



Connaissances, attitudes et pratiques des femmes ayant accouché face à la politique de gratuité de l'accouchement dans la zone de santé de MATETE, KINSHASA, 2024-2025

Joël Mundadi¹; Bernard Kennedy Nkongolo²; Junior Otshudi¹; Daniel Ishoso³

1. MD, MPH (GPSA), École de Santé Publique, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo
2. MD, MPH (EPINUT), École de Santé Publique, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo
3. MD, MPH, PhD, École de Santé Publique, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Avicenna medical research is licensed under a Creative Commons 4.0 International License.



HISTORIQUE DE L'ARTICLE

Reçu : 11.08.206
Révision finale : 21.09.0
Accepté : 26.09.2026
Publication en ligne : 01.10.2026

MOTS CLÉS

Gratuité, accouchement, connaissances, attitudes, pratiques, barrières

CITATION

Mundadi J, et al. Avicenna Medical Research. 2026;5(3):164-169.

DOI

10.34118/amr.v5i3.4855

R É S U M É

Introduction : La gratuité de l'accouchement vise à améliorer la santé maternelle en réduisant les obstacles financiers. En République Démocratique du Congo (RDC), elle a été adoptée pour diminuer la mortalité maternelle et périnatale. Cette étude visait à décrire les connaissances, attitudes et pratiques des femmes de Matete face à la gratuité de l'accouchement.

Méthodologie : Une étude transversale descriptive a été menée entre janvier 2024 et mai 2025. L'échantillon comprenait 633 femmes ayant accouché durant cette période, sélectionnées par échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés. Les données ont été collectées par interviews structurées à l'aide d'un questionnaire électronique et analysées sous SPSS 25 par statistiques descriptives.

Résultats : Parmi les 633 participantes, 35,9 % avaient entendu parler de la gratuité de l'accouchement. Plus de la moitié (50,3 %) se déclaraient en désaccord avec la gratuité, tandis que 30,8 % exprimaient une position favorable et 18,9 % se disaient neutres. Parmi les femmes favorables (n = 195), 35,9 % étaient insatisfaites et 49,7 % satisfaites. Sur le plan des pratiques, 29,4 % avaient réalisé leurs consultations prénatales dans un établissement offrant la gratuité, tandis que 22,3 % y avaient effectivement accouché. Les principales raisons de non-utilisation étaient la mauvaise sensibilisation (26,2 %), la distance (25,2 %), le long temps d'attente (15,7 %), l'absence d'information (14,8 %) et la mauvaise qualité des soins (12,3 %).

Conclusion : La gratuité de l'accouchement demeure largement méconnue, souvent mal perçue et faiblement utilisée. Le renforcement de la sensibilisation communautaire et l'amélioration de la qualité des services apparaissent indispensables pour accroître l'adhésion et garantir la réduction de la mortalité maternelle en RDC.

1. Introduction

La gratuité de l'accouchement, telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé [1], constitue une politique de santé publique visant à lever les barrières financières qui entravent l'accès des femmes aux soins obstétricaux. Elle s'inscrit dans une stratégie globale de réduction de la mortalité maternelle, particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où les taux demeurent préoccupants [2,3]. Selon le rapport inter-agences publié en 2025, la mortalité maternelle mondiale est estimée à 223 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit plus de 700 femmes qui meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement [4]. Les disparités régionales sont marquées : l'Afrique subsaharienne concentre près de 70 % des décès, tandis que les pays à revenu élevé affichent des taux inférieurs à 10 pour 100 000 naissances vivantes, comme aux États-Unis [5] et en France [6,7]. Les principales causes incluent la pauvreté, l'accès limité aux soins qualifiés, la pénurie de personnel et la faible qualité des services. Dans les contextes défavorisés, les frais d'utilisation des structures de santé obligent les familles à vendre des biens ou à s'endetter, avec des conséquences sociales et économiques durables [8].

