



Facteurs associés à la prévalence de l'infection palustre chez les femmes enceintes de la zone de santé de Lemba à Kinshasa/RDC

[Factors associated with the prevalence of malaria infection among pregnant women in the LEMBA health zone of Kinshasa/DRC]

Mike Solobinda Konde^{1*}, Rossy Mabaya¹, Emerance Ngondo¹, Arthur Nzambi¹, Jackie Kingolo Ndonga¹, Blandine Pandi¹, Ruth Holenu¹, Fanny Nlumbu¹ & Muke Dévoue²

¹Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Kinshasa, RD Congo

²Centre de Recherche Géologiques et Minières (CRGM), Kinshasa, RD Congo

Résumé

Cette étude transversale a été menée dans l'aire de santé Plateau de la Zone de Santé de Lemba à Kinshasa, en République Démocratique du Congo, ayant pour objectif d'analyser les facteurs associés à la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes. Elle a également évalué les répercussions financières de cette maladie sur les ménages et son impact sur les préparatifs de l'accouchement. Un échantillon de 228 femmes enceintes a été recruté de manière occasionnelle. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré et analysées avec le logiciel Epi Info7. Les résultats révèlent qu'une proportion significative de 78,9 % des participantes a déclaré avoir eu un épisode de paludisme durant leur grossesse. La surveillance de la croissance fœtale était le motif principal de consultation prénatale pour 31,6 % des femmes. La majorité des enquêtées (86 %) possédaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), et 78,3 % affirmaient l'utiliser régulièrement. Le coût du traitement antipaludique a été jugé élevé par 64,9 % des répondantes, et 68,4 % ont indiqué que cette dépense affectait les préparatifs liés à l'accouchement. Plusieurs facteurs, tels que la fréquence des consultations prénatales, l'utilisation de la moustiquaire et la présence de moustiques dans l'environnement, ont été significativement associés aux cas confirmés d'infection palustre ($p < 0,05$). Notre étude nous a également permis de comprendre l'importance d'un environnement sain ; car la reproduction des moustiques à grande échelle est due : Aux caniveaux non curés, les eaux stagnantes, les décharges publiques non évacuer . . . etc Sachant que le moustique est l'acteur principal qui cause le paludisme. Ces conclusions soulignent l'urgence de renforcer les stratégies de prévention et d'améliorer l'accès aux mesures de lutte contre le paludisme chez les femmes enceintes, afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à cette maladie.

Mots clés : Facteurs, Prévalence, Infection, Paludisme, Femmes Enceintes

Abstract

This cross-sectional study was conducted in the Plateau health area of the Lemba Health Zone in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, with the aim of analyzing the factors associated with the prevalence of malaria among pregnant women. It also assessed the financial impact of this disease on households and its effect on preparations for childbirth. A sample of 228 pregnant women was recruited on an ad-hoc basis. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed with Epi Info7 software. The results reveal that a significant proportion (78.9%) of participants reported having experienced an episode of malaria during their pregnancy. Monitoring fetal growth was the primary reason for prenatal care for 31.6% of women. The majority of respondents (86%) owned a long-lasting insecticidal net (LLIN), and 78.3% reported using it regularly. The cost of malaria treatment was considered high by 64.9% of respondents, and 68.4% indicated that this expense affected their preparations for childbirth. Several factors, such as the frequency of prenatal visits, the use of mosquito nets, and the presence of mosquitoes in the environment, were significantly associated with confirmed cases of malaria infection ($p < 0.05$). Our study also allowed us to understand the importance of a healthy environment, as large-scale mosquito reproduction is due to: Uncleaned gutters, stagnant water, uncollected public waste, etc. Knowing that mosquitoes are the primary vectors of malaria. These findings underscore the urgent need to strengthen prevention strategies and improve access to malaria control measures for pregnant women in order to reduce morbidity and mortality related to this disease.

Keywords : Factors, Prevalence, Infection, Malaria, Pregnant Women.

