient des approches spirituelles ou traditionnelles, minimisant l'intérêt du suivi médical (Frontiers et al. ,2024).

« Le pasteur a toujours dit que Dieu protège la femme enceinte si on prie pour elle, pourquoi aller à l'hôpital après la prière ? » (Mari d'une femme enceinte zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

« Dieu a créé les médecins pour guérir une maladie. Alors pourquoi aller à l'hôpital si on n'est pas malade ? » (Mari d'une femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

Dans les représentations sociales de la consultation prénatale, la grossesse est souvent assignée d'abord à un ordre familial et symbolique : la belle-famille et en particulier la mère du mari joue un rôle central comme gardienne des normes, capable d'encourager ou d'entraver l'accès aux soins.

« Chez nous, c'est la belle-mère qui décide pour que j'ailles à l'hôpital. Elle a déjà accouché sans problème, alors elle pense que la CPN n'est pas nécessaire ». (Femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

Au Maniema où les conseils familiaux restent déterminants, la décision d'entreprendre la CPN se construit dans l'interaction entre autorité générationnelle, ressources matérielles et crainte de transgresser les usages locaux ; refuser ou retarder la CPN peut ainsi être interprété par la belle-famille comme un signe d'irrespect ou d'exposition à des forces invisibles. Par ailleurs, la peur du VIH et ses conséquences sociales (stigmatisation, rejet conjugal, perte de statut) a une fonction symbolique qui dépasse la seule inquiétude sanitaire : le test prénatal est lu comme une mise en lumière des « fautes » supposées et peut donc dissuader la fréquentation des services (Tamir, T. T., et al. 2024), poussant certaines femmes à rechercher des solutions traditionnelles plus discrètes.

« *A la consultation, on fait le test du sida sans informer, alors on a peur qu'on découvre pas notre état, surtout qu'on ne garde pas le secret professionnel* ». (Femme enceinte, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024).

« *Mon mari peut mal réagir s'il apprend que sa femme est positive. Ce pourquoi on refuse d'aller faire ces tests* ». (Femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

Enfin, l'influence religieuse synthétise et légitime ces significations : les leaders spirituels et les rituels donnent le sens à la grossesse (bénédiction, protection contre le mal) et, selon leur position, peuvent soit valider la CPN (en la présentant comme compatible avec la foi) soit renforcer le recours aux pratiques non-biomédicales (Sadore, A. A., et al. (2024). En conséquence, toute intervention visant à améliorer la fréquentation des consultations prénatales doit travailler simultanément sur trois registres symboliques, émanciper et informer la belle-famille, réduire la stigmatisation liée au dépistage du VIH, et engager les acteurs religieux comme relais de messages comptabilisés avec les croyances locales afin de transformer le sens social attaché à la CPN et non seulement l'offre de soins. L'analyse des représentations sociales de la consultation prénatale à la lumière des théories du genre et du pouvoir met en évidence un dispositif de contrôle symbolique où la santé maternelle devient un espace de négociation du pouvoir masculin. Selon Connolly (1995), la société s'organise autour d'un système de « masculinité hégémonique » qui légitime la domination des hommes sur les femmes à travers la construction sociale du genre. Dans le contexte de la maternité, cette domination se manifeste par la détention du pouvoir décisionnel relatif à la fréquentation de la CPN : le mari contrôle les ressources économiques, l'autorisation de se rendre au centre, et parfois même l'interprétation religieuse ou morale du recours aux soins. Ainsi, le choix de la femme enceinte n'est jamais entièrement individuel ; il s'inscrit dans une configuration relationnelle où le pouvoir masculin se reproduit sous couvert de protection, de responsabilité ou de respect de l'ordre familial.