Malgré les efforts internationaux portés par les Objectifs du Millénaire pour le Développement puis les Objectifs du Développement Durable, la mortalité maternelle reste élevée. L'ODD3 fixe comme cible de réduire ce taux à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 [9], mais les progrès sont insuffisants et inégalement répartis. En République Démocratique du Congo, la situation demeure critique : en 2021, plus de 6 500 décès maternels ont été enregistrés, dont une majorité hors des structures de santé [10]. Le financement direct des soins par les

patientes constitue une barrière majeure, entraînant des dépenses catastrophiques et poussant certaines femmes à accoucher à domicile dans des conditions précaires. Pour répondre à cette urgence, le gouvernement congolais a lancé en décembre 2023 une stratégie de gratuité de l'accouchement dans le cadre de la Couverture Santé Universelle. Toutefois, l'existence d'une politique de gratuité ne garantit pas son appropriation : son efficacité dépend de la visibilité du dispositif, de la compréhension qu'en ont les femmes et de leur confiance dans les services proposés.

À Kinshasa, plusieurs formations sanitaires appliquent cette politique, ce qui en fait un cadre pertinent pour en apprécier les premières réalités. La présente étude s'est focalisée sur la zone de santé de Matete, caractérisée par une forte demande obstétricale et des vulnérabilités spécifiques. Les données du DHIS2 2025 indiquent que Matete a enregistré 9 509 premières consultations prénatales, 7 120 accouchements et 6 951 accouchements assistés par du personnel qualifié. Elle concentre également 450 complications obstétricales (3,5 % des cas provinciaux) et 482 grossesses à risque détectées (7,3 % des cas recensés dans la province). Ces indicateurs font de Matete un terrain d'étude privilégié pour analyser l'appropriation réelle de la gratuité de l'accouchement dans un contexte urbain marqué par des inégalités sociales et des obstacles persistants. Très peu de travaux documentent les pratiques des femmes face à cette politique, notamment en ce qui concerne l'utilisation effective des structures, le recours éventuel à des paiements additionnels ou les motifs de non-utilisation. La présente recherche visait donc à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes de Matete face à la gratuité de l'accouchement, afin de mieux comprendre les

conditions de son efficacité et les défis à relever pour atteindre les objectifs fixés.

2. Méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, conduite au niveau communautaire dans la zone de santé de Matete, ville de Kinshasa. L'enquête a porté sur les femmes ayant accouché entre le 1er janvier 2024 et le 31 mai 2025, période correspondant à la mise en œuvre de la politique de gratuité de l'accouchement.

2.2 Cadre d'étude

La zone de santé de Matete est l'une des 35 zones de santé de Kinshasa. Elle est de caractère urbain et comprend 13 aires de santé : Dondo, Loeka, Lubefu, Lukunga, Lumumba, Lunionzo, Malemba, Maziba, Mbomb Ipoko, Sankuru, Sumbuku, Totaka et Vivi. Ce site a été retenu en raison de sa forte activité obstétricale et de son implication dans la mise en œuvre de la gratuité. Les données du SNIS/DHIS2 (2025) rapportent 9 509 premières consultations prénatales, 7 120 accouchements, dont 6 951 assistés par du personnel qualifié, ainsi que 450 complications obstétricales et 482 grossesses à risque détectées. Ces indicateurs confirment la pertinence de Matete comme terrain d'étude.

2.3 Population et critères de sélection

La population cible était constituée des femmes ayant accouché entre janvier 2024 et mai 2025 et résidant dans la Zone de Santé de Matete, indépendamment de leur recours effectif à un établissement appliquant la politique de gratuité de l'accouchement.

Critères d'inclusion : femmes ayant accouché entre janvier 2024 et mai 2025, résidant dans la Zone de Santé de Matete et ayant donné un consentement libre et éclairé.

Critères de non-inclusion : femmes présentant une maladie ou un problème de santé empêchant une communication adéquate au moment de l'enquête.

2.4 Échantillonnage

Unité statistique : une femme ayant accouché durant la période d'étude et résidant dans la Zone de Santé de Matete.

La taille minimale de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz : $n = Z^2 \times p \times (1 - p) / d^2$, avec $Z = 1,96$ pour un niveau de confiance de 95 %, $p = 0,50$ en l'absence de données locales fiables et $d = 0,05$ comme précision souhaitée. Le choix de $p = 0,50$ maximise la variance et garantit une taille d'échantillon conservatrice.

Le calcul a donné $n \approx 384$. Après majoration de 10 % pour anticiper les non-réponses, la taille ajustée était de 422. Un effet de grappe (DEFF = 1,5) a ensuite été appliqué afin de tenir compte de la structure hiérarchique des données et de la corrélation intra-grappe, portant la taille finale à 633 participantes.