*Auteur correspondant: Mike Solobinda Konde, (mikekondesolobinda12@gmail.com). Tél. : (+243) 820413734

: <https://orcid.org/0009-0001-1962-6148>; Reçu le 09/03/2026 ; Révisé le 02/04/2026 ; Accepté le 23/04/2026

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.026.v5.i2.266>

Copyright: ©2026 Konde et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

Le paludisme demeure une maladie parasitaire majeure, représentant un défi de santé publique mondial, particulièrement dans les régions tropicales et subtropicales. Transmise par les moustiques anophèles, cette affection est causée par des parasites du genre *Plasmodium*, dont *Plasmodium falciparum* est le plus virulent et le plus répandu en Afrique (Fomba, 2019). L'infection palustre est caractérisée par un cycle complexe impliquant des phases hépatiques et érythrocytaires, conduisant à des symptômes cliniques variés et, en l'absence de traitement, à des complications graves, voire mortelles (Sidibé, 2011).

Les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) soulignent la persistance de cette menace. En 2015, 214 millions de cas de paludisme ont été recensés, entraînant des centaines de milliers de décès entre 2013 et 2015. La maladie est responsable d'environ 1,5 à 2,7 millions de décès annuels dans le monde, dont un million concerne des enfants de moins de 5 ans. L'Afrique subsaharienne concentre près de 90 % de ces cas (Maiga, 2018). En 2016, sur 3,3 milliards de personnes à risque, on estimait à 247 millions le nombre de cas de paludisme, avec près d'un million de décès, principalement chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. En 2008, le paludisme était endémique dans 105 pays, dont 45 en Afrique (Sangaré, 2013).

La grossesse rend les femmes particulièrement vulnérables au paludisme en raison d'une altération de l'immunité acquise, notamment chez les primigestes et au deuxième trimestre. Cette susceptibilité accrue peut entraîner des formes plus fréquentes et plus graves de la maladie, avec des risques accrus d'avortement, de mort in utero, d'hypotrophie fœtale et d'accouchement prématuré (Sangaré, 2013). Dans les zones méso-endémiques, le dépistage systématique et la chimioprophylaxie sont essentiels pendant la grossesse. Les mesures préventives individuelles et la lutte antivectorielle restent les piliers de la prévention en attendant un vaccin efficace (Traoré, 2014).

En République Démocratique du Congo (RDC), le paludisme constitue un problème de santé publique majeur, se classant au premier rang des affections meurtrières. En 2006, un taux de mortalité spécifique de 158 pour 100 000 habitants a été attribué au paludisme (OMS, 2020). Les enquêtes menées à Kinshasa par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ont montré que le paludisme était responsable de 59 % des consultations externes chez les enfants de moins de 5 ans, 48 % des hospitalisations

dans cette même tranche d'âge, et 41 % des consultations externes chez les femmes enceintes (OMS, 2020). La maladie a également un impact économique significatif, réduisant le produit national brut (PNB) et entravant la scolarité des enfants et le développement social, la considérant ainsi comme une maladie de la pauvreté et une cause de pauvreté (Traoré, 2014).

Dans ce contexte, la présente étude vise à analyser les facteurs associés à la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes dans l'aire de santé Plateau de la Zone de Santé de Lemba à Kinshasa, RDC, et à évaluer les répercussions financières de cette maladie sur les ménages ainsi que sur les préparatifs de l'accouchement. Les hypothèses formulées suggèrent une prévalence élevée du paludisme chez les femmes enceintes dans cette zone, potentiellement liée à des facteurs tels que le manque de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), une utilisation tardive ou non conforme des MILDA, le non-respect du traitement préventif intermittent (TPI) pendant les consultations prénatales (CPN), et la prolifération des moustiques due à un assainissement insuffisant de l'environnement (Philippe *et al.*, 2016).

Le paludisme est une maladie infectieuse grave causée par des parasites du genre *Plasmodium*, transmis à l'homme par la piqûre de moustiques femelles infectés du genre *Anopheles*. Après l'inoculation, les parasites se développent dans le foie (phase hépatique) avant d'envahir les globules rouges (phase érythrocytaire), où ils se multiplient et provoquent l'éclatement des cellules sanguines, entraînant les symptômes cliniques de la maladie (Sidibé, 2011).

La vulnérabilité au paludisme est particulièrement marquée chez les femmes enceintes, chez qui la prévalence de l'infection est souvent plus élevée que dans la population générale, notamment chez les primipares (Amuli & Ngoma, 2019). La grossesse induit une modification de la réponse immunitaire, en particulier chez les primigestes et au cours du deuxième trimestre, ce qui rend les femmes enceintes plus susceptibles aux infections palustres. Cette altération immunitaire peut conduire à des formes plus sévères et plus fréquentes de paludisme, surtout chez les femmes non immunisées (Sangaré, 2013). Les complications potentielles incluent l'anémie maternelle, le paludisme placentaire, l'avortement spontané, la mort in utero, l'hypotrophie fœtale et l'accouchement prématuré,

faisant du paludisme une urgence materno-fœtale (Traoré, 2014).