« *Quand je dis à ma femme d'aller à la consultation, c'est que je prends soin d'elle, mais parfois la famille dit que c'est gaspiller l'argent inutilement* ». (Mari d'une femme enceinte focus group, zone de santé de Kunda, province du Maniema, juillet, 2024)

À la suite de Bourdieu (1998), cette asymétrie relève de la domination symbolique : la soumission des femmes à l'autorité masculine dans le domaine de la santé est intériorisée par les deux sexes comme allant de soi, parce qu'elle est considérée comme une norme légitime. L'habitus de genre, produit d'une socialisation longue, façonne la perception que les femmes ont de leur propre autonomie. Dans de nombreux ménages, « demander la permission » ou « attendre que le mari décide » n'est pas perçu comme une contrainte, mais comme un comportement normal et moralement valorisé. Ce consentement apparent traduit la force de la violence symbolique : l'ordre social se perpétue non par la contrainte explicite, mais par l'adhésion implicite aux schèmes de domination.

« *Moi je ne vais pas à la CPN sans le consentement de mon mari, car c'est lui qui paie les frais* ». (Femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

Dans les zones de santé de la province du Maniema, cette dynamique est doublée d'une justification religieuse et communautaire : la décision masculine est perçue comme l'expression d'un ordre divin ou coutumier. Dès lors, la CPN n'est pas seulement un acte médical mais un lieu de production et de reproduction du pouvoir de l'homme qui contrôle l'accès de la femme à la santé, réaffirmant sa position de chef de famille et de garant moral. La CPN est devenue ainsi un champ où se jouent les tensions entre l'autonomie féminine, l'ordre conjugal et les injonctions culturelles. Pour renverser ce rapport, les programmes de santé maternelle doivent intégrer une approche sensible au genre, non pas seulement en « impliquant les hommes », mais en reconfigurant les rapports symboliques qui associent la masculinité à l'autorité et la féminité à la dépendance. Il s'agit de promouvoir de nouvelles formes de masculinité « partenaires » (Connell, 2015), capables de redéfinir la participation des hommes non comme un contrôle mais comme un soutien actif à la santé reproductive partagée. « Les hommes pensent que ce sont les affaires des femmes, mais sans leur permission, on ne fait rien ». (Femme enceinte focus group, zone de santé d'Alunguli, province du Maniema, juin, 2024)

Les travaux d'Onah et al. (2023) identifient la religion, l'autonomisation féminine et le type de mariage comme des facteurs modulateurs du recours à la CPN. Achi et al. (2024) notent que, bien que les femmes reconnaissent l'utilité de la CPN, les hommes la perçoivent souvent comme relevant exclusivement du domaine féminin. Nesane et al. (2024) soulignent que cet écart de perception repose sur des normes culturelles profondément ancrées, tandis que Gessesse et al. (2024) mettent en évidence un déficit de sensibilisation masculine.

4.7. Typologie des perceptions et ambivalences

Les perceptions sociales de la consultation prénatale apparaissent contrastées. Les perceptions positives sont fondées sur la prévention, la sécurité et le suivi médical (Drabo et al., 2024), tandis que les perceptions négatives s'ancrent dans les contraintes économiques, la distance aux structures de santé, le manque de confidentialité, la peur des examens médicaux et l'indifférence masculine (O. Tengera *et al.*, 2025), Achi, L., et al. (2024) et E. A. Ibrahim, 2024). L'ambivalence observée chez certains participants s'explique par une reconnaissance de l'utilité de la CPN, perçue toutefois comme non prioritaire, influencée par les croyances locales et la diversité des sources d'information (D. Warri et A. George, 2020). L'analyse anthropologique des représentations sociales de la consultation prénatale révèle un espace de tensions entre savoirs biomédicaux et logiques symboliques locales. La grossesse y est fréquemment naturalisée, perçue comme un processus ordinaire relevant de la nature féminine plutôt que d'une pathologie nécessitant un suivi médical. Cette naturalisation, largement véhiculée par la belle-famille et les femmes âgées, contribue à relativiser la nécessité de la CPN : « *les femmes ont toujours accouché sans médecin, affirme-t-on souvent* » (Mari d'une femme enceinte, zone de santé d'Alunguli, province du Maniema, juin, 2024).