Technique d'échantillonnage : un échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés a été utilisé.

Premier degré : sélection de 6 aires de santé par tirage aléatoire simple parmi les 13 existantes.

Deuxième degré : dans chaque aire retenue, 4 avenues ont été choisies aléatoirement.

Troisième degré : un relevé parcellaire exhaustif a permis d'identifier 2 450 ménages éligibles. Les ménages ont été sélectionnés par sondage systématique avec un intervalle de sondage $k = N/n = 2450/633 \approx 4$.

Quatrième degré : dans chaque ménage sélectionné, une seule femme éligible a été retenue par tirage aléatoire (méthode de Kish).

2.5 Définitions opérationnelles et variables d'intérêt

Les principales variables étudiées concernaient quatre dimensions.

Caractéristiques sociodémographiques : âge, nombre d'enfants, niveau d'étude, état civil, religion et occupation.

Connaissances : avoir entendu parler de la gratuité de l'accouchement, identification des canaux d'information et connaissance des services inclus.

Attitudes : opinion générale vis-à-vis de la gratuité, mesurée à l'aide d'une échelle de type Likert, ainsi que le niveau de satisfaction déclaré par les participantes.

Pratiques : choix de la consultation prénatale (CPN) et de l'accouchement dans les ESS offrant la gratuité, recours éventuel à des services supplémentaires, type de voie d'accouchement et raisons de non-utilisation des services gratuits.

Il convient de préciser que l'étude n'a pas construit de scores composites pour les connaissances, attitudes ou pratiques. Aucun seuil de classification n'a été défini pour distinguer des niveaux « élevés » ou « faibles ». L'approche retenue était purement descriptive, visant à documenter les comportements et perceptions des femmes face à la politique de gratuité de l'accouchement, sans procéder à une évaluation normative des CAP. Cette orientation méthodologique permet de restituer fidèlement la diversité des réponses recueillies, tout en évitant les biais liés à une catégorisation arbitraire.

2.6 Collecte de données

Techniques de collecte : les données ont été recueillies par interviews structurées à l'aide d'un questionnaire électronique programmé sur KoboCollect. Les questions étaient fermées et portaient sur les variables d'intérêt.

Déroulement de la collecte : les enquêteurs, formés à l'utilisation des smartphones Android et sélectionnés pour leur intégrité et courtoisie, ont visité les ménages retenus et mené des interviews en face-à-face. La durée moyenne de l'entretien était de 20 minutes. La supervision directe et la transmission en temps réel vers un serveur ont permis un contrôle qualité continu.

2.7 Traitement et analyse des données

Les données ont été téléchargées du serveur, nettoyées puis analysées avec SPSS version 25. Les variables quantitatives ont été décrites par la médiane et l'écart interquartile (EIQ), compte tenu de leur distribution non normale. Les variables catégorielles ont été présentées sous forme d'effectifs et de proportions. Un double contrôle de qualité a été appliqué afin de limiter les erreurs de saisie et de renforcer la validité interne des données.

2.8 Considérations éthiques

L'étude a obtenu l'approbation du Comité d'Éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa (référence ESP/CE/112/2025). Les autorités de la zone de santé de Matete ont été informées et ont donné leur autorisation. Les participantes ont reçu une explication claire des objectifs et modalités de l'étude, ainsi que des bénéfices et contraintes (notamment la durée de l'entretien). Le consentement libre et éclairé a été obtenu par signature ou empreinte digitale. La confidentialité et l'anonymat des données ont été strictement respectés.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes (n = 633)

Ce tableau décrit le profil sociodémographique des participantes. L'âge médian des femmes était de 28 ans, avec une majorité dans la tranche de 25–29 ans (26,4 %). Les enfants avaient un âge médian de 9 mois, et la tranche de 7–12 mois était la plus représentée (38,1 %). La plupart des femmes avaient 1 à 2 enfants (48,5 %). Sur le plan éducatif, 65,2 % avaient atteint le niveau secondaire, tandis que 30,7 % avaient un niveau universitaire. Concernant l'état civil, près de la moitié vivaient en union de fait (47,9 %). La religion évangélique dominait (54,6 %), suivie du catholicisme (28,2 %). Enfin, 38,8 % des femmes étaient sans emploi, ce qui traduit une vulnérabilité socio-économique importante ; 80,1 % avaient accouché par voie basse (Tableau I).