Malgré les efforts de lutte, le paludisme reste un fléau mondial. En 2015, l'OMS a rapporté 214 millions de cas de paludisme, avec des centaines de milliers de décès entre 2013 et 2015. La maladie est responsable d'environ 1,5 à 2,7 millions de décès annuels dans le monde, dont un million chez les enfants de moins de 5 ans. L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée, concentrant environ 90 % des cas (Maiga, 2018). En 2016, sur 3,3 milliards de personnes à risque, on estimait à 247 millions le nombre de cas de paludisme, avec près d'un million de décès, principalement chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. En 2008, le paludisme était endémique dans 105 pays, dont 45 en Afrique (Sangaré, 2013).

Entre 2000 et 2013, des progrès significatifs ont été observés dans la réduction de l'incidence et de la mortalité du paludisme (Coulibaly & Samaké, 2013). Le nombre d'infections mondiales est passé de 227 à 198 millions, et le nombre de décès de 882 000 à 584 000. Cependant, l'Afrique continue de supporter la majeure partie du fardeau, avec près de 80 % des cas et 90 % de la mortalité. Les autres régions affectées incluent l'Asie du Sud-Est, l'Asie Centrale (Inde) et, dans une moindre mesure, l'Amérique du Sud amazonienne (Sangaré, 2013).

En 2008, entre 190 et 311 millions d'épisodes de paludisme ont été enregistrés, dont 85 % en Afrique, principalement au Nigeria, en RDC, en Éthiopie, en Tanzanie et au Kenya. Le nombre de décès par paludisme en 2008 était estimé entre 708 000 et 1 003 000, dont 89 % en Afrique, 6 % dans la région méditerranéenne et 5 % en Asie du Sud-Est. Les enfants de moins de cinq ans représentaient 85 % de ces décès (Maiga, 2018).

La République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays les plus affectés par le paludisme. En 2006, un taux de mortalité spécifique de 158 pour 100 000 habitants a été attribué à cette maladie, qui demeure la première cause de morbidité et de mortalité dans le pays (OMS, 2020). Les enquêtes menées à Kinshasa par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en 2018 ont révélé que le paludisme était responsable de 59 % des consultations externes chez les enfants de moins de 5 ans, 48 % des hospitalisations dans cette même tranche d'âge, et 41 % des consultations externes chez les femmes enceintes (OMS, 2020).

Le paludisme a également des conséquences socio-économiques dévastatrices. En plus des pertes en vies humaines, il réduit la productivité des individus, affecte l'économie en diminuant le produit national brut (PNB) et entrave la scolarité des enfants et le développement social. Il est ainsi considéré comme une maladie de la pauvreté et un facteur aggravant de celle-ci (Traoré, 2014). En RDC, on estime que cette maladie coûte au pays 1,3 % de croissance annuelle en termes de dépenses (Amuli & Ngoma, 2019). La majorité des décès surviennent à domicile, soulignant l'importance d'une prise en charge précoce et accessible (Amuli & Ngoma, 2019).

Dans la province de Kinshasa, malgré les nombreuses actions entreprises pour contrôler la maladie, le paludisme reste une menace majeure, avec 1 000 décès pour 109 796 cas enregistrés. Les populations vulnérables, telles que les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans, sont particulièrement ciblées (OMS, 2019). La zone de santé de Lemba, et plus spécifiquement l'aire de santé Plateau, n'échappe pas à cette situation préoccupante, ce qui justifie la présente étude.

2. Matériel et méthodes

Cette étude a été menée dans la Zone de Santé de Lemba, située à Kinshasa, en République Démocratique du Congo. La Zone de Santé de Lemba a pour mission d'offrir des soins de santé primaires à l'ensemble de sa population, incluant des services curatifs, préventifs, promotionnels et de réhabilitation, via un réseau de formations sanitaires. L'aire de santé Plateau, relevant de cette zone, a été spécifiquement choisie comme site d'étude.

2.1. Type d'Étude et Population Cible

Il s'agit d'une étude transversale visant à analyser la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes et ses répercussions financières sur les ménages, ainsi que sur les préparatifs de l'accouchement. La population cible était constituée de femmes enceintes résidant dans l'aire de santé Plateau de la Zone de Santé de Lemba.