Ce registre de pensée traduit ce que Bourdieu qualifierait d'habitus de genre, où les pratiques de soin s'inscrivent dans une économie morale de la maternité fondée sur la résistance, la discrétion et l'endurance féminine. Dans cette perspective, la négociation des soins devient un acte social plutôt qu'une simple décision individuelle. La femme enceinte négocie son rapport

au centre de santé à travers des rapports de pouvoir : avec son mari (contrôle économique et moral), avec la belle-famille (gardienne des traditions) et avec le personnel soignant (porteur d'un savoir perçu comme extérieur). L'accès à la CPN résulte donc d'un compromis fragile entre obéissance, autonomie et survie symbolique. Cette négociation illustre la logique du corps socialisé : le corps de la femme enceinte n'est pas seulement biologique, il est aussi un lieu de relations, d'interdépendances et de représentations. « À la CPN, on donne l'éducation nutritionnelle qui m'aide à équilibrer mon alimentation pendant la grossesse ». (Femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

« La grossesse évolue bien suite à la protection des ancêtres qui sont contents. S'ils se fâchent, même la CPN ne peut rien ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé d'Alunguli, province du Maniema, juin, 2024).

4.8. Attitudes et comportements observés

Les résultats de l'étude mettent en évidence deux tendances comportementales opposées : Les attitudes favorables qui se caractérisent par une bonne réception dans les structures de soins, une meilleure compréhension des enjeux sanitaires et une implication accrue des conjoints (Foglabenchi et al. 2025). Et les attitudes défavorables qui s'expliquent par des expériences antérieures négatives, des contraintes de temps, la peur des examens et une organisation inadaptée des services de santé (MON Achouri et al., 2019). Dans cette optique, Mbua et al. (2024) recommandent l'adoption d'horaires flexibles pour favoriser l'implication des hommes dans la démarche prénatale.

« Comme je comprends que la CPN aide à éviter les complications. J'accompagnerais ma femme quand j'ai du temps libre ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé d'Alunguli, province du Maniema, juin, 2024).

« Ma grand-mère m'a toujours dit que la CPN est fatigante, car on peut rester longtemps là-bas sans être soignée. Certaines femmes préfèrent rester à leurs maisons ». (Femme enceinte, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

« Je fais mes premières visites, mais quand je ne me sens bien, j'arrête d'y aller quand je me sens bien ». (Femme enceinte focus group, zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

4.9. Poids des facteurs économiques et culturels

Les coûts directs (consultations, examens, transport) et indirects (perte de revenu journalier) constituent des freins majeurs au recours à la CPN. Nyando, M., et al. (2023), Chatata, A. G. (2025) soulignent que de nombreuses femmes invoquent le coût des services comme motif de non-fréquentation, tandis que Mudonhi et Nunu (2022) évoquent un recours fréquent aux guérisseurs traditionnels, souvent perçus comme plus accessibles. La présence de croyances culturelles fortement enracinées réduit également l'implication des hommes dans les soins prénatals (K. V. Nesane et F. M. Mulaudzi, 2024). Dans ce contexte, Bancalari et al. (2024) plaident pour la mise en place de subventions ciblées afin de lever les barrières économiques.

En complément, Pizarro, Daniele, M. A. S. (2021) et Gartzia (2024) recommandent une politique de congés paternels pour renforcer l'implication des hommes, en soulignant que leur soutien théorique est souvent contredit par une participation concrète limitée.

« Pour aller à la CPN, il faut de l'argent. La gratuité de la maternité n'est que de nom ». (Mari d'une femme enceinte, zone de santé de Kalima, province du Maniema, juillet, 2024).

« Ma femme doit choisir entre acheter à manger ou aller à l'hôpital qu'est ce qui est prioritaire ». (Mari d'une femme enceinte focus group, zone de santé de Kalima, province du Maniema, juillet, 2024).

5. Limites

Les principales limites de cette étude concernent la représentativité de l'échantillon, la subjectivité inhérente à l'analyse, ainsi que les spécificités culturelles et géographiques du contexte d'étude. S'ajoutent à cela la sensibilité du sujet abordé et la temporalité des données collectées, qui peuvent influencer l'interprétation des résultats. Certains verbatim peuvent traduire un souci de paraître conforme aux attentes du chercheur ou du système de santé constituant un biais de désirabilité : *« Oui, j'y vais toujours aux consultations parce qu'on m'a dit que c'est important, mais plus tard, je m'absente quand il pleut ou quand mon mari n'est pas présent »*. (Femme enceinte de la zone de santé de Kindu, province du Maniema, juin, 2024).