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques des participantes (n = 633).

Variable et modalités	Effectif	Pourcentage (%)	Médiane (EIQ)
Âge des femmes (années)			28 (8,5)
Âge des enfants (mois)			9 (8)
Nombre d'enfants (global)			3 (3)
Tranche d'âge des mères			
15–19 ans	23	3,6	
20–24 ans	107	16,9	
25–29 ans	167	26,4	
30–34 ans	116	18,3	
35–39 ans	73	11,5	
≥ 40 ans	147	23,2	
Tranche d'âge des enfants			
< 1 mois	117	18,5	
1–6 mois	204	32,2	
7–12 mois	241	38,1	
13–17 mois	71	11,2	
Nombre d'enfants			
1–2	307	48,5	
3–4	220	34,8	
5–6	82	12,9	
> 6	24	3,8	
Niveau d'étude			
Primaire	25	4,0	
Secondaire	413	65,2	
Universitaire	195	30,8	
État civil			
Union de fait	303	47,9	
Célibataire	199	31,5	
Marié(e)	111	17,6	
Divorcé(e)	19	3,0	
Religion			
Évangélique/ERC	345	54,6	
Catholique	179	28,3	
Méthodiste	49	7,7	
Musulmane	34	5,4	
Animiste / sans religion	26	4,1	
Occupation			
Sans emploi	246	38,9	
Indépendante	222	35	
Étudiante	58	9,2	
Employée privée	55	8,7	
Employée publique	52	8,2	
Voie d'accouchement (population totale, n = 633)			
Césarienne	126	19,9	
Voie basse	507	80,1	

EIQ : écart interquartile. Les pourcentages sont calculés sur n = 633, sauf indication contraire.

3.2 Connaissances des femmes sur la gratuité de l'accouchement

Les résultats mettent en évidence une faible visibilité de la politique de gratuité : seulement 35,9 % des femmes déclaraient en avoir entendu parler. Les principaux canaux d'information étaient la radio/TV/médias (68,7 %), le bouche à oreille (68,7 %)

et l'hôpital (67,8 %). Le personnel soignant et les relais communautaires étaient moins fréquemment cités (45,4 %).

Concernant la connaissance des services inclus, 39,5 % des femmes savaient que certains soins étaient couverts. Parmi elles, l'accouchement était le service le plus mentionné (94,4 %), suivi de la consultation prénatale (61,8 %) (Tableau II).

Tableau II. Connaissances des femmes sur la gratuité de l'accouchement.

Connaissances sur la gratuité	Effectif	Pourcentage (%)
Avoir entendu parler de la gratuité (n = 633)	227	35,9
Canaux d'information (n = 227)		
Radio / TV / médias	156	68,7
Bouche à oreille	156	68,7
Hôpital	154	67,8
Personnel soignant / Autres	103	45,4
Connaissance des services inclus (n = 633)	250	39,5
Liste des services inclus (n = 250)		
Accouchement	236	94,4
Consultation prénatale	155	61,8
Soins post-partum	48	19,0
Pharmacie	38	15,2

Les dénominateurs sont indiqués dans le tableau. Pour les canaux d'information et les services cités, plusieurs réponses pouvaient être rapportées ; les pourcentages peuvent donc dépasser 100 %.

3.3 Attitudes des femmes face à la gratuité

L'attitude des femmes face à la gratuité apparaît fortement polarisée : Plus de la moitié des femmes (50,3 %) se déclaraient en

désaccord avec la gratuité, tandis que 30,8 % exprimaient une position favorable et 18,9 % se disaient neutres. Parmi celles favorables (n = 195), la satisfaction était contrastée, avec 35,9 % insatisfaites et 49,7 % satisfaites. (Tableau III) .

Tableau III. Attitudes des femmes face à la gratuité de l'accouchement.

Attitudes	Effectif	Pourcentage (%)
Accord avec la gratuité (n = 633)		
Totalement en désaccord	5	0,8
Plutôt en désaccord	313	49,5
Neutre	120	18,9
Plutôt d'accord	104	16,4
Totalement d'accord	91	14,4
Satisfaction (n = 195)		
Très insatisfaite	65	33,3
Insatisfaite	5	2,6
Neutre	28	14,4
Satisfaite	30	15,4
Très satisfaite	67	34,3

3.4 Pratiques des femmes face à la gratuité

Les pratiques révèlent une utilisation restreinte des services gratuits. Parmi les 633 participantes, 29,4 % avaient réalisé leurs consultations prénatales dans un établissement offrant la gratuité et 22,3 % y avaient accouché.

