

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

UNIVERSITE DE LUBUMBASHI

Ecole de Santé Publique

B.P 1825

LUBUMBASHI



DETERMINANTS DES ACCOUCHEMENTS NON INSTITUTIONNELS

DANS LA ZONE DE SANTE DE LIBENGE

Par: LOMENDJE OKASO Gustave
Docteur en médecine

Mémoire présenté et défendu en vue de
l'obtention du Diplôme d'Etudes
Approfondies en Santé Publique

Option : Santé Développement et Management
des services de santé

ANNEE ACADEMIQUE 2017- 2018

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

UNIVERSITE DE LUBUMBASHI

Ecole de Santé Publique

B.P 1825

LUBUMBASHI



DETERMINANTS DES ACCOUCHEMENTS NON INSTITUTIONNELS

DANS LA ZONE DE SANTE DE LIBENGE

Par: LOMENDJE OKASO Gustave
Docteur en médecine

Mémoire présenté et défendu en vue de
l'obtention du Diplôme d'Etudes
Approfondies en Santé Publique

Option : Santé Développement et Management
des services de santé

Directeur: **MALONGA KAJ Françoise**
Professeur Ordinaire

Co-directeur: **NTAMBUE M. Abel**
Professeur associé

ANNEE ACADEMIQUE 2017- 2018

DEDICACE

A toi Jésus-Christ le même hier, aujourd'hui et pour toujours, Tu as multiplié Tes merveilles et tes desseins en notre faveur, reçois la gloire et la puissance aux siècles de siècles.

A mes chers parents, papa Joseph LOTOKOLA OKASO et maman Helene ONGENDA SOMBO. Vous avez été pour nous le prototype de la sincérité, de la dignité, de l'honneur. Puisse Dieu vous donner une longue vie.

A ma très chère et pieuse épouse, Nathalie MBOYO MALUBUNGI, qui éclaire ma vie au quotidien, tu as toujours donné le meilleur de toi pour le bonheur de toute la famille. Voici le fruit de tes sacrifices, ton amour et ta persévérance.

A mes bénédictions et enfants Winner LOMENDJE LOTOKOLA, Gabriella LOMENDJE OMBA et Gofe LOMENDJE SHAKO, voici un bel exemple à suivre et vous exhorte à faire mieux que papa.

Je dédie ce travail.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail et de formation à l'Ecole de Santé Publique de l'université de Lubumbashi, nous remercions Jésus christ notre Dieu, pour son amour et sa grâce qu'il a accordé à notre famille.

Nous remercions particulièrement le professeur MALONGA KAJ, qui malgré son temps précieux a manifesté sa volonté pour diriger ce travail. Sa rigueur scientifique, simplicité et surtout son sens élevé du devoir nous impose l'estime et l'admiration. Nous sommes fiers d'avoir appris à votre côté.

Nos remerciements s'adressent également au professeur Abel NTAMBUE, qui malgré ces multiples occupations a accepté de transmettre son savoir et sa connaissance pour la réussite de ce travail.

Nous remercions tout le corps académique de l'Ecole de Santé publique de Lubumbashi. En vous, nous avons trouvé l'amour du travail bien fait, toute notre profonde gratitude.

Nous remercions également tous les membres de RIPSEC pour avoir trouvé intérêt à cette recherche et accepter de financer à une hauteur acceptable pour la réussite de ce travail.

Nous remercions nos aînés, CT Clarence MUKENG, CT Simon KANDOLO, CT Pascal KIMBA et CT Angèle MUSAU pour ses contributions combien indispensables dans la réalisation de ce travail.

Nous tenons tout particulièrement à remercier mes frères Pierre OLENGA OKASO, Dr Jean Claude OTOMBA, Eddy KANANGILA et mon fils Osé NKOY, qui ont plus assuré le soutien affectif pour la réussite de ce travail.

Nous remercions tous les collègues apprenants de 13^{ème} promotion DEA pour la compagnie, les échanges et les remarques constructives qui nous ont aidés à nous façonner et à nous améliorer au fil du temps.

Enfin, nous remercions tous nos frères et sœurs en Christ, beaux-frères, cousins et neveux ainsi qu'à tous nos amis et connaissances, qui de près ou de loin avaient apporté un soutien à la réalisation de ce travail.

LOMENDJE OKASO Gustave

LISTE DES ABREVIATIONS

AE	: Absence d'événement
AS	: Aire de Santé
CECU	: Communauté Evangélique du Christ de l'Ubangi
CPN	: Consultation prénatale
CS	: Centre de Santé
CT	: Chefs des travaux
DEA	: Diplôme d'étude approfondie
EDS	: Enquête démographique et sanitaire
ESP	: Ecole de Santé Publique
FC	: Franc Congolais
FNUAP	: Fond des Nations Unies pour la population
FOSA	: Formation sanitaire
IC	: Intervalle de confiance
Km	: Kilomètre
Max	: Maximum
Min	: Minimum
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PAO	: Plan d'action opérationnelle
%	: Pourcentage
TV	: Toucher vaginal
RBP	: Recommandations de bonne pratique
RCF	: Rythme cardiaque fœtal
RDC	: République Démocratique du Congo
RIPSEC	: Renforcement institutionnel des politiques de santé basée sur l'évidence en RDC
RP	: Rapport de prévalence
SA	: Semaine d'aménorrhée
SOGC	: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
UNHCR	: Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	: Fond des Nations Unies pour l'enfance
ZS	: Zone de Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	: Population de la Zone de Santé de Libenge en 2017.....	13
Tableau II	: Evolution de l'accouchement assisté dans la Zone de Santé de 2012- 2017.....	14
Tableau III	: Accessibilité géographique de la population de l'Aire de Santé.....	15
Tableau IV	: Répartition des participantes selon les caractéristiques sociodémographique.....	18
Tableau V	: Répartition des chefs de ménage selon les caractéristiques sociodémographiques.....	20
Tableau VI	: Répartition des participantes selon les caractéristiques socioéconomiques..	21
Tableau VII	: Répartition des participantes selon la fréquence des visites des consultations prénatales et le lieu d'accouchement.....	22
Tableau VIII	: Répartition des participantes selon le prix d'accouchement dans les formations sanitaire.....	23
Tableau IX	: Répartition des participantes selon la modalité de paiement.....	23
Tableau X	: Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	24
Tableau XI	: Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage.....	26
Tableau XII	: Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des caractéristiques socioéconomiques des participantes.....	27
Tableau XIII	: Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des suivis des consultations prénatales.....	28
Tableau XIV	: Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction de modalité de paiement dans la Zone de Santé	29

LISTE DES FIGURES

Figure.1 : Répartition des participantes selon la distance entre le domicile et la formation sanitaire.....	26
Figure.2 : Répartition des participantes selon le suivi des consultations prénatales.....	28
Figure.3 : Répartition des participantes selon le lieu d'accouchement.....	39

RESUME

Introduction

Dans la Zone de Santé de Libenge, la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié est faible soit 42,7% en 2017. L'objectif de cette étude était d'identifier les déterminants des accouchements non institutionnels dans la Zone de Santé de Libenge.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude mixte : transversale à visée analytique et phénoménologique, qui a été réalisée de janvier à juin 2018, sur 400 femmes et 4 focus group dans la Zone de Santé de Libenge. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire structuré pour l'aspect quantitatif et semi structuré pour l'aspect qualitatif. Les encodages et analyses ont été effectuées à l'aide de logiciel Epi-Info version 7.2, ATLAS ti 6 et Excel. Nous avons calculé les rapports de prévalences(RP) et leur intervalle de confiance à 95 %. Le seuil de signification de différentes comparaisons était de 5%.

Résultats

La proportion des accouchements non institutionnels était de 47,7%. Le taux d'accouchement non institutionnel était significativement lié à : la distance entre le domicile et la formation sanitaire au-delà de 5km (RP =2,9; IC 95% [2,3; 3,7]), les participantes sans niveau d'étude (RP =1,6 ; IC 95% [1,1 ; 2,6]), chef de ménage vendeur au marché (RP =2.0 ; IC 95% [1,1 ; 3,2]), l'absence des consultations prénatales(RP =1,5; IC 95% [4,3 ; 7,9]), et enfin la notion des concurrences des femmes à la maternité et pendant la sortie.

Conclusion

Toutes les gestantes devraient accoucher sous surveillance d'un personnel qualifié. Améliorer l'accessibilité géographique et financière ; sensibiliser les gestantes au cours des séances de CPN et l'implication des partenaires masculin pourraient améliorer le taux des accouchements institutionnels dans la Zone de Santé de Libenge.

Mots clés : Accouchements non institutionnels, déterminants.

INTRODUCTION

1. Enoncé du Problème

L'assistance qualifiée à l'accouchement est définie comme : « Un partenariat de personnel qualifié (capable de prendre en charge des accouchements normaux et compliqués). Un environnement adéquat avec l'équipement les fournitures les médicaments et le transport en cas de référence » (Wendy et al., 2001).

De même, la déclaration commune de l'OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale, de 1999, soutient que le terme "accoucheur(se) qualifié(e)" désigne exclusivement des personnes ayant des compétences obstétricales (par exemple des médecins, des sages-femmes ou des infirmiers) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer, prendre en charge ou transférer des complications obstétricales (Nations Unies,1999).

Les données historiques montrent que les pays ayant réussi à réduire leur mortalité maternelle sont ceux qui ont réussi à assurer l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans un centre de santé approprié. Dans les pays à faible revenu, il y a une relation inversement proportionnelle entre les accouchements par un personnel de santé qualifié et la mortalité maternelle : plus il y a d'accouchements assistés par du personnel qualifié, moins il y a de décès maternels (UNFPA, 2004).

Au niveau mondial, les femmes issues des 20 % de ménages les plus riches sont toujours deux fois plus susceptibles de disposer de personnel qualifié lors de leur accouchement que les femmes issues des 20 % de ménages les plus pauvres (UNICEF,2015).Au niveau régional, des disparités flagrantes existent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne en matière de soins prénatals et d'assistance à l'accouchement par le personnel qualifié (UNICEF, 2016).

Dans les pays à faible revenu, la plupart des femmes accouchent chez elles pour certaines raisons. Les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse et l'accouchement sont notamment la pauvreté, la distance, le manque d'informations, l'inadéquation des services et les pratiques culturelles, ...(OMS, 2016).

En Afrique, durant l'accouchement les familles tardent à faire appel à une sagefemme qualifiée et en cas de complication l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est évité ou retardé en raison des pressions exercées par les proches et d'une compréhension limitée des complications potentielles liées à l'accouchement (Ullmann, 2009). Ces risques sont encore accrus chez les primipares dans les pays en raison de la pauvreté, de l'utilisation insuffisante des soins prénatals, du manque du nombre suffisant de formations sanitaires pour la surveillance du travail (Munan et al., 2017).

En République Démocratique du Congo, l'accès aux soins de santé primaire en milieu rural pose encore problème. Les formations sanitaires sont à plus de 5 km de marche pour 48 % des ménages du milieu rural, contre 25 % en milieu urbain (Ministère du Plan RDC, 2014). La couverture des accouchements assistés reste étroitement liée au niveau de pauvreté de la population (Ministère du Plan RDC, 2007). L'absence des visites prénatales, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être du ménage influent également sur le lieu d'accouchement des femmes. (Ministère du Plan RDC, 2014).