Pour éviter les biais de désirabilité nous avons utilisé des langues locales ou des traducteurs culturels formés à la neutralité, construit un climat de confiance (entretiens individuels, lieux discrets, ton non jugeant), employé des questions projectives ou indirectes (*« certaines femmes disent que... qu'en pensez-vous ? »*), diversifié les profils d'enquêteurs (appartenance culturelle, confession) pour réduire les rapports de pouvoir symbolique, assuré une anonymisation stricte et rappelé aux participants qu'il n'y a pas de « bonne » réponse. Ces limites n'altèrent pas la valeur scientifique de l'étude, mais doivent être explicitement reconnues afin de situer avec précision la portée et la transférabilité des conclusions.

6. Conclusion

Cette étude met en évidence la complexité des perceptions et des pratiques liées à la consultation prénatale dans la province du Maniema, en République Démocratique du Congo. Bien que largement perçue comme un acte médical bénéfique et essentiel pour la sécurité de la mère et de l'enfant, la consultation prénatale demeure une pratique ambivalente, souvent concurrencée par les recours traditionnels et religieux, particulièrement durant les premiers mois de la grossesse. Les déterminants de cette adhésion partielle sont multiples. Les rapports de genre, qui placent le mari au cœur de la prise de décision familiale, jouent un rôle prépondérant dans l'accès des femmes enceintes aux services prénatals. À cela s'ajoutent des contraintes structurelles et économiques importantes : le coût des services, la distance aux structures de santé, la pénurie d'intrants, la surcharge des prestataires, ainsi que les barrières socioculturelles qui entravent la fréquentation régulière de la consultation prénatale. Certaines catégories de

femmes, notamment les adolescentes, les multipares et celles privées de soutien conjugal, apparaissent comme particulièrement vulnérables face à ces obstacles. Cependant, l'étude identifie également des leviers d'amélioration : les expériences positives antérieures, l'implication des communautés, et la prise en compte des besoins et des perceptions des hommes dans les stratégies d'intervention. En définitive, la consultation prénatale s'impose non comme une simple procédure médicale, mais comme une pratique socialement négociée, à l'intersection de la tradition, de la religion et de la biomédecine. La renforcer nécessite une approche holistique intégrant les réalités culturelles, économiques et sociales des communautés, avec un accent particulier sur la sensibilisation genrée, le renforcement de l'autonomie des femmes, et la revalorisation du rôle des hommes dans la santé maternelle. C'est à ce prix que les consultations prénatales pourront remplir pleinement leur rôle dans la réduction de la morbidité maternelle et néonatale.

Remerciements

Nous tenons à remercier notre équipe d'accompagnement dans cette étude entre autres la professeure Marie Claire Omanyondo, le professeur Léon Cyprien NGANDU WA NGANDU, le professeur Imani Ramazani pour tout ce qu'ils ont fait pour nous.

Conflit of Intérêts

Aucun lien d'intérêt à déclarer.

REFERENCES

- Foglabenchi LH, Marchant T & Stöckl H (2025). *Beyond 'Go and bring your husband': a COM-B guided qualitative study on the barriers to male involvement in antenatal care in Bamenda Health District, Cameroon. PLOS Global Public Health* 5(5): e0002904. ,
- Alhassan, N. (2024). Health care and contraceptive decision-making autonomy and use of female sterilisation among married women in Malawi. *Frontiers in Global Women's Health*, 5, Article 1264190.
- Bancalari, A., Bernal, P., García, M. F., Ibararán, P., Sánchez-Monin, E., & Zúñiga Brenes, P. (2024). *Using subsidies to enhance access to maternal and newborn health care in remote villages* (IDB Working Paper No. IDB-WP-01602). Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0013208>
- Bobo, F. T., Asante, A., Woldie, M., Dawson, A., & Hayen, A. (2023). *Evaluating equity across the continuum of care for maternal health services: analysis of national health surveys from 25 sub-Saharan African countries*. *International Journal for Equity in Health*, 22, 239. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02047-6>
- Chatata, A. G. (2025). The impact of multidimensional poverty on antenatal care service utilisation in Malawi. *Health Economics Review*, 15(1), Article 1.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris : Seuil.
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859.