Parmi les bénéficiaires (n = 141), 71,6 % avaient recouru à des services supplémentaires payants. Les services les plus fréquents étaient les médicaments spécifiques (54,5 %) et les analyses médicales supplémentaires (51,5 %), suivis des consultations prénatales privées (29,7 %) et des chambres personnelles (14,9 %) (Tableau IV).

Tableau IV. Pratiques des femmes face à la gratuité de l'accouchement.

Pratiques	Effectif	Pourcentage (%)
Choix de CPN dans ESS gratuits (n = 633)	186	29,4
Choix d'accouchement dans ESS gratuits (n = 633)	141	22,3
Utilisation de services supplémentaires (n = 141)	101	71,6
Types de services supplémentaires (n = 101)		
Médicaments spécifiques	55	54,5
Analyses médicales supplémentaires	52	51,5
Consultation prénatale privée	30	29,7
Chambre personnelle	15	14,9

Pour les types de services supplémentaires, plusieurs réponses pouvaient être rapportées ; les pourcentages peuvent donc dépasser 100 %.

3.5 Raisons de non-utilisation des services gratuits (n = 492)

Les principales raisons évoquées par les femmes pour ne pas recourir aux services gratuits étaient la mauvaise sensibilisation (26,2 %), la distance (25,2 %), le long temps d'attente (15,7 %),

l'absence d'information (14,8 %) et la mauvaise qualité des soins (12,3 %). Ces obstacles révèlent que la gratuité, bien que disponible, reste entravée par des facteurs organisationnels, logistiques et communicationnels (Tableau V)

Tableau V. Principales raisons de non-utilisation des services gratuits (n = 492).

Raisons de non-utilisation	Effectif (n = 492)	Pourcentage (%)
Mauvaise sensibilisation	129	26,2
Distance	124	25,2
Long temps d'attente	77	15,7
Absence d'information	73	14,8
Mauvaise qualité des soins	61	12,3

Les principales raisons rapportées sont présentées ; les pourcentages utilisent n = 492 comme dénominateur.

4. Discussion

4.1 Résultats clés

Cette étude visait à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des femmes ayant accouché entre janvier 2024 et mai 2025 dans la zone de santé de Matete, face à la politique de gratuité de l'accouchement. L'âge médian des participantes était de 28 ans, ce qui correspond aux données rapportées dans d'autres études urbaines menées à Kinshasa. La majorité des femmes avaient atteint le niveau secondaire (65,2 %), confirmant que l'éducation joue un rôle déterminant dans l'accès et la compréhension des soins. Toutefois, près de 39 % étaient sans emploi, traduisant une vulnérabilité socio-économique susceptible d'influencer leur recours aux services de santé. Sur le plan des connaissances, seulement 35,9 % des femmes avaient entendu parler de la gratuité et 39,5 % savaient que certains services étaient couverts. Parmi elles, l'accouchement était le plus cité (94,4 %), suivi de la consultation prénatale (61,8 %), alors que les soins post-partum (19,0 %) et la pharmacie (15,2 %) restaient largement méconnus. Concernant la voie d'accouchement, 19,9 % des femmes avaient subi une césarienne et 80,1 % avaient accouché par voie basse.

Les attitudes étaient polarisées : Plus de la moitié des femmes (50,3 %) se déclaraient en désaccord avec la gratuité, tandis que 30,8 % exprimaient une position favorable et 18,9 % se disaient neutres. Parmi celles favorables (n = 195), la satisfaction était contrastée, avec 35,9 % insatisfaites et 49,7 % satisfaites. Les pratiques confirmaient une appropriation limitée : 29,4 % avaient fréquenté les ESS pour la CPN et 22,3 % y avaient accouché. Parmi les bénéficiaires, 71,6 % avaient recouru à des services supplémentaires payants, principalement les médicaments spécifiques (54,5 %) et les analyses médicales (51,5 %). Enfin, les raisons de non-utilisation des services gratuits (n = 492) étaient dominées par la mauvaise sensibilisation (26,2 %) et la distance (25,2 %), suivies du temps d'attente (15,7 %), de l'absence d'information (14,8 %) et de la mauvaise qualité des soins (12,3 %). Ces résultats traduisent une adhésion limitée, entravée par un déficit de communication, une perception mitigée de la qualité et la persistance de coûts cachés.