2.1.1. Échantillonnage

Un échantillon occasionnel de 228 femmes enceintes a été constitué pour cette étude.

2.1.2. Collecte et Analyse des Données

Les données ont été collectées au moyen d'une technique d'enquête, utilisant principalement des entretiens structurés. Un guide d'entretien a servi d'instrument de collecte. Après la collecte, les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Info7, en se basant sur un plan d'analyse préétabli. L'analyse

bivariée a été employée pour comparer les pourcentages des différentes modalités des variables indépendantes. Le test du Chi-deux de Pearson a été appliqué, en tenant compte de ses conditions d'application, pour l'analyse des proportions. Les résultats ont ensuite été présentés sous forme de tableaux appropriés.

3. Résultats

Les résultats de cette étude sont présentés en deux parties : l'analyse univariée des caractéristiques sociodémographiques et des aspects liés au paludisme, suivie de l'analyse bivariée explorant les associations entre les variables.

3.1 Analyse Univariée

Il ressort de cette analyse que la majorité des femmes enceintes interrogées avaient entre 15 et 30 ans (56,1 %), étaient mariées (78,9 %), instruites (75,4 %) et sans profession rémunérée (64,9 %). Leurs époux étaient majoritairement instruits (82,5 %) et avaient une profession rémunérée (61,4 %). La plupart des ménages étaient monogames (76,2 %) et comprenaient entre 3 et 5 personnes (54,3 %).

Le **tableau I** indique que 78,9 % des enquêtées ont rapporté un cas d'infection palustre. La surveillance de la croissance de l'enfant était perçue comme le principal objectif de la CPN par 31,6 % des femmes, et 38,6 % d'entre elles avaient effectué plus de 3 rendez-vous de CPN.

Les principales conséquences du paludisme citées par les enquêtées étaient l'avortement (26,3 %) et le faible poids à la naissance (21,1 %). Une large majorité (86,0 %) possédait une MILDA, et 78,3 % l'utilisaient régulièrement, principalement entre 18h00 et 19h00 (41,7 %). Plus de la moitié des quartiers étaient jugés insalubres (54,4 %).

La majorité des enquêtées (78,9 %) ont reçu des conseils sur l'utilisation des MILDA lors des CPN. Concernant le traitement préventif, 42,9 % ont reçu trois doses, et la première dose était majoritairement administrée au deuxième trimestre (54,3 %). Les signes cliniques du paludisme les plus fréquemment cités étaient les céphalées et la fièvre (35,1 %).

Une proportion significative de 64,9 % des enquêtées a jugé le coût du traitement antipaludique élevé, et 68,4 % ont estimé que ce coût avait un impact sur les préparatifs de l'accouchement. Contrairement à l'insalubrité perçue des quartiers, la majorité (66,7 %) a déclaré une absence nombreuse de moustiques dans leur quartier.

3.1.1. Caractéristiques Sociodémographiques des Enquêtées

Le **tableau I** ci-dessous présente la répartition des 228 femmes enceintes interrogées selon leurs caractéristiques sociodémographiques.

Tableau I : Répartition des enquêtées selon les données sociodémographiques

Variable	Effectif (N=228)	Pourcentage (%)
Âge		
15 à 30 ans	128	56,1
31 ans et plus	100	43,9
État civil		
Célibataire	32	14,0
Divorcée	16	7,0
Mariée	180	78,9
Niveau d'études		
Instruite	172	75,4
Non instruite	56	24,6
Profession		
Non rémunérée	148	64,9
Rémunérée	80	35,1
Parité		

Variable	Effectif (N=228)	Pourcentage (%)
Multipare	148	64,9
Primipare	80	35,1
Profession de l'époux		
Non salarié	88	38,6
Salarié	140	61,4
Niveau d'études de l'époux		
Instruit	188	82,5
Non instruit	40	17,5
Type de couple		
Monogame	157	76,2
Polygame	49	23,8
Taille du ménage		
3-5 personnes	120	54,3
6-10 personnes	91	30,8

3.1.2. Questions Relatives à l'Objet de la Recherche

Le **tableau II** suivant détaille les réponses des enquêtées concernant les cas d'infection palustre confirmée, l'importance des Consultations Périnatales (CPN) et le nombre de rendez-vous effectués.