- Drabo, K. M., Tinto, H., Hien, H., Konfé, S., Nana, F., Ly, A., & Ouédraogo, T. L. (2024). Perceptions des femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale dans les centres de santé de premier échelon du District sanitaire de Do et Dafra au Burkina Faso. *Sciences de la Santé*, 38(1–2).
- Felana, A. Ihantamalala. (2025). Persistent geographic barriers to maternal care services following a health system strengthening initiative in rural Madagascar. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Foglabenchi, L. H., Stöckl, H., & Marchant, T. (2024). 'I am a father but not pregnant': a qualitative analysis of the perspectives of pregnant couples on male partner role during pregnancy care in Bamenda, Cameroon. *Reproductive Health*, 21, Article 195.
- Frontiers et al. (2024) « Effectiveness of engaging religious leaders in maternal health education for improving maternal health service utilization in Ethiopia: cluster randomized controlled trial »
- Gessesse, N. A., Gela, G. B., Aweke, A. M., Beyene, F. Y., Kassahun, E. A., Getu, A. A., ... & Balcha, W. F. (2024). *Male partners' involvement in antenatal care and its associated factors in West-central Ethiopia*. *BMC Public Health*, 24, 3015. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20502-z>
- Gökçen Çeliker. (2024). Evaluation of differences in maternal and newborn health coverage across urban and rural areas: A pooled analysis of 88 countries. *Turkish Journal of Public Health*, 22(1), 13–22.
- Hailu, M., Mohammed, A., Sintayehu, Y., Tadesse, D., Abera, L., Abdurashid, N., Solomon, M., Ali, M., Mellese, D., Weldeamanuel, T., Mengesha, T., Hailemariam, T., Amsalu, S., Dejene, Y. & Girma, M. (2023). *Cultural malpractice during pregnancy, childbirth, and the postnatal period and its associated factors among women who gave birth once in Dire Dawa city administration, Eastern Ethiopia, in 2021*. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1131626. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1131626>
- Hibusu, L., Sumankuuro, J., Gwelo, N. B. & Akintola, O. (2024). *Pregnant women's satisfaction with the quality of antenatal care and the continued willingness to use health facility care in Lusaka district, Zambia*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 20. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06181-5>
- Ilunga Mbayo, F., Madragule, P. G., Kanku wa Ilunga, P., Bwana Kangulu, I., & Nkamba Mukadi, D. (2025). Quality of First Prenatal Consultations in Malemba Nkulu, Democratic Republic of Congo: Challenges and Opportunities in a Cross-Sectional Study. *JMIR Pediatrics and Parenting*.
- Jacobson, L. E., Fuentes-Rivera, E., Schiavon, R., & Darney, B. G. (2023). Association of maternal age 35 years and over and prenatal care utilization, preterm birth, and low birth weight, Mexico 2008–2019. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- Kota, K., Chomienne, M.-H., Geneau, R., & Yaya, S. (2023). Socio-economic and cultural factors associated with the utilization of maternal healthcare services in Togo: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 20(1), Article 109.
- Nyando, M., Makombe, D., Mboma, A., Mwakilama, E. & Nyirenda, L. (2023). *Perceptions of pregnant women on antenatal care visit during their first trimester at Area 25 Health Centre in Lilongwe, Malawi – a qualitative study*. *BMC Women's Health*, 23, 646. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02800-7>