4.2 Connaissances des femmes sur la gratuité de l'accouchement

La proportion de femmes ayant entendu parler de la gratuité (35,9 %) demeure faible, traduisant un déficit majeur de communication. Ce constat rejoint les observations faites en RDC et en Afrique de l'Ouest, où la méconnaissance des droits constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins [18]. Les principaux canaux d'information étaient la radio/TV/médias (68,7 %), le bouche à oreille (68,7 %) et l'hôpital (67,8 %), tandis que le personnel soignant et les relais communautaires étaient moins cités (45,4 %). Cette situation contraste avec d'autres études où les agents de santé étaient les vecteurs principaux d'information [19].

Concernant la connaissance des services inclus, seulement 39,5 % des femmes savaient que certains soins étaient couverts. Parmi elles, l'accouchement était le service le plus mentionné (94,4 %), suivi de la consultation prénatale (61,8 %), alors que les soins post-partum (19,0 %) et la pharmacie (15,2 %) restaient largement méconnus. Cette lacune est préoccupante, car elle limite l'utilisation des services disponibles et peut entraîner des dépenses imprévues. Le Centre de Recherche Patrick Kayembe souligne que la faible accessibilité à l'information sur les services couverts constitue un obstacle majeur à l'utilisation des soins [20]. L'absence de communication claire sur les critères d'éligibilité engendre frustration et perte de confiance [20–22].

4.3 Attitudes des femmes face à la gratuité

Les attitudes des femmes étaient globalement mitigées. Plus de la moitié des femmes (50,3 %) se déclaraient en désaccord avec la gratuité, tandis que 30,8 % exprimaient une position favorable et 18,9 % se disaient neutres. Parmi celles favorables (n = 195), la satisfaction était contrastée, avec 35,9 % insatisfaites et 49,7

% satisfaites. Ces résultats traduisent une perception ambivalente, marquée par la méfiance et la déception.

Cette insatisfaction est cohérente avec les constats de la Revue Congolaise des Sciences et Technologies (RCST, 2025), qui rapporte que la gratuité est souvent associée à une surcharge du personnel, des ruptures de stock et une baisse de qualité des soins [24]. De même, DW Afrique (2025) souligne que le manque de financement et d'infrastructures contribue à une expérience négative pour les bénéficiaires [26]. La perception que la gratuité dégrade la qualité des soins est également relevée dans d'autres contextes africains [18,23]. Ces résultats suggèrent que la réussite de la gratuité dépend non seulement de son existence, mais aussi de la qualité de sa mise en œuvre et de la transparence du dispositif.

4.4 Pratiques des femmes face à la gratuité et raisons de non-utilisation

Les pratiques observées confirment une faible adhésion au dispositif. Seules 29,4 % des femmes avaient fréquenté les ESS pour la consultation prénatale et 22,3 % y avaient accouché. Parmi les bénéficiaires (n = 141), une proportion élevée (71,6 %) avait recouru à des services supplémentaires payants, notamment les médicaments (54,5 %) et les analyses médicales (51,5 %), suivis des consultations prénatales privées (29,7 %) et des chambres personnelles (14,9 %). Ce phénomène de coûts cachés est largement documenté et compromet la confiance dans le système [24]. Concernant la voie d'accouchement dans l'ensemble de la population (n = 633), 19,9 % des femmes avaient subi une césarienne et 80,1 % avaient accouché par voie basse, ce qui reste conforme aux données rapportées par l'IRD sur la gratuité de la césarienne [28]. Les raisons de non-utilisation des services gratuits (n = 492) étaient principalement la mauvaise sensibilisation (26,2 %) et la distance (25,2 %), suivies du long temps d'attente (15,7 %), de l'absence d'information (14,8 %) et de la mauvaise qualité des soins (12,3 %). Ces obstacles confirment que la gratuité, bien que disponible, reste entravée par des facteurs organisationnels et communicationnels. Le PNUD (2022) insiste sur le rôle des agents de santé, souvent mal préparés à informer les patientes [21]. L'absence de sensibilisation lors des consultations prénatales constitue une lacune majeure, privant les femmes d'un canal direct et fiable [26].