L'accouchement assisté dans la Zone de Santé de Libenge demeure un problème majeur de Santé Publique. En 2017, sur 9.953 accouchements attendus 4.258 ont été assistés par un personnel qualifié soit 42,7%. (PAO ZS Libenge 2017) .

2. Etat de la question

L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant est une des préoccupations prioritaires pour la plupart des pays à faible revenu. Dans les pays industrialisés, la quasi-totalité des accouchements est assistée par un personnel de santé qualifié. Dans ces pays, la mortalité maternelle est très réduite (Vroh et al., 2009).

Ce sont les femmes pauvres vivant dans des zones reculées qui ont moins de chances de recevoir des soins médicaux appropriés. Cela est particulièrement dans les régions où les professionnels de santé sont peu nombreux, comme l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. Le niveau de soins prénatals a augmenté dans de nombreuses régions du monde au cours de la dernière décennie. Cependant, 51% des femmes des pays à faible revenu bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. En autres, des millions de naissances ont eu lieu sans l'assistance d'une sage-femme, d'un médecin ou d'une infirmière qualifiée. (OMS, 2018).

Dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins quatre consultations prénatales, de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins post-partum. Dans les pays à faible revenu, sur l'ensemble des femmes enceintes, 40% avaient bénéficié en 2015 des quatre consultations prénatales recommandées(OMS, 2018).

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme des obstacles à l'accès aux soins qualifiés par les femmes, en particulier dans les pays à faible revenu; ceux-ci comprennent l'indisponibilité des services, l'inaccessibilité géographique et la mauvaise qualité des soins. Dans une étude de Idris S et al, Les raisons identifiées pour la faible utilisation des services obstétricaux comprennent: le manque de connaissance des maisons d'attente, le besoin perçu de services, la préférence pour la livraison à domicile, etc. (Idris et al., 2006).

Une étude sur l'utilisation des services obstétricaux dans les Zones Rurales du Nigéria avait montré que le niveau d'éducation, la profession des femmes, la religion et la profession du conjoint sont les facteurs associés les plus fréquents à l'utilisation des services de santé (Idris et al., 2006).

Au Mali, la principale raison évoquée pour expliquer l'accouchement non assisté était le manque de moyen financier dans 34,7% des cas (Cissé, 2005).

En République Démocratique Congo, les résultats de l'enquête démographique et sanitaire de 2014 avaient montré que les femmes du milieu rural (24 %) accouchent beaucoup plus fréquemment à domicile que celles du milieu urbain (6 %). On observe aussi des disparités importantes selon les provinces. À Kinshasa, seulement 2 % de femmes ont accouché à la maison alors que cette proportion atteint 39 % à l'Équateur, 36 % au Katanga et 27 % au Kasai Oriental. Le niveau d'instruction et le niveau de bien-être du ménage influent également sur le lieu d'accouchement des femmes. Les plus instruites et celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé accouchent moins fréquemment à domicile que les autres (Ministère du Plan RDC, 2014).

Pour améliorer la santé maternelle, il convient d'identifier les obstacles qui limitent l'accès à des services de santé maternelle et de prendre des mesures pour y remédier à tous les niveaux du système de santé.

Jusqu'alors aucune de recherche sur ce sujet susceptible d'expliquer les facteurs de l'utilisation d'accouchement non institutionnel dans la zone de santé de Libenge.

3. Objectifs

3.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans la Zone de Santé de Libenge.

3.2 Objectifs spécifiques

Pour y parvenir, les objectifs spécifiques suivants ont été fixés :

- Déterminer le taux de l'accouchement non institutionnel ;
- Identifier les déterminants des accouchements non institutionnels dans la Zone de Santé de Libenge.

4. Justification de la recherche

En 2010, la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques de ministère de la santé de la RDC a procédé à la mise à jour des normes et directives qui régissent les interventions de santé ciblant la mère, le nouveau-né et l'enfant, qui sont particulièrement touchés par une morbidité et une mortalité excessives. L'accouchement par le personnel qualifié adopté parmi les stratégies visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales (Ministère de la Santé Publique –RDC, 2012).

Bien que la RDC ait adopté ses composantes, la santé de la mère et du nouveau-né demeure très précaire.

Notre étude consiste à identifier les déterminants des accouchements non institutionnels dans la Zone de Santé de Libenge afin de proposer des suggestions.

5. Subdivision du travail

Ce présent travail comporte deux grandes parties en plus de l'introduction et la conclusion, qui sont : la partie théorique consacrée aux généralités sur l'accouchement (Chapitre I) et la partie pratique aborde le Matériel et méthodes (Chapitre II), les Résultats (chapitre III) et la Discussion (Chapitre IV).

CHAPITRE I : GENERALITES SUR L'ACCOUCHEMENT

1.1. Historique de l'accouchement

L'accouchement était considéré comme un événement à risque. SORANUS D'EPHESE fut le père de l'obstétrique. Il démontra que le fœtus est propulsé non pas par ses efforts propres, mais par les contractions utérines. Il inventa également la version podalique qui, durant 17 siècles et demeurera la principale opération obstétricale. A la fin du 16ème siècle, Peter Chamberlain inventa une pince : le Forceps, capable de saisir la tête fœtale et l'extraire hors de la filière génitale. Vers 1750, le forceps fut allégé par William Smelle et André Levret (Sophie, 2017). La césarienne comme césure dérive du verbe latin coedere qui veut dire couper. Les deux mots ont été créés à la même époque, le premier par Ambroise Paré, le second par clément Marot (Merger, Lévy et Melchior, 1995).

1.2. Définitions des concepts

1.2.1 Définition de l'accouchement normal

L'accouchement normal se définit comme : « l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois »(28 SA) (Merger, Lévy et Melchior, 1995).

Il se déroule en trois périodes :

- La première est la période d'effacement et de dilatation du col ;
- La deuxième est la sortie du fœtus hors des voies génitales maternelles ;
- La troisième est la sortie des annexes.

1.2.2. Définition de l'accouchement assisté

Selon l'article conjoint de Wendy J Graham, Jaqueline S Bell, Colin HW Bullough l'assistance qualifiée à l'accouchement se définit comme : « Un partenariat de personnel qualifié (capable de prendre en charge des accouchements normaux et compliqués). Un environnement adéquat avec l'équipement ,les fournitures ,les médicaments et le transport en cas de référence » (Wendy et al., 2001).

1.2.3. Définition d'accoucheur qualifié

Le terme d'accoucheur qualifié selon la déclaration commune de l'UNICEF / l'OMS/FNUAP/Banque Mondiale 1999 « désigne exclusivement des personnes ayant des compétences obstétricales (médecin sage-femme ou infirmier) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer, prendre en charge ou transférer des complications obstétricales » (OMS,1993).

1.2.4. Accouchement assisté par un accoucheur qualifié

L'accouchement assisté par un accoucheur qualifié est considéré comme étant une intervention la plus déterminante afin d'assurer une maternité sans risque. Les accoucheurs qualifiés sont des agents sanitaires dotés des compétences nécessaires afin d'assurer un accouchement dans des conditions normales et d'identifier l'apparition de complications. Ils effectuent des interventions essentielles, mettent en place des traitements et supervisent le transfert des complications au service des urgences. Le rôle de l'accoucheur qualifié est également primordial afin de protéger la santé des nouveau-nés, la majorité des décès périnataux survenant lors de l'accouchement ou dans les 48 heures suivantes (FNUAP,2014).

Un accouchement assisté par un accoucheur qualifié exige un environnement propice, tel qu'une zone de travail propre dotée des fournitures et équipements requis. Les accoucheurs qualifiés doivent fournir des soins empreints de respect prenant en compte la dignité de la future mère. Malheureusement, de nombreux pays manquent cruellement de prestataires de soins de santé qualifiés disposant des compétences obstétricales requises (FNUAP,2014).

1.2.5. Autres définitions

Des publications étrangères révèlent une très grande confusion dans l'utilisation des termes « normal » et « physiologique ». On peut distinguer deux grands ensembles de considérations :

- D'un côté, il est question de la qualification médicale de l'accouchement, et la notion de « normalité » ou de « physiologie » renvoie à l'idée d'un accouchement à bas risque, sans complications majeures ;

- De l'autre, il est question de la nature de la prise en charge, et la notion de « normalité » ou de « physiologie » renvoie à l'idée d'une limitation des interventions médicales durant son déroulement. Complexifiant encore le paysage, certaines définitions renvoient à la fois à ces deux aspects (Karine, 2017).

1.2.5.1. Définitions de l'accouchement en lien avec sa qualification médicale

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS,1997) définit la naissance normale comme « une naissance :

- Dont le déclenchement est spontané ;
- A bas risque dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement ;
- Dont l'enfant (accouchement simple) naît spontanément en position céphalique du sommet, entre les 37^{ème} et 42^{ème} semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien. Dans le cadre d'une naissance normale, il faut une raison valable pour interférer avec le processus naturel. »

1.2.5.2. Définitions de l'accouchement en lien avec la nature de la prise en charge

Selon le Consensus statement from the Maternity Care Working Party anglais (2007), approuvé par le Collège royal des sages-femmes, le Collège royal des gynécologues-obstétriciens et le National Childbirth Trust, l'accouchement normal est une mesure du travail en termes de processus et non de résultats. Il répond aux conditions suivantes : le travail débute spontanément, progresse spontanément sans recours à des médicaments et les femmes accouchent spontanément.

Les femmes présentant les critères suivants entrent dans cette définition (sauf si un critère d'exclusion décrit ci-après est rencontré concomitamment) :

- L'accélération du travail ;
- La rupture des membranes (hors induction du travail) ;
- Une anesthésie (oxyde d'azote, opiacés) ;
- Une surveillance fœtale ;
- Une direction de la 3^{ème} phase du travail ;
- Toute complication ante natale, lors de l'accouchement ou post-natale (par exemple hémorragie du post-partum, déchirure périnéale, admission en unité néonatale...).

1.2.5.3. Définitions de l'accouchement en lien avec sa qualification médicale et la nature de sa prise en charge

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), l'Association of women's Health, Obstetric and neonatal nurses of Canada, l'Association canadienne des sages-femmes, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société de la médecine rurale du Canada ont émis une déclaration de principe commune sur l'accouchement normal (SOGC, 2008) : ils définissent l'accouchement normal comme un accouchement débutant de façon spontanée et ne s'accompagnant que de faibles risques au début du travail (situation quant aux risques qui perdure tout au long du travail et de l'accouchement). L'enfant naît spontanément en position du sommet entre la 37^{ème} et la 42^{ème}+0 semaine complétée de gestation.

L'accouchement normal comprend l'occasion de contact peau-à-peau et d'allaitement au cours de la première heure suivant l'accouchement. Ils précisent que les termes « normal » / « spontané » ne décrivent que le type de l'accouchement (c'est-à-dire qu'il n'est pas assisté par forceps, par ventouse obstétricale ou par césarienne, et dans le cadre duquel la présentation n'est pas anormale).

1.3. Travail d'accouchement

C'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée).

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier à ceux du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus hors des voies génitales (Merger, Lévy et Melchior, 1995).

1.3.1. Premier stade du travail

1.3.1.1. Définition

Il est important de définir le plus précisément possible les différents stades du travail, sachant toutefois que cette définition varie selon les auteurs, notamment pour le passage de la phase de latence à la phase active.