- Lwanga, H., Atuyambe, L., Sempewo, H., Lumala, A. & Byaruhanga, R. N. B. (2017). *An exploratory study of men's companionship, perceptions and experiences during pregnancy and delivery in Uganda*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1385-6>
- Mbua, E. K., Karonjo, J., Okova, R., & Gachathi, D. (2024). Health Facility Determinants of Male Partner Involvement in Antenatal Care in Kiambu County, Kenya. *Kenyan Journal of Nursing & Midwifery*.
- Mudonhi, N., & Nunu, W. N. (2022). Traditional medicine utilisation among pregnant women in Sub-Saharan African countries: A systematic review of literature. *Inquiry*, 59, 469580221088618. <https://doi.org/10.1177/004695802210886>
- Ndela, B., N'siala, A., Ngwala, P., Kalonji, A., Minuku, F., Bokole, H., Kemaina, P., Masumbuku, J.-J., & Miezi-Kintaudi, N. (2024). *Knowledge and practice of health workers towards maternal and child health in the Democratic Republic of the Congo: a cross-sectional study*. *Reproductive Health*, 21, 62. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01801-5>
- Nesane, K. V. & Mulaudzi, F. M. (2024). *Cultural barriers to male partners' involvement in antenatal care in Limpopo province*. *Health SA Gesondheid*, 29, a2322. <https://doi.org/10.4102/hsag.v29i0.2322>
- Ngowi, A. F., Mkuwa, S., Shirima, L., Ngalesoni, F., & Frumence, G. (2023). Determinants of Focused Antenatal Care Utilization Among Women in Simiyu Region, Tanzania. *SAGE Open Nursing*, 9.
- Okyere, J., Zenbaba Hey, D., & Yaya, S. (2025). Influence of paternal education on maternal and child health outcomes in Sub-Saharan Africa: evidence from demographic and health surveys. *Reproductive Health*, 22, 137.
- Olawore, O., Abiodun, A., & Oyeyemi, S. (2025). Visible and invisible cultural patterns influencing women's use of maternal health services among Igala women in Nigeria: A focused ethnographic study. *BMC Public Health*, 25.
- Onah, M. N., Onah, R. C., & Onah, F. E. (2023). Linkages between women's empowerment, religion, marriage type, and uptake of antenatal care visits in 13 West African countries. *PLOS Global Public Health*, 3(6), e0000406.
- Opara, U. C. (2024). Cultural and religious structures influencing the use of maternal health services in Nigeria: A qualitative study using the PEN-3 cultural model. *Reproductive Health*, 21(1), Article 93. 2978- <https://doi.org/10.1186/s1024-01933-8>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Recommandations sur les soins prénatals pour une expérience positive de la grossesse*. OMS.
- Daniele, M. A. S. (2021). *Male partner participation in maternity care and social support for childbearing women: a discussion paper*. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 376(1827), 20200021. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0021>
- Pizarro, J. & Gartzia, L. (2024). *Paternity leave: a systematic review and research directions*. *Human Resource Management Review*, 34(1), 101001. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2023.101001>
- Ramazani, I. B.-E., Ntela, S.-D. M., Ahouah, M., Ishoso, D. K. & Tondeur, M. R. (2022). *Maternal mortality in Eastern Democratic Republic of the Congo: analysis of health facility data*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 452. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04783-z>

- Sadore, A. A., Kebede, Y. & Birhanu, Z. (2024). *Effectiveness of engaging religious leaders in maternal health education for improving maternal health service utilization: a cluster-randomized controlled trial*. PLOS ONE, 19(4), e0296173. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296173>
- Souza, J. P., Day, L.-T., Rezende-Gomes, A.-C., Zhang, J., Mori, R., Baguiya, A., Jayaratne, K., Osofi, A., Vogel, J. P., Campbell, O., Mugerwa, K. Y., Lumbiganon, P., Tunçalp, Ö., Cresswell, J., Say, L., Moran, A. C., & Oladapo, O. T. (2024). *A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality*.
- Tamir, T. T., et al. (2024). Determinants of non-testing for HIV among women during antenatal care in sub-Saharan Africa. *BMC Health Services Research*.
- Tengera, O., Meharry, P., Nkurunziza, A., Babenko-Mould, Y., Rugema, J., Rulisa, S. & Nyirazinyoye, L. (2025). *Barriers hindering attendance and adherence to antenatal care visits among women in rural areas in Rwanda: an exploratory qualitative study*. PLOS ONE, 20(5), e0323762. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323762>
- Tumwizere, G., Mbonye, M. K., & Ndugga, P. (2024). Determinants of late antenatal care attendance among high parity women in Uganda: analysis of the 2016 Uganda Demographic and Health Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 32.
- Warri, D., & George, A. (2020). Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(70). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2746>

© 2026 TUTU, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.