Dans l'ensemble, cette étude montre que la gratuité de l'accouchement à Matete n'a pas été pleinement appropriée par les femmes. Les connaissances limitées, les attitudes polarisées, les pratiques sélectives et les obstacles persistants révèlent que la politique, bien qu'ambitieuse, souffre d'un déficit de communication, de transparence et de qualité de mise en œuvre. Les divergences avec les résultats observés dans d'autres contextes [25] suggèrent que l'efficacité de la gratuité dépend fortement du contexte local et de l'organisation des services. Pour améliorer son impact réel sur la santé maternelle, il est nécessaire de renforcer la sensibilisation communautaire, d'assurer une qualité constante des soins, de réduire les coûts cachés et de mettre en place une organisation efficace des structures de santé.

4.5 Forces et limites de l'étude

Cette étude présente des forces et des limites qu'il convient de considérer pour apprécier la portée de ses résultats.

Parmi les limites, on note un biais de déclaration, lié au fait que les données reposent sur les réponses des participantes, exposant l'analyse à des biais de désirabilité sociale. Le biais de mémorisation (recall bias) est également important : les femmes ayant accouché au début de la période d'observation (janvier 2024) ont été interrogées plus d'un an après leur expérience, ce qui a pu altérer la précision de leurs réponses et réduire la fiabilité des estimations. De plus, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir de relations causales entre les variables, limitant la profondeur des conclusions. Enfin, l'accès inégal à l'information

sur la gratuité de l'accouchement a pu influencer négativement les perceptions et réduire la précision des estimations.

Parmi les forces, à notre connaissance, cette étude apporte des données encore peu documentées à Kinshasa sur la gratuité de l'accouchement. L'utilisation d'un échantillonnage probabiliste renforce la validité externe et permet de généraliser les résultats à l'ensemble de la zone de santé de Matete. Enfin, l'approche intégrée des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) offre une lecture complète des comportements des femmes face à la gratuité, fournissant une base solide pour la planification sanitaire et l'amélioration des politiques publiques.

5. Conclusion

Cette étude révèle que la gratuité de l'accouchement à Matete reste peu connue, imparfaitement comprise et faiblement utilisée, limitant son impact réel sur la santé maternelle. Pour que cette politique devienne une véritable réponse aux besoins des femmes, il est essentiel de renforcer la sensibilisation, d'améliorer la qualité des soins et de garantir l'application effective du principe de gratuité. Ce n'est qu'à ces conditions que la mesure pourra évoluer d'une réforme institutionnelle vers un levier concret d'amélioration de la santé publique.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes ayant contribué à la conception, à la collecte, à l'analyse et à l'interprétation des données, ainsi qu'à la rédaction et à la révision du manuscrit. Une gratitude particulière est adressée aux participantes et aux équipes de santé de Matete pour leur collaboration.

Disclaimer

Les opinions exprimées dans cet article sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Université de Kinshasa ou de la Kinshasa School of Public Health.

Déclaration éthique

L'étude a reçu l'approbation du Comité d'Éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa (Réf. ESP/CE/112/2025). Un consentement éclairé écrit a été obtenu auprès de toutes les participantes.

Disponibilité des données

Les données utilisées et analysées au cours de cette étude sont disponibles auprès de l'auteur correspondant sur demande raisonnable.

Financement

Cette recherche n'a reçu aucun financement externe. Elle a été réalisée grâce aux ressources internes mobilisées par les chercheurs.

Contributions des auteurs

Joël Mundadi¹ : Élaboration du protocole, collecte des données et rédaction du manuscrit.

Bernard Kennedy Nkongolo² : Rédaction et lecture critique du manuscrit.

Junior Otshudi¹ : Appui à la collecte des données et participation à la rédaction.