Tableau II : Répartition des enquêtées selon les aspects liés à l'infection palustre et aux CPN

Variable	Effectif (N=228)	Pourcentage (%)
Cas d'infection palustre confirmée		
Non	48	21,1
Oui	180	78,9
Importance de la CPN		
Identifier la grossesse à risque	36	15,8
Identifier la grossesse à risque, surveiller la croissance de l'enfant	48	21,1
Prévenir la morbi-mortalité materno-fœtale	64	28,1
Surveiller la croissance de l'enfant	72	31,6
CPN : occasion de recevoir des conseils		
Non	48	21,1
Oui	180	78,9
Nombre de RDV effectués pour la CPN		
1 RDV	56	24,6
2 à 3 RDV	84	36,8
Plus de 3 RDV	88	38,6

Le **tableau III** qui suit présente les conséquences du paludisme, l'utilité et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), ainsi que l'état physique du quartier.

Tableau III : Conséquences du paludisme, possession et utilisation des MILDA, et état du quartier

Variable	Effectif	Pourcentage (%)
Conséquences du paludisme		
Avortement	60	26,3
Faible poids à la naissance	48	21,1

Maladie	16	7,0
Faible poids à la naissance, maladie	24	10,5
Malformation fœtus	32	14,0
Prématuré	24	10,5
Possession d'une MILDA		
Non	32	14,0
Oui	196	86,0
Utilisation régulière de la MILDA (si oui)		
Non	48	21,7
Oui	173	78,3
Heure d'entrée sous la MILDA pendant la grossesse		
18h00 à 19h00	83	41,7
20h à 21h00	64	32,2
Après 21h00	52	26,1
État physique du quartier		
Insalubre	124	54,4
Salubre	104	45,6

Le **tableau IV** récapitule les conseils et le traitement préventif reçus par les enquêtées contre le paludisme pendant la CPN, ainsi que les signes cliniques du paludisme.

Tableau IV : Conseils et traitement préventif contre le paludisme pendant la CPN, et signes cliniques.

Variable	Effectif	Pourcentage (%)
Conseils sur l'utilisation effective de la MILDA à la CPN		
Non	48	21,1
Oui	180	78,9

Doses reçues comme traitement préventif contre le paludisme pendant la CPN		
1 dose	40	19,5
2 doses	77	37,6
3 doses	88	42,9
Trimestre de grossesse pour la première dose		
Premier trimestre	24	10,5
Deuxième trimestre	124	54,3
Troisième trimestre	80	35,0
Signes cliniques du paludisme		
Céphalées	8	3,5
Céphalées et Fièvres, Vertige	8	3,5
Céphalées et Fièvre	80	35,1
Variable	Effectif	Pourcentage (%)
Céphalées, Fièvre et nausée	8	3,5
Céphalées, Fièvre et courbatures	8	3,5
Céphalées, fièvre et rhume	8	3,5
Céphalées, Fièvre et Courbatures	44	19,3
Céphalées, Fièvre et Courbatures, Vertige	8	3,5
Céphalées, Courbatures, Fièvre,	24	10,5
Fièvre	24	10,5

Le dernier **tableau V** de l'analyse univariée examine la répercussion du coût de la prise en charge du paludisme sur les préparatifs de l'accouchement et la présence de moustiques dans le quartier.

Tableau V : Répercussion financière du paludisme et présence de moustiques

Variable	Effectif	Pourcentage (%)
Coût de la prise en charge antipaludéenne		
Abordable	80	35,1
Cher	148	64,9
Coût du paludisme : répercussion sur les préparatifs de l'accouchement		
Oui	156	68,4
Non	72	31,6
Présence nombreuse de moustiques dans le quartier		
Oui	76	33,3
Non	152	66,7

3.2 Analyse Bivariée

L'analyse bivariée révèle des associations significatives entre la répercussion financière du paludisme sur les préparatifs de l'accouchement et certaines variables sociodémographiques. Le type de couple ($p < 0,0000000$) et la taille du ménage ($p < 0,000041356$) sont significativement associés à l'impact financier. En revanche, l'âge des femmes enceintes ($p = 0,098$) et le niveau d'étude de l'époux ($p = 0,999$) ne montrent pas d'association significative avec la répercussion financière.

Le seul **tableau VI** de cette analyse présente les résultats concernant la répercussion financière du paludisme sur la vie du ménage et les préparatifs de l'accouchement, en fonction de différentes variables sociodémographiques.