La définition de la phase active a évolué au cours des années : dans les travaux de Friedman en 1955, elle commence lorsque la vitesse de dilatation cervicale s'accélère (Pitkin, 2003), alors que pour Zhang en 2010, elle commence à 4 cm de dilatation chez les nullipares et 5 cm chez les multipares (Zhang et al., 2010).

Selon le cadre de RBP, Le premier stade du travail commence avec les premières contractions régulières et se termine lorsque le col est complètement dilaté, il comprend :

- Une phase de latence qui commence avec les premières contractions régulières/rythmées et potentiellement douloureuses avec ou sans modification du col ;
- Une phase active qui commence entre 5 et 6 cm de dilatation cervicale et se termine à dilatation complète.

C'est le stade de l'effacement et dilatation du col. Cette étape est la période la plus longue du travail d'accouchement. Elle est en moyenne dans les cas non pathologiques de 7 à 10 heures chez la primipare, de 3 à 6 heures chez la multipare (Merger, Lévy et Melchior, 1995).

1.3.1.2. La surveillance

Au cours du premier stade du travail, la traçabilité de la surveillance de la femme doit être assurée. Le partogramme est un bon outil de traçabilité et doit être utilisé pendant le travail (au plus tard au début de la phase active, avec une échelle adaptée à l'histoire naturelle, sans lignes d'alerte/d'action) (AE).

En l'absence d'événements intercurrents, la surveillance de la femme comprend au minimum (AE) :

- Une prise de la fréquence cardiaque, une prise de la tension artérielle et de température toutes les quatre heures ;

- Une évaluation de la fréquence des contractions utérines toutes les 30 minutes et durant dix minutes au cours de la phase active ;
- Une surveillance des mictions spontanées qui doivent être notées ;
- La proposition d'un TV toutes les deux à quatre heures ou avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel lors du premier stade du travail ;
- Surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) ;
- Bien-être de la femme : hydratation, alimentation pendant le travail ;
- Interventions non médicamenteuses et prise en charge non médicamenteuse de la douleur ;
- Interventions médicamenteuses et techniques (ocytocine et rupture artificielle des membranes) ;
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur de l'accouchement (analgésie locorégionale, analgésie).

Il est recommandé d'encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, qu'ils concernent en particulier sa mobilité ou ses besoins en analgésie, tout au long du travail. Il est important de souligner que c'est au cours de la phase de latence que l'adaptation de la femme à sa dynamique utérine peut entraîner des difficultés liées à son intolérance à la douleur ressentie, nécessitant un accompagnement/un soutien, voire une intervention médicale (Karine, 2017).

1.3.2. Deuxième stade du travail

1.3.2.1. Définition

Le deuxième stade du travail commence à la dilatation complète et se termine lors de la naissance de l'enfant. On y distingue classiquement une phase passive ou phase de descente (entre le premier toucher vaginal retrouvant une dilatation complète et les premiers efforts expulsifs) et une phase active ou phase d'expulsion qui débute avec les efforts expulsifs (Dupont et al., 2017; Yli et al., 2011).

C'est la phase de l'expulsion proprement dite, correspond à la sortie du fœtus. La durée de la période d'expulsion chez la primipare est de 1 à 2 heures dans les conditions normales. L'expulsion proprement dite chez la primipare est de 20 minutes, elle est de 15 minutes chez la multipare. Elle ne doit pas dépasser 45 minutes (Merger, Lévy et Melchior, 1995).

1.3.2.2. Éléments de surveillance

Le deuxième stade du travail est divisé en une 2^{ème} phase passive (définie comme une dilatation complète du col avant ou en dehors d'efforts expulsifs), et une 2^{ème} phase active (définie comme une présentation visible, ou des efforts expulsifs à dilatation complète).

Il est recommandé, au minimum au cours du 2^{ème} stade du travail normal (AE), de :

- Utiliser un partogramme : cet outil permet de tracer le suivi du travail et la surveillance qu'une femme a reçu pendant son travail ;
- Surveiller les paramètres hémodynamiques (tension artérielle, fréquence cardiaque, température) toutes les heures ;
- Evaluer la fréquence des contractions utérines toutes les 30 minutes et durant dix minutes ;
- Surveiller et noter les mictions spontanées ;
- Proposer un TV toutes les heures ;
- Encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, qu'ils concernent en particulier sa mobilité ou ses besoins en analgésie, tout au long du travail ;
- Evaluer la douleur de la façon la plus objective possible avec une échelle adaptée ;
- Interventions non médicamenteuses (Accompagnement, Postures maternelles durant le second stade du travail ...) ;
- Interventions médicamenteuses et techniques (Karine, 2017).

1.3.3. Troisième stade du travail et post partum immédiat

1.3.3.1. Définitions

Le troisième stade du travail débute avec la naissance de l'enfant et se termine avec la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta. Le post-partum immédiat correspond aux deux heures qui suivent la naissance, période qui couvre le processus physiologique de décollement du placenta, puis d'hémostase biologique et mécanique de l'accouchement normal (Borghi et al., 2003).

C'est la phase de l'expulsion du placenta et des membranes (délivrance). Elle évolue en trois phases : le décollement du placenta ; l'expulsion proprement dite et l'hémostase. Sa durée moyenne est de 30 à 45 minutes (Merger, Lévy et Melchior, 1995).

1.3.3.2. Surveillance de la femme

La surveillance rapprochée de la mère est recommandée pendant les deux heures suivant l'accouchement. Les paramètres à surveiller à intervalle régulier sont le pouls, la tension artérielle, les saignements et le globe utérin. La quantification des pertes sanguines peut être réalisée par estimation visuelle, qui est simple mais imprécise. L'utilisation d'un sac de recueil paraît intéressante, à condition qu'il soit mis en place après la naissance pour ne recueillir ni liquide amniotique, ni urine (Karine, 2017).

CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODES

2.1. Milieu de recherche

Notre étude était menée dans la Zone de Santé de Libenge, province du Sud Ubangi en République Démocratique du Congo.

Elle a une superficie de 7200 km² et est délimitée :

- Au Nord par le ruisseau Mole, Kpeyanga et Bembe (Zone de Santé de Zongo et de Bili);
- Au Sud par le ruisseau Lisingo (Zone de Santé de Mawuya) ;
- A l'Est par la rivière Lua (Zone de Santé de Bwamanda et Bogose Nubea);
- A l'Ouest par la rivière Ubangi (la République Centrafricaine).

La Zone de Santé a une densité de 36 habitants/ km², on peut y accéder par deux voies par rapport au chef lieu de la province : la route (180km) et la voie aérienne (132 km vol d'oiseau) et son aéroport a une longueur de 1,5km.

Le climat est tropical humide avec une saison de pluie qui va du 15 mars au 15 novembre et une saison sèche du 15 novembre au 15 mars. Le relief est constitué des chaînes de collines et plateau.

Sa végétation est du type tropical faite de savane boisée et des forêts denses, le sol est argilo-sablonneux et l'hydrocarbure est fait des rivières Ubangi et Lua.

2.1.1. Données démographiques :

La Zone de Santé a une population de 256.302 habitants, dans laquelle 19.754 réfugiés Centrafricains qui représente 7,7 %.

La population autochtone se trouve dans l'AS de Batanga.

Tableau I : Population de la zone de santé de Libenge en 2017

	Nombre
Population totale	236548**
Population flottante	19754*
Total général	256302

Sources des données : **Goma +Taux d'accroissement ;* Enregistrement/ UNHCR

2.1.2. Données économiques

Les principales occupations de la population sont : l'agriculture traditionnelle, la pêche, le micro commerce, la chasse et la cueillette. On note aussi l'élevage du petit et du gros bétail : bovins, ovins, caprins, porcins ainsi que les aiseaux de basse cours (poules et canard). Le Type de pêche pratiqué par la population riveraine est essentiellement artisanal (à échelle familial pour la subsistance et le petit commerce).

Les cultures agricoles de subsistance sont faites de maïs, manioc, arachides, haricots, tarots, bananes, bananes plantains, riz, ignames etc. On note aussi l'existence des palmerais qui servent pour la raffinerie manuelle de l'huile de palme.

2.1.3. Données socioculturelles

Les ethnies de la Zone de Santé sont : Ngbaka, Mono Mabo, Ngbundu, Ngombe, Monzombo et Togbo. Les langues principales parlées sont le lingala et le français.

2.1.4. Données sanitaires

2.1.5.1 Accouchements assistés dans la Zone de Santé de 2012-2017

Tableau II : Evolution de l'accouchement assisté dans la Zone de Santé de 2012-2017

	Accouchements attendus	Accouchements réalisés	Proportion des accouchements assistés
2012	7927	1608	24,4
2013	8164	1382	22,5
2014	8408	2353	33,5
2015	8660	3146	36
2016	9446	3111	34
2017	9953	4258	42,7

Il ressort de ce tableau que l'accouchement dans la Zone de Santé évolue en dent de scie et n'a jamais atteint 50%.

2.1.5.2. Accessibilité géographique de la population aux services dans la Zone de Santé

Tableau III : Accessibilité géographique de la population de l'Aire de Santé

N°	Aire de Santé	Population totale	Centre de Santé (de responsabilité de l'AS)	Appartenance	Population ≤ 5 km ou à une heure de marche	
					Nombre	%
1	Batanga	7887	Batanga	Etat	2424	30,7
2	Bau	7568	Bau	Confessionnel	5659	74,8
3	Bavula	15414	Bavula	Confessionnel	6725	43,6
4	Bazene	11337	Bazene	Etat	2535	22,4
5	Bogbala	9128	Bogbala	Etat	2762	30,3
6	Bogilima	6636	Bogilima	Etat	3507	52,8
7	Bokilio	5188	Bokilio	Etat	4710	90,8
8	Bomutu	14370	Bomutu	Etat	5406	37,6
9	Boyabu	43464	Boyabu	Etat	37158	85,5
10	Boyakana	14949	Boyakana	Etat	14949	100
11	Bozoko	7457	Bozoko	Etat	4080	54,7
12	CECU	13161	CECU	Confessionnel	13025	99,0
13	Cité	28172	Cité	Etat	28172	100
14	Elaka	8472	Elaka	Etat	7926	93,6
15	Galaba	6232	Galaba	Etat	2240	35,9
16	Kangu	7817	Kangu	Etat	2529	32,3
17	Lola	17932	Lola	Etat	6709	37,4
18	Nduma	19323	Nduma	Etat	6293	32,6
19	Worobe	11796	Worobe	Etat	4081	34,6
		256302			160889	63,0

La Zone de Santé a 37% de la population qui n'a pas un accès géographique aux CS. Seules 26% des AS (Bokilio, Elaka, Boyakana, Cité, CECU, Boyabu) ont une accessibilité géographique de plus de 80%.

2.2. Population et/ou échantillon: taille, inclusion & exclusion

La population d'étude était de 5.125 femmes qui ont accouché dans la Zone de Santé pendant une période de 6 mois, allant de janvier à juin 2018 dans laquelle un échantillon a été tiré.

La taille de l'échantillon a été estimée à partir de la formule suivante : $n = \frac{Z_{\alpha}^2 P Q}{E^2}$, IC 95% où $Z=1,96$; $P= 0,427$ (proportion d'accouchements par un personnel qualifié dans la ZS de Libenge 2017), précisions(E)= 5%. Avec un taux des non répondants(Q), qui est égal à $1-P$ soit $1-0.427 = 57,3\%$ ($n \geq 376 \approx 400$).