Daniel Ishoso³ : Facilitation, supervision et validation du protocole et du manuscrit.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs ont complété le formulaire ICMJE de déclaration d'intérêts (disponible sur demande auprès de l'auteur correspondant) et déclarent n'avoir aucun intérêt en lien avec cette étude

Références

- Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. Les politiques de gratuité : opportunités et risques en marche vers la couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2017.
- Shirin S. Knowledge, attitude and practice of maternal health care amongst married women in a rural area of Bangladesh. Ibrahim Med Coll J. 2005;5(1):13–6.
- Université des Sciences et Techniques. Étude de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique au CHU Point G, Bamako; 2024.
- Richard F, Witter S, De Brouwere V. Obstetric care in low-resource countries: time to act! Stud Health Serv Organ Policy. 2008;9(12):13–24.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Maternal Mortality in the United States, 2023. Atlanta; 2024.
- Institut National d'Études Démographiques (INED). La mortalité maternelle en France : tendances et enjeux. Paris; 2023.
- Organisation mondiale de la Santé. Maternal Mortality in High-Income Countries: France Case Study. Genève; 2023.
- Banque mondiale. Catastrophic Health Expenditure and Maternal Health. Washington DC; 2022.
- Nations Unies. Sustainable Development Goals Report 2024. New York; 2024.
- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (RDC). Rapport annuel sur la santé maternelle en RDC, 2021. Kinshasa; 2022.

- World Health Organization. Comparative pilot study of methods for assessing routine vaccine coverage in DRC and CAR. Genève; 2024.
- Luyat M, Domino D, Noël M. Perception des femmes sur la qualité des soins obstétricaux en milieu urbain à Kinshasa. Rev Afr Med Sci. 2008;6(4):247–50.
- Feirouz A, Sdiri Y, Cherifi E, et al. Déterminants de la mortalité néonatale précoce dans une maternité de type 3 : à propos de 150 cas. Tunis Med. 2021;13(2):45–52.
- Bamako DES. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes face à la prévention du cancer du col de l'utérus. Rev Malienne Santé Publique. 2023;5(1):33–41.
- Téfoet O. Déterminants de l'accès aux soins post-partum au Cameroun. Afr J Reprod Health. 2019;23(4):88–96.
- Saizonou J, Makoutodé P, Mongbo V, Affo A, et al. Déterminants de l'utilisation des services de planification familiale en post-partum au Bénin. Rev Afr Sci Santé Publique. 2021;3(1):22–30.
- Institut Supérieur des Techniques Médicales de Goma. Étude sur le chômage féminin à Rutshuru. Goma; 2022.
- FemHealth. La gratuité des accouchements et des césariennes en Afrique de l'Ouest et au Maroc : résultats et leçons. FemHealth Report. 2014;1–4.
- Prual A, et al. Connaissances et pratiques des gestantes sur la CPN. Rev Méd Afr. 2014;12(3):45–52.
- Kayembe P. Évaluer l'efficacité du programme de gratuité de la maternité. Centre de Recherche Patrick Kayembe; 2025. Disponible sur: <https://crpk.org/evaluer-lefficacite-du-programme-de-gratuite-de-la-maternite>
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Rapport sur le rôle des agents de santé dans la sensibilisation. New York; 2022.
- République Démocratique du Congo. Rapport national sur la gratuité des soins. Kinshasa; 2023.
- Reque I. Gratuité des soins en Afrique subsaharienne : en finir avec certaines idées reçues. Santé Publique. 2012;7(6):201–3.
- Fiston NM, Désiré BM, Guy EO, et al. Gratuité et qualité des soins obstétricaux en RDC. Rev Congol Sci Technol. 2025;4(3):334–41.
- Hiombo P, Shongo YA. La gratuité de la maternité au centre hospitalier de Ngiri-Ngiri : enjeux et perspectives. Mouv Enjeux Soc. 2023;1:22–30.
- DW Afrique. RDC : gratuité de la maternité et santé des femmes. Deutsche Welle; 2025. Disponible sur: <https://www.dw.com/fr/rdc-gratuite-maternite-accouchement-sante-femmes/a-69771707>
- UNFPA RDC. Lancement de la gratuité des accouchements en RDC. UNFPA; 2025. Disponible sur: <https://drc.unfpa.org/fr/news/lancement-de-la-gratuite-C3%A9-des-accouchements-en-rdc>
- Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Gratuité de la césarienne : plus d'accès mais pas moins d'inégalités. IRD Le Mag; 2025. Disponible sur: <https://lemag.ird.fr/fr/gratuite-de-la-cesarienne-plus-dacces-mais-pas-moins-dinegalites>