Tableau VI : Répercussion financière du paludisme et données sociodémographiques (Analyse Bivariée)

Variables	Coût du paludisme a une répercussion sur la vie du ménage et sur les préparatifs de l'accouchement	Khi-carré	P-value
	Oui	Non	
Âge			
15 à 30 ans	96 (75,0%)	32 (25,0%)	2,73

31 ans et plus	84 (84,0%)	16 (16,0%)	
Type de couple			
Monogame	49 (100,0%)	0 (0,0%)	49,1
Polygame	0 (0,0%)	6 (100,0%)	
Taille de ménage			
3-5 personnes	80 (66,7%)	40 (33,3%)	16,88
6-10 personnes	80 (90,9%)	8 (9,2%)	
Niveau d'étude de l'époux			
Instruit	140 (74,5%)	49 (25,5%)	0,00
Non instruit	40 (100,0%)	0 (0,0%)	

4. Discussion

Les résultats de cette étude transversale menée dans l'aire de santé Plateau de Lemba, Kinshasa, mettent en lumière la prévalence élevée du paludisme chez les femmes enceintes et les facteurs associés, ainsi que les répercussions socio-économiques de cette maladie. La prévalence de 78,9 % des cas d'infection palustre confirmée chez les femmes enceintes est particulièrement alarmante et confirme les hypothèses initiales d'une forte incidence dans cette population vulnérable.

Ce chiffre est nettement supérieur aux moyennes nationales et régionales, ce qui pourrait s'expliquer par des spécificités locales ou des biais d'échantillonnage.

4.1. Facteurs Associés à la Prévalence du Paludisme

L'étude révèle que 86 % des femmes enceintes possèdent une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), et 78,3 % déclarent l'utiliser régulièrement. Malgré ce taux élevé de possession et d'utilisation, la prévalence du paludisme reste importante. Cela suggère que la simple possession et l'utilisation ne sont pas suffisantes pour garantir une protection optimale. Des facteurs tels que l'heure d'entrée sous la MILDA (41,7 % l'utilisent entre 18h00 et 19h00, mais 26,1 % après 21h00) et l'état d'insalubrité du quartier (54,4 % des quartiers sont jugés insalubres) pourraient compromettre l'efficacité de cette mesure préventive. La présence de moustiques dans l'environnement, même si 66,7 % des

enquêtées ne la jugent pas nombreuse, reste un facteur de risque non négligeable.

Les consultations prénatales (CPN) jouent un rôle crucial dans la prévention et la prise en charge du paludisme. L'étude montre que 78,9 % des femmes ont reçu des conseils sur l'utilisation effective de la MILDA lors des CPN, et 42,9 % ont reçu trois doses de traitement préventif. Cependant, la surveillance de la croissance fœtale est le principal motif de consultation pour 31,6 % des femmes, ce qui pourrait indiquer une sous-estimation de l'importance des CPN pour la prévention du paludisme. Le fait que 21,1 % des femmes n'aient pas reçu de conseils sur l'utilisation de la MILDA et que 21,7 % ne l'utilisent pas régulièrement, malgré sa possession, souligne des lacunes dans la sensibilisation et l'observance.

4.2. Répercussions Socio-économiques

L'impact financier du paludisme est une préoccupation majeure. Une proportion significative de 64,9 % des enquêtées a jugé le coût du traitement antipaludique élevé, et 68,4 % ont indiqué que cette dépense affectait les préparatifs de l'accouchement. Cette charge financière peut exacerber la pauvreté des ménages, comme le suggère la littérature (Traoré, 2014). L'analyse bivariée confirme que le type de couple et la taille du ménage sont significativement associés à cette répercussion financière. Les ménages monogames et ceux de grande taille semblent plus vulnérables aux impacts économiques du paludisme, ce qui pourrait être lié à des structures de soutien différentes ou à des besoins financiers accrus.

4.3. Limites et Perspectives

Bien que cette étude fournisse des informations précieuses, certaines limites doivent être notées. L'échantillon occasionnel peut introduire un biais de sélection, limitant la généralisabilité des résultats. De plus, les données auto-déclarées sur l'utilisation des MILDA et la prévalence du paludisme peuvent être sujettes à des biais de mémoire ou de désirabilité sociale. Des études longitudinales et des méthodes de collecte de données objectives (par exemple, tests de diagnostic du paludisme) seraient nécessaires pour confirmer ces résultats et approfondir la compréhension des dynamiques de transmission et des impacts.