L'échantillon a été composé des femmes qui ont accouchées dans la Zone de Santé. Pour ce faire nous avons effectué un échantillonnage aléatoire simple à 3 degrés. Au premier degré, 10 Aires de Santé de la Zone ont été tirées au hasard sur 16 que compte la Zone de Santé. Au second degré, dans chaque Aire de Santé retenue, nous avons procédé par la numérotation de chaque village et passé aux tirages aléatoires de quatre villages. Au troisième degré, une liste des ménages disposant au moins d'une femme qui avait accouché été établi sur laquelle 10 ménages été tiré au hasard. Par ménage la femme qui a accouché la dernière était retenue pour participer l'interview.

Quatre focus group ont été organisés composés de 8 participantes qui n'ont pas été pris en compte dans la taille d'échantillon.

Ainsi ont été incluse dans cette étude toute femme résidant dans la Zone de Santé de Libenge et ayant accouché dans ladite Zone pendant notre période d'étude allant de janvier à juin 2018. Toute femme ne résidant pas dans la Zone de Santé de Libenge et celle y résidant mais s'étant accouchée en dehors de la Zone durant la période d'étude ont été exclue.

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude mixte : transversale à visée analytique et phénoménologique menée à la période allant de janvier à juin 2018.

2.3. Techniques de collecte des données

Nous avons réalisé premièrement l'interview structurée, les données ont été collectées grâce à un questionnaire que nous avons élaboré et qui reprenait les différentes variables de l'étude. Pour faciliter la collecte des informations, les enquêteurs ont été

sélectionnés sur base de leurs capacités, de leur connaissance du terrain et de leur habilité à parler le français et la langue locale (lingala). Ces enquêteurs ont été soumis à un entraînement spécifique sur la méthodologie et les procédures à utiliser, ainsi qu'à un pré-test. Deuxièmement, pour compléter nos informations nous avons eu recours à des Focus-Group auprès des femmes qui ont eu au moins une expérience d'accouchement et répondant au critère d'inclusion.

2.5. Variables

La variable dépendante de cette étude est l'accouchement non institutionnel. Les variables indépendantes retenues sont :

1. caractéristiques sociodémographiques : l'âge maternel, ethnie, religion, statut marital, niveau d'éducation de la mère et du chef de ménage, taille du ménage, profession du mari, distance formation sanitaire et habitation et parité de la femme ;
2. caractéristiques socioéconomiques : source de revenu ;
3. caractéristiques socio financiers : modalité de paiement ;
4. consultation prénatale : fréquence de visites des consultations prénatales.

2.6. Procédés d'analyse des données

Les données quantitatives récoltées ont été encodées, traitées et analysées avec le logiciel Epi-Info version 7.2. Le logiciel Excel version 10 nous a aidés dans la présentation des tableaux et des figures. Toutes mesures de tendances centrales (moyenne, médiane) et des mesures de dispersion (écarts – types), le rapport de prévalence (RP) et son intervalle de confiance à 95% ont été calculés grâce au logiciel Epi-Info version 7.2. Le degré de signification a été fixé au seuil de signification (p) à 0,05. La détermination de l'existence ou non d'une association entre les variables dépendante et indépendantes.

Les données qualitatives ont été déroulées en Lingala, enregistrées, transcrites en français, traitées et analysées par le logiciel ATLAS. ti 6.

2.7. Considérations éthiques

Pour la réalisation de ce travail, nous avons obtenu le consentement des participantes. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies leur a été garantie.

CHAPITRE III : RESULTATS

3.1. Aspect quantitatif

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et économiques des femmes incluses dans l'étude

Tableau IV. Répartition des participantes selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Effectif (n=400)	Pourcentage
Age (ans)		
≤ 18	37	9,3
19 – 35	288	72,0
36 et plus	75	18,7
Statut matrimonial de participante		
Mariée	377	94,2
Non mariée	23	5,8
Ethnie de participante		
Mabo	55	13,7
Ngbaka	210	52,5
Ngbundu	46	11,5
Autres	89	22,3
Confession religieuse		
Catholique	142	35,5
Protestante	186	46,5
Autres	72	18,0
Niveau d'étude de participante		
Sans niveau	238	59,5
Primaire	118	29,5
Secondaire/supérieur/universitaire	44	11,0
Profession des participantes		
Agricultrice	200	50,0
Ménagère	152	38,0
Vendeuse au marché	48	12,0

Le tableau ci-dessus montre que la majorité des participantes étaient âgées de 19-35 ans soit 72 % et l'âge moyen était de 28,1% ans avec des extrêmes allant de 12 à 56 ans. Une grande proportion des participantes soit 94,2 % étaient constituées des mariées. L'ethnie majoritaire était de Ngbaka soit 52,5 %. Les participantes protestantes dominaient soit 46,5%. La majorité des participantes soit 59,5% était sans niveau d'étude. La moitié des participantes soit 50,0% étaient des agricultrices et 38% était des ménagères.

Tableau IV : Répartition des participantes selon les caractéristiques sociodémographiques (suite)

Caractéristiques	Effectif (n=400)	Pourcentage
Parité de participante		
Primipare	60	15,0
Pauci pare	132	33,0
Multipare	110	27,5
Grande multipare	98	24,5

Ce tableau montre que les pauci pares représentaient 33,0%, suivi des Multipares soit 27,0%.

La figure ci-dessous nous montre que plus de la moitié des participantes soit 52,0 % habitaient au-delà de 5 km des formations sanitaires.

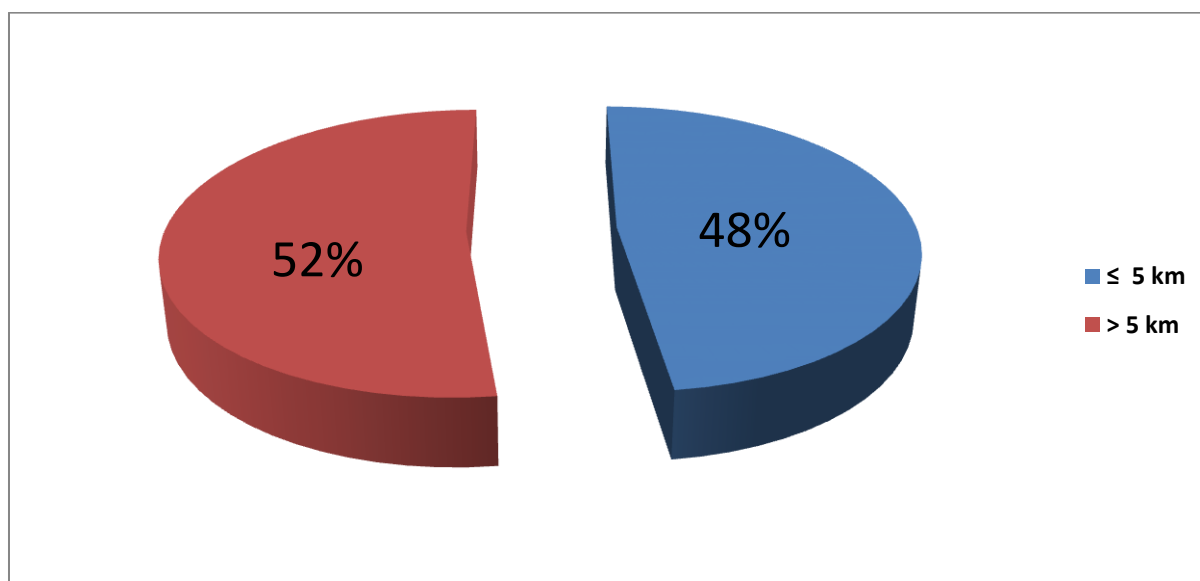


Figure 1 : Répartition des participantes selon la distance domicile et FOSA.

Tableau V : Répartition des chefs de ménage selon leurs caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Effectif (n=400)	Pourcentage
Sexe des chefs de ménage		
Masculin	355	88,8
Féminin	45	11,2
Niveau d'étude des chefs de ménage		
Sans niveau	66	16,5
Primaire	132	33,0
Secondaire/Supérieur/universitaire	202	50,5
Profession des chefs de ménage		
Fonctionnaire	33	8,3
Vendeur au marché	82	20,5
Agriculteur	285	71,2
Taille de ménage		
1-2	18	4,5
3- 5	115	28,8
6- 8	157	39,2
9 et plus	110	27,5

Le tableau ci-dessus montre que le sexe masculin représentait une grande proportion des chefs de ménages soit 88,8%. Le niveau d'étude secondaire/supérieur ou universitaire était plus représenté soit 50,5%, par contre 16,5% était sans niveau d'étude. La majorité des chefs de ménages étaient des agriculteurs soit 71,2%. La taille moyenne des ménages était de 7 personnes avec des extrêmes allant de 1 à 25 personnes et la taille de ménage de 6-8 représentait une grande proportion des ménages soit 39,2%.

Tableau VI : Répartition des participantes selon les caractéristiques socioéconomiques

Caractéristiques	Effectif (n=400)	Pourcentage
Propriétaire de la parcelle		
Oui	306	76,5
Non	94	23,5
Sources de revenu		
Sans revenu	152	38,0
Commerce	48	12,0
Champs	200	50,0

Ce tableau indique que 76,5% des participantes étaient propriétaires de la parcelle contre 23%. La majorité des participantes soit 50,0 % possédaient des champs comme type de revenu.

3.1.2. Utilisation des consultations prénatales et de l'assistance qualifiée

La figure ci-dessous montre que 57,5 % des participantes avaient suivi la consultation prénatale.

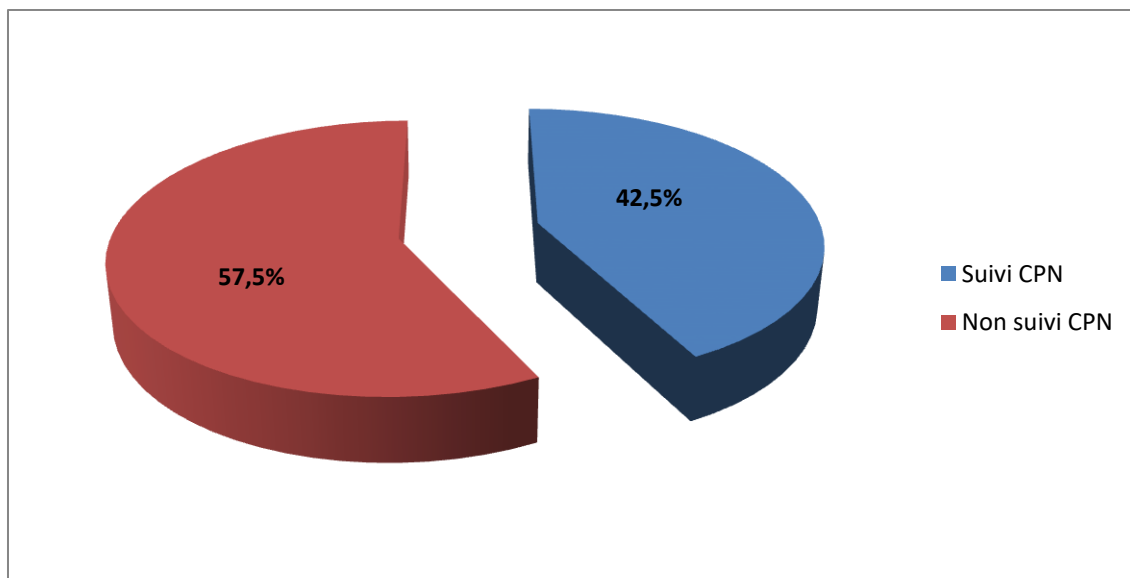


Figure 2 : Répartition des participantes selon le suivi des consultations prénatales

Tableau VII : Répartition des participantes selon la fréquence des visites des consultations prénatales

Nombre de CPN suivi	Effectif (n=230)	Pourcentage
1-2	114	49,6
3-4	116	50,4

Au regard de ce tableau, parmi les 230 participants qui avaient suivi la CPN, la moitié avaient effectué 3 à 4 CPN soit 50,4% par contre 49,6% avait effectué 1 à 2 CPN.

La figure ci-dessous montre que 52,3 % des participantes avaient accouché dans une institution sanitaire contre 47,7% accouchement non institutionnel.

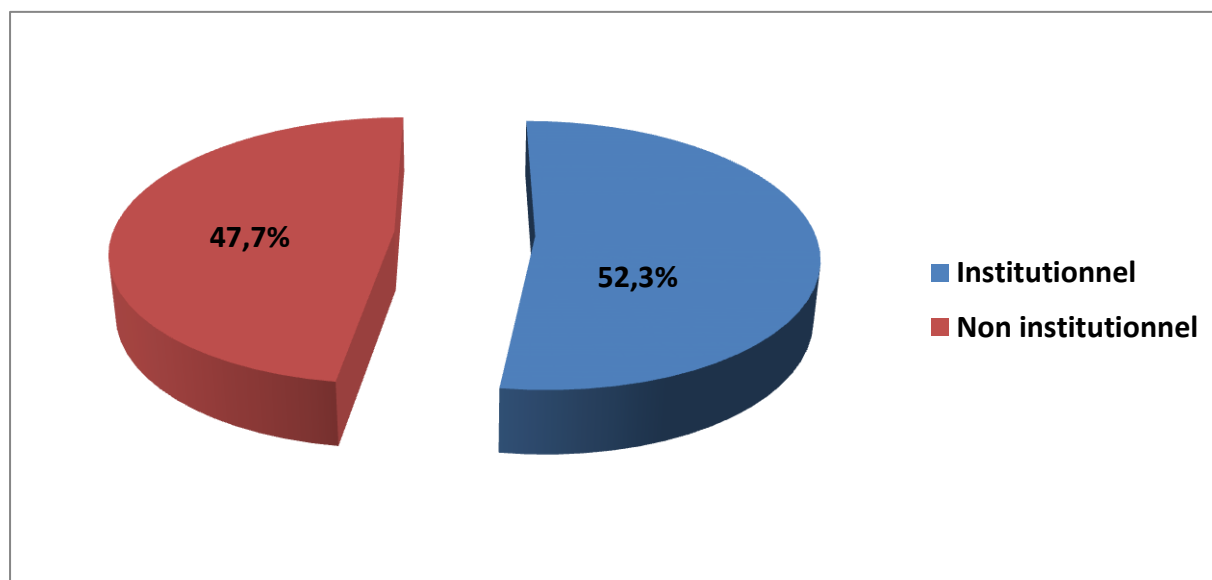


Figure 3 : Répartition des participantes selon le lieu d'accouchement.

Tableau VIII: Répartition des participantes selon le prix d'accouchement dans formation sanitaire.

Prix (FC)	Effectif	Pourcentage	Médiane (Min-Max)
	n=209		1500(800-10000)
≤ 1 200	16	7,7	
1250-2000	111	53,1	
2050 et plus	82	39,2	

Au vu de ce tableau, la moyenne de prix d'accouchement dans les formations sanitaires était de 1835 Francs Congolais. La majorité d'accouchements étaient payés à un prix 1250 à 2000 FC soit 53,1%.

Tableau IX: Répartition des participantes selon la modalité de paiement

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Accouchements non institutionnels (n=191)		
Paiement cash	91	47,6
Paiement par tranche	44	23,0
Paiement par nature	38	20,0
Paiement par gage	18	9,4
Accouchement dans une FOSA(209)		
Paiement cash	124	59,3
Paiement par tranche	85	40,7

Ce tableau nous renseigne que sur 191 accouchements non institutionnels 47,6% était payé cash, 23% était payé par tranche, 20,0% était payé par nature et 9,3% était payé par gage. Par contre sur 209 accouchements dans les formations sanitaire 59,3% était payé cash et 40,7% était payé par tranche.

3.1.3. Déterminants des accouchements non institutionnels(ANI)

Tableau X : Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des caractéristiques sociodémographiques des participantes

Caractéristiques	Lieu d'accouchement		RP	IC 95%	P
	Non institutionnel (%)	Institutionnel (%)			
Age des participantes					0,27
≤ 18	16(43,2%)	21(56,8%)	0,8	[0,5 ; 1,2]	
19 - 35	133(46,2%)	155(53,8%)	0,8	[0,7 ; 1,0]	
36 et plus	42(56,0%)	33(44,0%)	1		
Statut matrimonial					0,09
Mariée	184(48,8%)	193(51,2%)	1,6	[0,9 ; 3,0]	
Non mariée	7(30,4%)	16(69,6%)	1		
Ethnie					0.62
Mabo	27(49,1%)	28(50,9%)	1,1	[0,8 ; 1,6]	
Ngbaka	101(48,1%)	109(51,9%)	1,1	[0,9 ; 1,5]	
Ngbundu	25(54,3%)	21(45,7%)	1,3	[0,9 ; 1,8]	
Autres	38(42,7%)	51(57,3%)	1		
Confession religieuse					0,25
Catholique	70(49,3%)	72(50,7%)	1,3	[0,9 ; 1,8]	
Protestante	93(50,0%)	93(50,0%)	1,3	[0,9 ; 1,8]	
Autre	28(38,9%)	44(61,1%)	1		
Niveau d'étude de la participante					<0,001
Sans niveau	131(54,8%)	108(45,2%)	1,6	[1,1 ; 2,6]	
Primaire	46(39,0%)	72(61,0%)	1,2	[0,7 ; 1,9]	
Secondaire	14(32,6%)	29(67,4%)	1		
Profession de la participante					0.27
Agricultrice	101(50,5%)	99(49,5%)	1,3	[0,9 ; 1,9]	
Ménagère	72(47,4%)	80(52,6%)	1,3	[0,8 ; 1,8]	
Vendeuse	18(37,5%)	30(62,5%)	1		

Il ressort de ce tableau que plus de la moitié des accouchements non institutionnels étaient faites chez les participantes sans niveau d'étude (54,8%) par rapport à celles qui avaient un niveau d'étude primaire (39%) et secondaire (32,6%). Cependant il y'avait une association

statistiquement significative entre les participantes sans niveau d'étude et le taux d'accouchement non institutionnel.

Tableau X : Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des caractéristiques sociodémographiques des participantes (suite)

	Lieu d'accouchement		RP	IC 95%	P
Caractéristiques	Non institutionnel (%)	Institutionnel (%)			
Parité de la participante					0,74
Primipare	26(43,3%)	34(56,7%)	0,9	[0,6 ; 1,3]	
Pauci pare	67(50,8%)	65(49,2%)	1,0	[0,8 ; 1,3]	
Multipare	50(45,5%)	60(54,5%)	0,9	[0,8 ; 1,2]	
Grande multipare	48(49%)	50(51%)	1		
Distance entre domicile et formation sanitaire					<0,001
> 5 km	139(72,4%)	53(27,6%)	2,9	[2,3; 3,7]	
≤ 5 km	52(25,0%)	156(75%)	1		

Ce tableau montre qu'une grande proportion des accouchements non institutionnels (72,4%) était observée chez les participantes qui habitaient à plus de 5km de la formation sanitaire par rapport à celles qui habitaient à moins de 5km (25%). La parité n'avait pas prouvé une association significative. Cependant il y'avait une association statistiquement significative entre la distance entre le domicile de participante > 5 km et le taux d'accouchement non institutionnel.

Tableau XI : Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménages

Caractéristiques	Lieu d'accouchement		RP	IC 95%	P
	Non institutionnel (%)	Institutionnel (%)			
Sexe des chefs de ménage					0,15
Féminin	17(37,8%)	28(62,2%)	0,8	[0,5 ; 1,1]	
Masculin	174(49%)	181(51%)	1		
Niveau d'étude					0,32
Sans niveau	34(51,5%)	32(48,5%)	1,2	[0,9 ; 1,5]	
Primaire	68(51,5%)	64(48,5%)	1,2	[0,9 ; 1,5]	
Secondaire /Supérieur	89(44,1%)	113(55,9%)	1		
Profession					0,04
Fonctionnaire	10(30,3%)	23(69,7%)	1		
Vendeur au marché	46(56,1%)	36(43,9%)	2	[1,1 ; 3,2]	
Agriculteur	135(47,4%)	150(52,6%)	1,5	[0,9 ; 2,6]	
Taille de ménage					0,07
1-2	4(22,2%)	14(77,8%)	0,4	[0,2 ; 1,0]	
3– 5	52(45,2%)	63(54,8%)	0,6	[0,6 ; 1,1]	
6– 8	75(47,8%)	82(52,2%)	0,9	[0,7 ; 1,1]	
9 et plus	60(54,5%)	50(45,5%)	1		

Le tableau ci-dessus montre la proportion des accouchements non institutionnels était plus élevée chez les participantes qui avaient comme chef de ménage vendeur au marché (56,1%) par rapport à celles qui avaient comme chef de ménage un fonctionnaire (30,3%) ou un agriculteur (47,4%). Donc Il y'avait une association statistiquement significative entre le vendeur au marché et le taux d'accouchement non institutionnel.

Tableau XII : Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des caractéristiques socioéconomiques des participantes

Caractéristiques	Lieu d'accouchement		RP	IC 95%	p
	Non institutionnel (%)	Institutionnel (%)			
Propriétaire de la parcelle					0,83
Non	44(46,8%)	53(53,2%)	0,9	[0,8 ; 1,2]	
Oui	147(48%)	159(52%)			
Type de revenu					0,23
Sans revenu	72(47,4%)	80(52,6%)	1,3	[0,8 ; 1,9]	
Champs	101(50,5%)	99(49,5%)	1,3	[0,9 ; 2,0]	
Commerce	18(37,5%)	30(62,5%)	1		

Ce tableau ne montre pas une association statistiquement significative entre le taux d'accouchement non institutionnel et les caractéristiques socioéconomiques des participantes.

Tableau XIII : Variation du taux d'accouchement non institutionnel en fonction des suivis des Consultations prénatales

Caractéristiques	Lieu d'accouchement		RP	IC 95%	p
	Non institutionnel (%)	Institutionnel (%)			
Suivi de CPN (n=400)					<0,001
Non	155(91,2%)	15(8,8%)	5,8	[4,3 ; 7,9]	
Oui	36(15,7%)	194(84,3%)	1		
Fréquence des visites (n=230)					<0,001
1-2	31(27,2%)	83(72,8%)	6,3	[2,5 ; 15,7]	
3-4	5(4,3%)	111(95,7%)	1		

Le tableau ci-dessus montre une association statistiquement significative entre l'absence de suivi CPN, les participantes qui avaient effectué 1-2 consultation prénatale et le taux d'accouchement non institutionnel.