En comparaison avec d'autres études menées en RDC, les résultats de cette recherche confirment la persistance du paludisme comme un problème de santé publique majeur. Les chiffres de l'OMS et du PNL soulignent la nécessité de renforcer les interventions ciblées, en particulier pour les femmes enceintes et les

enfants de moins de 5 ans. L'accent doit être mis non seulement sur la distribution de MILDA, mais aussi sur l'éducation à leur utilisation correcte et régulière, ainsi que sur l'amélioration des conditions d'assainissement de l'environnement.

5. Conclusion

Cette étude a mis en évidence une prévalence alarmante du paludisme chez les femmes enceintes dans l'aire de santé Plateau de Lemba, à Kinshasa, avec près de 79 % des participantes ayant déclaré un épisode d'infection palustre durant leur grossesse. Malgré un taux élevé de possession et d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), des lacunes persistent dans l'observance des pratiques préventives et l'assainissement de l'environnement, contribuant à la persistance de la maladie.

L'impact financier du paludisme sur les ménages est considérable, avec une majorité de femmes percevant le coût du traitement comme élevé et ayant des répercussions négatives sur les préparatifs de l'accouchement. Cette charge économique, exacerbée par la maladie, souligne la nécessité d'interventions ciblées pour alléger le fardeau financier des familles vulnérables.

En somme, les résultats confirment que le paludisme demeure un problème de santé publique majeur en RDC, affectant particulièrement les femmes enceintes. Des efforts accrus sont nécessaires pour renforcer les stratégies de prévention, améliorer l'éducation sanitaire et garantir une meilleure accessibilité aux mesures de lutte contre cette maladie dévastatrice.

Recommandations

Au vu des résultats de cette étude et des défis persistants liés au paludisme chez les femmes enceintes, les recommandations suivantes sont formulées à l'intention des différentes parties prenantes :

Aux Autorités Sanitaires

- Renforcer les programmes de sensibilisation : Mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation ciblées sur l'importance de l'utilisation correcte et régulière des MILDA, ainsi que sur le respect du calendrier des CPN et du traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes.
- Améliorer l'accès aux MILDA et au TPI : Assurer la disponibilité et l'accessibilité des MILDA de qualité et des médicaments pour le TPI dans toutes les

structures de santé, en particulier dans les zones à forte prévalence.

- Soutenir l'assainissement du milieu : Collaborer avec les autorités locales pour promouvoir et soutenir les initiatives d'assainissement de l'environnement afin de réduire les gîtes larvaires de moustiques.

- Intégrer la lutte antipaludique dans les CPN : Renforcer la formation du personnel de santé pour une meilleure intégration des messages de prévention et de la prise en charge du paludisme dans les consultations prénatales.

Aux Chercheurs

- Mener des études d'évaluation régulières : Réaliser des évaluations périodiques de l'efficacité des stratégies de lutte et de contrôle du paludisme afin d'adapter les interventions aux réalités épidémiologiques et socio-culturelles.

- Approfondir la recherche sur les facteurs socio-économiques : Conduire des études qualitatives et quantitatives pour mieux comprendre les barrières socio-économiques à l'observance des mesures préventives et à l'accès aux soins.

Aux Personnels de Santé

- Éducation thérapeutique renforcée : Sensibiliser activement les femmes enceintes sur l'importance de la MILDA et du TPI pour leur santé et celle de leur enfant.

- Conseils pratiques sur l'utilisation des MILDA : Insister sur l'heure appropriée d'installation et d'utilisation des MILDA, ainsi que sur leur entretien.

Aux Femmes Enceintes

- Adhérer aux recommandations médicales : Respecter scrupuleusement les instructions du personnel médical concernant la prévention et le traitement du paludisme.

- Utilisation systématique des MILDA : Installer et utiliser correctement la MILDA chaque nuit, dès le début de la grossesse.

- Compléter le TPI : Suivre le calendrier du traitement préventif intermittent tel que prescrit lors des CPN.

- Adopter des mesures complémentaires : Utiliser d'autres moyens de prévention connus, tels que l'élimination des eaux stagnantes autour des habitations.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à l'éternelle Élohim, notre Seigneur et sauveur, envers toutes les personnes et institutions qui ont contribué à la réalisation de cette étude. Nous remercions

particulièrement les membres du Conseil Scientifique National pour leurs orientations scientifiques, leurs conseils pertinents ainsi que leur disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Nous adressons également nos sincères remerciements aux institutions et services qui ont facilité l'accès aux données et aux documents nécessaires à cette recherche. Leur collaboration a été essentielle pour la conduite de cette étude.