La proportion des accouchements non institutionnels était plus élevée chez les participantes qui n'avaient pas suivi la CPN (91,2%) par rapport à celles qui avaient suivi la CPN (15,7%). Cependant, un taux élevé des accouchements non institutionnels (27,2%) a été constaté chez les participantes qui avaient effectué 1 à 2 CPN par rapport à celle qui avaient effectuées 3 à 4 CPN (4,3%).

Tableau XIV : Variation du taux d'accouchement en fonction mode de paiement d'accouchement dans la Zone de Santé

Caractéristique	Lieu d'accouchement	
	Non institutionnel (%)	Institutionnel (%)
Mode de paiement de l'accouchement		
Cash	91(42, 3%)	124(57, 7%)
Par tranche	44(34, 1%)	85(65, 9%)
Par nature	38(100%)	0(0%)
Par gage	18(100%)	0(0 %)

Ce tableau montre que les accouchements non institutionnels étaient observé chez les participantes qui avaient payé l'accouchement par nature ou par gage (100%), cash (42,3%) et par tranche (34,1%). Par contre les accouchements institutionnels étaient observé chez celles qui avaient payé cash (57, 7%) et par tranche (65, 9%).

3.2. Aspect qualitatif

Organisation de la consultation prénatale, raisons et connaissance des dangers de l'accouchement à travers l'étude des focus group.

A travers les quatre focus-group organisés, nous avons fait l'analyse du contenu des discours, apprécier l'organisation de la consultation prénatale, identifier les raisons de l'accouchement non institutionnel et FOSA, enfin la connaissance de dangers de l'accouchement non institutionnel. Dans les développements suivants, nous allons présenter les principaux éléments énoncés par les participantes et les conclusions que nous pouvons en tirer.

Concernant l'organisation de la consultation prénatale les participantes avaient un grand souci de suivre la CPN et elles s'organisent en vendant les produits agricoles de champs pour trouver l'argent de la CPN. « ...*Nous vendons des ignames, les feuilles des maniocs et les bananes pour trouver l'argent de la CPN...* ». Pour certaines participantes, leurs partenaires s'impliquent dans la fréquentation de CPN en leur donnant l'argent: « ...*Nous suivons la CPN pour prendre l'injection contre le tétanos pour que notre enfant n'attrape pas cette maladie ; mon mari vend le vin de palme et me donne l'argent pour aller aux CPN...* ».

Pour ce qui est des raisons de l'accouchement non institutionnel, il faut souligner que les participantes avaient évoqué la pauvreté, le manque de moyen financier pour payer l'accouchement dans la formation sanitaire. « ...*Ce qui fait qu'on accouche à la maison, c'est le manque d'argent, le peu que nous trouvons sont réservés pour chercher un tricot de Bébé pour qu'il porte le jour d'accouchement...* ». Elles avaient aussi souligné le prix élevé de l'accouchement et l'exigence de paiement cash des frais de soins comme une pratique qui décourage d'aller accoucher dans les formations sanitaires. « ...*Nous accouchons à domicile parce que les infirmiers exigent la totalité d'argent... j'ai un bébé que je viens d'accoucher à l'hôpital général, j'avais payé 15000 FC c'est trop cher, Même si j'ai l'argent je ne peux pas aller accoucher là-bas...* ». D'autres participantes avaient évoqué l'absence d'une structure de santé dans leurs villages et la distance éloignée de leurs domiciles au Centre de Santé. « ...*Le centre de santé est loin, nous n'avons pas un CS sur place, il y a aussi la montagne en cours de route .Ce pourquoi nous accouchons à domicile...* ». Enfin, elles ont souligné la notion des concurrences des femmes à la maternité et pendant la sortie. «...*il y a certaines de nos camarades qui partent accoucher là-bas mais à leur retour elles nous parlent de concurrences. Il faut tresser les cheveux, avoir les habits, le sac et les chaussures à porter à la sortie. Comment tu vas rester en voyant tes amies entrain d'arranger leurs corps et toi tu les observes seulement... ça n'ira pas... c'est pourquoi nous préférons accoucher à domicile...* »

S'agissant des raisons de l'accouchement dans la formation sanitaire, les participantes avaient mis l'accent sur l'importance de la meilleure prise en charge de la mère et les soins de l'ombilic du nouveau-né. « ...*J'avais accouché au centre de santé parce que là-bas on soigne bien l'enfant et la maman ; on prend soins de l'ombilic de l'enfant...* » ; « ...*Nous accouchons au centre de santé pour éviter le tétanos...* ».

Par rapport à la connaissance des dangers de l'accouchement non institutionnel, les participantes avaient évoqué le tétanos néonatal. « ...*Parfois après l'accouchement à domicile l'enfant attrape le tétanos puis décède et nous perdons...* ». Certaines enquêtées avaient souligné l'hémorragie au cours de l'accouchement et l'incapacité de pousser l'enfant et de soigner comme facteurs pouvant entraîner la mort. « ...*Il y a un danger ; après l'accouchement, le sang sort beaucoup et il n'y a pas de médicaments... donc ça peut entraîner la mort. Or si j'étais au CS on devrait me soigner. De même, chez l'enfant nous utilisons les gilettes ou un morceau de rameaux pour couper l'ombilic. Si le sang entre au niveau de l'ombilic, l'enfant peut développer le tétanos puis mourir...* ».

CHAPITRE IV : DISCUSSION

4.1. Aspect quantitatif

L'étude a porté sur 400 participantes qui avaient accouché dans la Zone de Santé du 01 janvier au 30 juin 2018 dont l'âge moyen était de 28,1 ans avec des extrêmes allant de 12 à 56 ans, l'âge de 19-35 ans était le plus représenté soit 72 %. Nos résultats sont presque les mêmes que ceux de Diarra. N à Bamako (2001) qui a trouvé un âge moyen de 27,4 ans. Une proportion importante soit 94,2 % était des mariées et nos résultats sont rapproché de celui de Kamga au Nord Cameroun (2010) qui avait trouvé 98,1% des participantes en union (KAMGA, 2010). L'ethnie majoritaire était Ngbaka soit 52,5 %. Cette situation pourrait trouver son explication du fait que cette dernière est majoritaire dans la province du Sud Ubangi. La majorité était des protestantes soit 46,5%. Ces résultats sont similaires à ceux de Rwenge et Tchamgoue-Nguemaleu au Cameroun (2011) qui avaient trouvé parmi les adolescentes une majorité des protestantes soit 35,1 % (Rwenge et Nguemaleu, 2011). La plus par des participantes étaient sans niveau d'étude soit 59,5%. Ces résultats se rapprochent de Diarra à Bamako (2001) qui avait trouvé 55,8% des enquêtées sans niveau d'étude. Cette proportion est supérieure à ceux d'EDS RDC 2014 montrant que 19 % des femmes congolaises n'ont jamais fréquenté l'école et une femme du milieu rural sur quatre (25 %) est sans instruction. La moitié des participantes soit 50,0% étaient des agricultrices suivies des ménagères soit 35,6%. Houiley D et al(2010) avaient trouvé que la majorité des femmes étaient des agricultrices soit 33,25% suivi de ménagères 32,75% parmi ces enquêtées. Les ménages dont la taille varie entre 6-8 personnes étaient majoritaires et représentaient 39,25% suivi de 3- 5 soit 28,75%. Ces résultats sont contraire a ceux de Rwenge et Tchamgoue (2011) qui avaient trouvé que la taille de ménage de 4-5 était majoritaire soit 25,9% suivi de 6-7 soit 16,6%. Les pauci pares dominaient avec 33,0%. Djiteye à Bamako (2006) relève aussi 76,16 % des pauci pares dans son étude (Djitèye, 2006). Les participantes habitant à plus de 5 km de FOSA étaient plus importantes soit 52%. Nos résultats sont contraires à ceux de plusieurs études. Notamment Houiley D et al au Benin (2011) qui avaient trouvé que 87% de femmes habitaient a moins de 5 kilomètres des maternités. Alors que Traore A au Mali (2010) avait trouvé 88,2% des femmes qui habitaient à moins de 5 km d'un centre de santé (Traore, 2010).

Concernant les chefs de ménages, 88,8% étaient de sexe masculin. Il en est de même pour Rwenge et Tchamgoue (2011) qui avaient trouvé une prédominance de sexe masculin soit 80,5%. Le niveau d'étude secondaire et plus, prédominait soit 50,5%. Par contre Houiley D et al (2011) avaient trouvé 41 % était sans niveau d'étude. Les agriculteurs étaient majoritaire (71,2%). Nos résultats sont proche de ceux de Kamga R (2010) qui avait trouvé que 70,9 % des chefs de ménages étaient des agriculteurs.

Par rapport à la situation socioéconomique, nos résultats montrent que 76,5 % des participantes étaient propriétaires des parcelles, de même que Mushagalusa P au Sud Kivu - RD Congo (2005) avait trouvé que 60,5% des enquêtés étaient propriétaires des parcelles (Mushagalusa, 2005). Les champs constituaient pour 62% des participantes la source de revenu. Zouini M et al au Maroc (2006) avaient trouvé que 23,1 % des ménages disposaient des terres d'exploitation champêtre (Zouini et al., 2006).

Concernant le suivi des consultations prénatales, 57,5 % des participantes ont suivi la consultation prénatale et parmi elles, 84,3 % avaient accouché dans le FOSA. L'étude de Kamga R (2010) avait noté que 96% de celles ayant accouché dans une formation sanitaire ont fait au moins une consultation prénatale. Par contre les résultats d'EDS RDC(2014) montre une proportion de 88% des femmes avaient suivi les consultations prénatals. Au moins 50,4% des participants avaient suivi plus de 2 CPN. Alors que Munyemana et Kakoma (2010), avaient trouvé plus de la moitié (60.9 %) des mères avaient suivi 1 à 3 consultations prénatales (Munyemana et Kakoma, 2010). Cela se justifie du fait que dans nos cultures les femmes cachent la grossesse surtout au premier et deuxième trimestre et viennent en CPN en retard.

Par rapport à l'accouchement, parmi 400 des participantes 52,3 % avait accouché dans les formations sanitaires par contre 47,7% étaient des accouchements non institutionnels. Nos résultats sont similaire de ceux de Barrahmoun.R et Essolbi A (2017) qui avaient trouvé 47% de gestantes avaient accouché à domicile (Barrahmoun et Essolbi , 2017). Ces résultats sont contraire a ceux de Munyemana et Kakoma (2010) avaient trouvé une proportion importante (80.4 %) de gestantes avait accouché dans les formations sanitaires. L'EDS RDC(2014) avait montré que 80 % des naissances ont été déroulées avec l'assistance de personnel de santé formé.

Par rapport au prix de l'accouchement, la moyenne de prix d'accouchement était de 1835 Francs congolais dans les formations sanitaires. Soubeiga D. à Burkina Faso (2012)

avait trouvé le prix d'accouchement à 900 francs CFA (1800fc) dans la formation sanitaire (Soubeiga, 2012). Le mode de paiement cash était majoritaire soit 57,7% dans les formations sanitaires. Par contre les accouchements non institutionnels avaient comme mode de paiement majoritaire le paiement cash soit 47,6% et d'autres mode de paiement ne figurant pas dans les FOSA (paiement par nature et par gage). MSP- RDC(2004) avait trouvé que 84,3% de ménages avaient payé cash les accouchements.

Concernant les déterminants des accouchements non institutionnel, il ressort de notre étude que les déterminants tels que : les participantes sans niveau d'étude, les chefs de ménages vendeurs au marché, la distance entre le domicile et la formation sanitaire au delà de 5 km, l'absence de suivre les consultations prénatales et la fréquence de 1 à 2 visites de CPN, le mode de paiement par nature et par gage avaient prouvé une association statistiquement significative avec le taux d'accouchement non institutionnel.

Au sujet de niveau d'étude, notre étude montre que 54,8% des accouchements non institutionnels étaient observés chez les participantes sans niveau d'étude contre 39,0% et 32,6% de niveau primaire et secondaire (RP =1,6 ; IC 95% [1,1 ; 2,6] ; $p < 0,001$). Vroh Bénie Bi et al (2009) avaient trouvé que la moitié des femmes ayant accouché à domicile, n'a aucun niveau d'instruction. De même que Cissé Boubacar Oumar (2008) avait souligné que le risque d'accouchement non assisté lié à l'absence d'instruction scolaire est de 2,11. On observe aussi dans d'autres études que plus la femme a un niveau d'éducation élevée plus elle accouche dans une formation sanitaire (Kamga, 2010; Soubeiga, 2012).

Par rapport à la profession du chef de ménage, les accouchements non institutionnels étaient plus observés chez les participantes qui ont comme chef de ménage vendeur au marché (56,1%) contre celles des chefs de ménages fonctionnaires (30,3%) et agriculteurs soit 47,4% (RP =2,0 ; IC 95% [1,1 ; 3,2] ; $p = 0,04$). Kamga. R au Nord Cameroun (2010) avait constaté que les fonctionnaires avait 4 fois plus tendance à faire accoucher leurs femmes dans une formation sanitaire que les agriculteurs mais cette tendance est non significative pour les commerçants ($p = 0,551$) ou les autres professions ($p = 0,541$).

Au sujet de la distance séparant le domicile et la formation sanitaire, nos résultats montrent que 72,4% des accouchements non institutionnels étaient observés chez les participantes qui habitaient à plus de 5 km de la formation sanitaire par rapport à 25% de celles qui habitaient à moins de 5 km (RP =2,9; IC 95% [2,3; 3,7]; $p < 0,001$). L'étude de Faye A et al (2010) avait aussi montré que la distance éloignée de plus de 5 km d'une structure

sanitaire influence sur l'accouchement à domicile (Faye et al., 2010). Soubeiga D. à Burkina Faso (2012) avait aussi trouvé que la probabilité d'accoucher dans un établissement sanitaire est de 72% chez les femmes habitant à moins de 5 km d'une structure sanitaire contre 45% chez celles qui devraient parcourir plus de 5 km pour rejoindre une structure.

Concernant la consultation prénatale, 91,2% des accouchements non institutionnels étaient observés chez les participantes qui n'avaient pas suivi la consultation prénatale contre 15,7% de celles qui avaient suivi la CPN (RP =1,5; IC 95% [4,3 ; 7,9]; p<0,001). Plusieurs études ont retrouvé ce facteur comme l'un des principaux déterminants du lieu d'accouchement (Amooti-Kaguna et Nuwaha, 2000). De même que les résultats de Tsapi au Cameroun (2011) avaient souligné que les femmes qui n'ont effectué aucune visite prénatale ont 11,1 fois plus de risque de ne pas recourir à une assistance médicale à l'accouchement par rapport à celles qui en ont effectué la visite (Tsapi, 2011).

Nos résultats soulignent aussi que 27,2% des accouchements non institutionnels étaient constatés chez les participantes qui avaient effectué 1 à 2 CPN contre 4,3% qui avaient effectuées 3 à 4 CPN (RP =6,3; IC 95% [2,5 ; 15,7]; p<0,001). L'étude de Faye A et al au Sénégal (2010) avait aussi montré que l'accouchement à domicile est moins fréquent chez les femmes ayant effectué plus de trois CPN. Le nombre de visites prénatales effectuées par la femme affecte fortement et positivement l'utilisation de l'assistance institutionnelle à l'accouchement (Soubeiga, 2012).

Au sujet de modalité de paiement, 100 % des accouchements non institutionnels était observé chez les participantes qui avaient payé l'accouchement par nature ou par gage. Par contre les accouchements institutionnels étaient observés chez celles qui avaient payé cash (57, 7%) et par tranche (65, 9%). Cette situation trouve son explication du fait que dans les formations sanitaires on n'accepte pas le mode de paiement par nature ou par gage.

Les autres déterminants tels que l'âge de participantes, le statut matrimonial, l'ethnie, la confession religieuse, la profession de participante, le sexe du chef de ménage, le niveau d'étude du chef de ménage, la taille de ménage, le propriétaire de la parcelle, le type de revenu et la parité n'étaient pas associés au taux d'accouchement non institutionnel dans notre étude.

4.2. Aspect qualitatif

Ces discussions profondes et variées, à travers l'étude des focus group ont débouché sur les arguments suivants :

1. La majorité des participantes avaient un grand souci de suivre la consultation prénatale et elles s'organisent en vendant les produits agricoles de champs pour trouver l'argent de la consultation. Les partenaires s'impliquent dans la fréquentation de la consultation prénatale en donnant de l'argent à leurs femmes.
2. Les raisons de l'accouchement non institutionnel évoquées sont la pauvreté, le manque de moyen financier pour payer l'accouchement dans la formation sanitaire, le prix élevé de l'accouchement et l'exigence de payer cash ce frais, la notion des concurrences des femmes à la maternité et pendant la sortie ainsi que la distance éloignée de leurs domiciles à la formation sanitaire.
3. La meilleure prise en charge de la mère et les soins de l'ombilic du nouveau-né était dans la majorité la raison de l'accouchement dans la formation sanitaire.
4. Enfin, la majorité avait évoqué la notion de tétanos néonatal suite à certaines pratiques traditionnelles utilisées pour sectionner le cordon ombilical, l'hémorragie au cours de l'accouchement et la fatigue ou l'incapacité de soigner l'enfant comme facteurs pouvant entraîner la mort comme dangers de l'accouchement non institutionnel.

Nos résultats sont similaires à ceux de Zouini et al(2006) sur la morbidité maternelle chez les populations rurales et isolées, qui avaient recouru à des Focus-Group pour compléter les informations en matière des connaissances, perception des femmes en matière de santé maternelle. Ils avaient trouvé que la majorité des femmes ayant participé à leurs entretiens étaient conscientes que l'hôpital était le lieu le plus sécurisé pour l'accouchement. Cependant, ces femmes préfèrent accoucher à domicile. Ce choix est inhérent à l'insuffisance de moyen financier et à l'éloignement de la structure de santé. La décision d'aller accoucher dans la structure de santé dépendait de l'entourage ainsi que des moyens financiers dont elle dispose. Cette décision n'est généralement prise qu'après plusieurs tentatives d'accouchement à domicile, assisté par l'accoucheuse traditionnelle envers qui les femmes ont beaucoup d'estime et de confiance. Elle constitue donc la personne à qui on a recours en premier lieu (Zouini et al., 2006.).

Comme limites de l'étude, nous mentionnons le fait que les prestataires des formations sanitaires n'étaient pas interviewés, pour connaître leur point de vue en ce qui concerne l'organisation de l'accouchement dans les formations sanitaires. En plus, les éléments liés aux relations entre parturientes et personnel de santé, et le temps d'attente dans les formations sanitaires n'étaient pas pris en compte.

Certaines participantes qui avaient accouchées depuis janvier soit une période 6 mois avaient quelques des difficultés pour participer activement au Focus group et nous fournir de réponse en rapport avec leurs CPN.

La réponse en rapport avec le prix de l'accouchement était subjective parce qu'aucune participante ne disposait d'une preuve de paiement.

CONCLUSION ET SUGRESSIONS

Les résultats de notre étude montrent que la prévalence de l'accouchement non institutionnel est importante (47,7%) à Libenge. Les déterminants de ce phénomène sont essentiellement: les participantes sans niveau d'étude (RP =1,6 ; IC 95% [1,1 ; 2,6]),les chefs de ménages vendeur au marché (RP =2.0 ; IC 95% [1,1 ; 3,2]), la distance entre le domicile et la formation sanitaire au-delà de 5km (RP =2,9; IC 95% [2,3; 3,7]), l'absence de suivre les consultations prénatales (RP =1,5; IC 95% [4,3 ; 7,9]), et en fin la notion des concurrences des femmes à la maternité et pendant la sortie. La prise en compte de tous ces déterminants qui interagissent sur les femmes lorsqu'elles doivent choisir le lieu de l'accouchement, s'impose pour assurer l'amélioration de taux d'accouchement institutionnel dans la Zone de Santé de Libenge.

En se référant aux résultats obtenus et dans le but d'améliorer l'utilisation de l'accouchement institutionnel dans la Zone de Santé de Libenge, les mesures suivantes pourraient être suggérées :

Au gouvernement :

- Assurer la gratuité de l'enseignement à l'école primaire en appliquant l'article 43 de la constitution de la République ;
- Appuyer la formation des accoucheuses traditionnelles en milieu rural ;
- Améliorer la couverture des services de santé maternelle.

A la Zone de Santé :

- Plaidoyer pour le redécoupage de certaines aires de santé d'accessibilité difficile ;
- Plaidoyer pour l'organisation de stratégie avancée (clinique mobile) par rapport à la CPN ;
- Equilibrer les offres d'infrastructures sanitaires entre les aires de santé ;
- Négocier la tarification et un mode de paiement des soins avec la communauté ;
- Organiser des séances de communication pour le changement des comportements à la population par rapport à l'accouchement ;
- Sensibiliser les gestantes au cours des séances de CPN concerne les avantages d'accoucher dans les formations sanitaires.

Aux chercheurs :

- Prendre en compte dans les enquêtes futures, les éléments liés aux prestataires des formations sanitaires, les relations entre parturientes et personnel de santé, le temps d'attente dans les formations sanitaires et prix de l'accouchement appliqué dans la formation sanitaire pour approfondir la compréhension de ces présents résultats.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amooti-Kaguna, B., Nuwaha, F., 2000. Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. *Soc. Sci. Med.* 50, 203–213. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00275-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00275-0)
- Barrahmou, R., Essolbi, A., 2017. Analyse de la sous-utilisation des maisons d'accouchement à la province de Chefchaouen. Rabat - <http://ensp.sante.gov.ma>.
- Borghi, J., Hanson, K., Acquah, C.A., Ekanmian, G., Filippi, V., Ronsmans, C., Brugha, R., Browne, E., Alihonou, E., 2003. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy Plan.* 18, 383–390. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg046>
- Cissé, B.O., 2005. Etude des accouchements assistés et non assistés dans la commune de Gao de 2005 à 2008. A propos de 398 cas. 73.
- Diarra N, 2001. Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas. Thèse de Médecine à Bamako 2001 n° 48.
- Djitèye, M., 2006. Les accouchements assistés à l'hôpital de Gao a propos de 799 cas 101.
- Dupont, C., Carayol, M., Le Ray, C., Barasinski, C., Beranger, R., Burguet, A., Chantry, A., Chiesa, C., Coulm, B., Evrard, A., Fischer, C., Gaucher, L., Guillou, C., Leroy, F., Phan, E., Rousseau, A., Tessier, V., Vendittelli, F., Deneux-Tharaux, C., Riethmuller, D., 201702. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 45.
- Faye, A., Wone, I., Samb, O.M., Tal-Dia, A., 2010. Étude des facteurs contributifs de l'accouchement à domicile (Sénégal). *Bull. Société Pathol. Exot.* 103, 246–251.
- FNUAP ,2014.Santé maternelle. <https://www.unfpa.org/fr/santé-maternelle>
- Houiley D et al, 2011.Etude de l'accouchement assiste par les femmes reçues en consultation pré natale dans les maternités publique de la zone de santé de Aplahoue-djakotomey-dogbo .
- Idris, S.H., Gwarzo, U.M.D., Shehu, A.U., 2006. Determinants of place of delivery among women in a semi-urban settlement in Zaria, northern Nigeria. *Ann. Afr. Med.* 5, 68–72.