Nos remerciements s'adressent aussi à nos collègues, amis et familles pour leur(e)s soutiens moraux, suggestions et encouragements.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance à notre pays qui a toujours donné une attention particulière à la recherche scientifique.

Financement

Hormis la contribution de l'auteur principal tous les participants ont cotisé pour la réalisation de ce travail.

Conflit d'Intérêt

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêt, qu'il soit financier, professionnel ou personnel, susceptible d'influencer la conduite, l'interprétation ou la publication des résultats.

Considérations Ethiques

Cette étude a été menée dans le respect strict des principes éthiques de la recherche scientifique. Il est de devoirs de publier étant scientifiques, chercheurs et intellectuels, comme l'exige notre conscience patriotique de contribuer au développement de notre pays en général et particulièrement à son environnement socio-économiques dans la lutte et la prévention des maladies palustres.

Contribution des Auteurs

K.S.M : a conçu et supervisé l'étude, rédigé le manuscrit principal et validé la version finale, et a financé ;

M.N.R : a assuré la revue bibliographique, a contribué à la saisie et participé à la mise en forme du document.

N.E : a contribué à l'interprétation des résultats et à la relecture critique du manuscrit.

N.A : a validé la version finale

M.D : a participé à la collecte des données et à l'analyse statistique.

N.K.J : a lu et approuvé la version finale du manuscrit.

P.B : a lu et approuvé la version finale du manuscrit.

H.R : a lu et approuvé la version finale du manuscrit.

N.F : a lu et approuvé la version finale du manuscrit.

ORCID des Auteurs

KONDE S.M: <https://orcid.org/0009-0003-3322-4115>

MABAYA N.R: <https://orcid.org/0008-0003-1363-7066>

NGONDO E.: <https://orcid.org/000-0002-5993-0790>

NZAMBI A.: <https://orcid.org/0009-0002-8722-1676>

MUKE D.: <https://orcid.org/0009-0008-0267-7775>

PANDI B: <https://orcid.org/0009-0006-0211-3596>

HOLENU R: <https://orcid.org/0009-0001-3582-7628>

NLUMBU F: <https://orcid.org/0009-0002-6986-779>

Références bibliographiques

Amuli, J. P., & Ngoma, M. (2019). *Méthodologie de la recherche scientifique en soins de santé*. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa : Document de cours non publié.

Coulibaly, I. H. (2012) & Samaké, O. S. (2013). *Étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0 à 59 mois sur le paludisme dans la commune rurale de Bancoumana*. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1406>

Fomba, A. K. (2019). *Évaluation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide après la campagne de distribution de masse 2018 à Dangassa*. [Thèse de doctorat, USTTB. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/43281>

Maiga, O. (2018). *Place du paludisme dans les étiologies des accès fébriles chez les enfants de 0 à 5 ans, admis au service de pédiatrie de l'hôpital de Tombouctou*. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2011>. Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Paludisme*. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/malaria>

- OMS. (2019). *Enfants de moins de cinq ans : l'OMS recommande moins d'écrans et plus d'activités physiques*. ONU Info. Disponible sur : <https://news.un.org/fr/story/2019/04/1041861>
- OMS. (2020). *République Démocratique du Congo. Sévère Malaria Observatory*. Disponible sur : <https://www.severemalaria.org/fr/pays/r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo>
- Philippe, C. M., Odile, N. N., & Numbi, O. L. (2016). Problématique de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée (MILD) chez les enfants de moins de 5 ans en République Démocratique du Congo. *Pan Afri Med J*, 23, 101. doi:10.11604/pamj.2016.23.101.7050. Médecins sans Frontières. (2021). *Paludisme : la grande tueuse des enfants de moins de 5 ans*. Disponible sur : <https://www.msf.fr/decryptages/paludisme-la-grande-tueuse-des-enfants-de-moins-de-5-ans>
- Sangaré, M. (2013). *Stratégie de lutte contre le paludisme : Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide au sein des ménages de Samé en commune II du district de Bamako*. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1572>
- Sidibé, B. (2011). *Impact du Traitement Préventif Intermittent sur le Paludisme chez les enfants dormants sous Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Dioliba, Cercle de Kati, Mali*. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1174>
- Traoré, M. K. (2014). *Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la survenue du paludisme au sein des ménages de Samé en commune II du district de Bamako*. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/684>