- Kamga, D.G.-R., 2010. Déterminants Socio-économiques du Choix du Lieu d'Accouchement des Femmes dans le District de Santé de Lagdo, Nord Cameroun 25.
- Karine, P., 2017. Les recommandations de bonne pratique .Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales Haute Autorité de santé 47.
- Merger R, Lévy J, Melchior J, 1995. Précis d'obstétrique - 9782294008979 Elsevier / masson, Obstétrique.URL.https://www.unitheque.com/Livre/elsevier_masson/Precis_d'obstetrique-482.html (accessed 9.7.18).
- Ministère de la Santé Publique –RDC, 2004 .Rapport d'étude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé. 28.
- Ministère de la Santé Publique –RDC, 2012. Normes de la zone de sante relatives aux interventions intégrées de sante de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Volume 1, Soins obstétricaux essentiels
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité RDC, 2014; deuxième enquête démographique et de santé 00_-_00_-_DRC_DHS_2013-2014_FINAL_PDF_09-29-2014.pdf.
- Ministère du Plan RDC, 2007.Première enquête démographique et de santé.
- Munan, R., Kakudji, Y., Nsambi, J., Mukuku, O., Maleya, A., Kinenkinda, X., Kakudji, P., 2017. Accouchement chez la primipare à Lubumbashi: pronostic maternel et périnatal. Pan Afr. Med. J. 28. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.77.13712>
- Munyemana, M., Kakoma, J.B., 2010. Facteurs influençant le lieu d'accouchement dans le district de Nyaruguru (Province du Sud du Rwanda) 68, 5.
- Mushagalusa P, 2005 .Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RD Congo 48
- NCT, Royal College of Midwives, Royal College of Obstreticians and Gynaecologists. Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth. London: NCT; 2007. <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/NormalBirthConsensusStatement.pdf>.

- OMS, 2016 : La mortalité maternelle .<https://www.who.int/fr/mortalité-maternelle>
- OMS, 2018 : La mortalité maternelle <https://www.who.int/fr/mortalité-maternelle>.
- OMS, 1993. Accouchement traditionnel. Déclaration conjointe OMS/FNUAP/UNICEF.
- Plan d'action opérationnel 2017 de la zone de santé de Libenge.
- Pitkin, R.M., 2003. Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol* 1955;6:567-89. *Obstet. Gynecol.* 101, 216.
- Rwenge, M.J.R., Nguemaleu, H.T., 2011. Facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises. *Afr. J. Reprod. Health* 15, 87–99.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2008. Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal. *J Obstet Gynaecol Can*;30(12):1166-68.
- Sophie, A. et Traineau-Durozoy, 2017. André Levret, un obstétricien du XVIIIe siècle.
- Soubeiga, D., 2012. Facteurs organisationnels associés à l'éducation prénatale et impact sur l'accouchement assisté dans deux contextes à risques maternels et néonataux élevés au Burkina Faso 196.
- Traore, A.I., 2010. Déterminants de l'utilisation des services de PF par les femmes en âge de procréer dans la CVI du district de Bko 127.
- Tsapi, C.T., 2011. Facteurs explicatifs du non recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le niveau de vie du ménage au Cameroun 136.
- Ullmann, F., 2009. La Fistule, une affection ignorée au cœur des rapports sociaux de sexe. 91.
- UNFPA, 2004. Mise à jour sur la mortalité maternelle : Accoucher en de bonnes mains, 79, pp.7–8.
- UNICEF, 2015. La situation des enfants dans le monde : ré imaginer l'avenir, New York.
- UNICEF, 2016. La situation des enfants dans le monde, L'égalité des chances pour chaque enfant aux soins et la qualité des soins.
- United Nations, 1999. Key actions for the further implementation of the Programme of Action for the International Conference on Population and Development. New York: United Nations. Para 64.
- Wendy, G.J., Bell, J.S., Bullough, C.H., 2001. L'assistance qualifiée à la naissance peut-elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement? 30.

- Vroh, J.B.B., Tiembré, I., Zengbé-Acray, P., Doua, J.G., Dagnan, N.S., Tagliante-Saracino, J., 2009. Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire, Summary. *Santé Publique* 21, 499–506. <https://doi.org/10.3917/spub.095.0499>
- Yli, B., A Birkeland Kro, G., Rasmussen, S., Khoury, J., Norén, H., Amer-Wåhlin, I., Saugstad, O., Stray-Pedersen, B., 2011. How does the duration of active pushing in labor affect neonatal outcomes? *J. Perinat. Med.* 40, 171–8. <https://doi.org/10.1515/JPM.2011.126>
- Zhang, J., Troendle, J., Mikolajczyk, R., Sundaram, R., Beaver, J., Fraser, W., 2010. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet. Gynecol.* 115, 705–710. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d55925>
- Zouini, M., Zahra, E.H.F., Abdellatif, B., Mohamed, C., 2006. La morbidité maternelle chez les populations rurales et isolées au Maroc 21.

ANNEXE

ANNEXE 1. FICHE DE COLLECTE DES DONNEES QUANTITATIVES SUR LES DETERMINANTS DE L'UTILISATION D'ACCOUCHEMENT NON INSTITUTIONNEL

1. Nom de l'aire de santé : /_____ / 2. Village/rue : /_____ /

3. Non de l'enquêteur : /_____ / 4. Date de l'enquête: /____/____/2018

I.DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

N°	QUESTIONS		REPNSES
Q01	Initiales de la participante en 3 lettres (Exple : Olofio Palafio Marie= OPM)		/_ /_ /_ /
Q02	Date de naissance/ Age/...../.....	Age :..... ans
Q03	Ethnie de la participante		
Q04	Religion de la participante	1= Catholique 2= Protestante 3= Kimbanguiste 4= Salutiste 5= Eglises de réveil 6= Autres (à préciser).....	/____/
Q05	Statut matrimonial	1= Mariée monogame 2= Mariée polygame 3= Veuve 4= Divorcée 5= Concubine 6= Célibataire	/____/
Q06	Sexe du chef de ménage	1= Masculin 2= Féminin	/____/
Q07	Taille du ménage (nombre total de personnes habitant le ménage)		/____/

Q08	Niveau d'étude de la participante	1= Sans niveau 2= Primaire 3= Secondaire 4= Supérieur et universitaire 5=Autres (à préciser).....	/___/
Q09	Savez-vous lire et écrire dans une langue quelconque ?	1=Oui 2=Non	/___/
Q10	Profession de la participante	1= Fonctionnaire 2= Vendeuse au marché 3= Agriculteur 4= Ménagère 5=Autres (à préciser).....	/___/
Q11	Niveau d'étude du chef de ménage	1= Sans niveau 2= Primaire 3= Secondaire 4= Supérieur et universitaire 5=Autres (à préciser).....	/___/
Q12	Profession du Chef de ménage	1= Fonctionnaire 2= Vendeur au marché 3= Agriculteur 4=Autres (à préciser).....	/___/

II: FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES

N°	QUESTIONS		REPNSES
Q13	Etes-vous propriétaire de cette parcelle ?	1= Je suis propriétaire 2= Je suis locataire 3= Autres (à préciser).....	/___/
Q14	Avez-vous une source de revenu sûre? Si non passer à la Q15	1= Oui 2= Non	/___/
Q15	Si oui, les quels	1= Travail 2= Commerce	/___/

		3= Champs	
		4= Autres (à préciser).....	

III : CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

N°	QUESTIONS		REPONSES
Q16	Nombre d'accouchements dans la vie de la femme ?		/___/
Q17	Nombre de grossesses dans la vie de la femme ?		/___/
Q18	Lieu de l'accouchement ? Si à domicile passer à la Q19	1= FOSA 2= Domicile	/___/
Q19	Distance entre votre domicile et l'endroit où vous aviez accouché	1= ≤ 5 Km 2= supérieur à 5Km	/___/
Q20	Le sexe de la personne qui a dirigé l'accouchement	1= Masculin 2= Féminin	/___/
Q21	Avez-vous suivi les consultations prénatales au cours de votre grossesse ?	1= Oui 2= Non	/___/
Q22	Si Oui Combien de fois ?		/___/

V: FACTEURS FINANCIERS

N°	QUESTIONS		REPONSES
Q23	Le Prix de l'accouchement (si celui-ci a été payé en nature, estimez la valeur moyenne) ?FC ou\$	
Q24	Quels est le mode de paiement que vous avez utilisé pour les frais de votre accouchement?	1= Paiement cash 2= Paiement par tranche 3= Paiement en nature 4= Paiement par gage 5= Autres (à préciser).....	/___/
Q25	Qui a payé les frais d'accouchement pour vous ?	1= Moi même 2= Chef de ménage 3= Membre de famille 4= connaissance	/___/

ANNEXE 2.CHECK LIST POUR L'ASPECT QUANTITATIF SUR L'ORGANISATION DE LA CONSULTATION PRENATALE, RAISONS ET CONNAISSANCE DES DANGERS DE L'ACCOUCHEMENT A TRAVERS L'ETUDE DES FOCUS GROUP

1. Parlez-nous un peu comment, dans cette communauté, les femmes s'organisent pour accoucher (CPN ? frais d'accouchement ?, choix du lieu d'accouchement ? la ou elle a accouché ?)
2. Que pensez-vous des accouchements à domicile et comment se déroulent-ils ?
3. Raisons de votre dernier accouchement à domicile ? Pensez-vous qu'il existe un danger d'accoucher à domicile ?
4. Raisons de l'accouchement dans la formation ? Pensez-vous qu'il existe un danger d'accoucher dans formation sanitaire?
5. Comment avez-vous payé les frais après avoir accouché à domicile ou dans la FOSA ?

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

ANNEXE 3 LISTE DES AIRES DE SANTE ET VILLAGES ENQUETES

N°	AIRES DE SANTE	VILLAGES
04	BATANGA	BATANGA, NGBANGISA, MOTONGA, NGONBE-LEMIA
01	BOKILIO	BONDOLA I & II, BONGILIO I & II
06	BOMUNTU	BOMANGA FATAKI, BOMANGA MAFUA, BOGILAZO I & II
03	BOYABO	GBOKOZO, BADZA, KPAGWA ET WULUWU
09	BOYAKANA	BOTOMEYA I & II, BOTILI I & II
02	BOZOKO	BOSUMA, BODULI, BOZOKO, BOKANGA
07	CECU	BOZONZIMELO, LIBEBGE-MOKE, NGOLI, NGOMBE
10	CITE	MBANDAKA, BUSINGA, VELE, NYENBA, BONGO
05	ELAKA	BOTOMBEKE I & II, GBASONGO I & II
08	NDUMA	GETDA, WUDAWU, KATAKO, YAWALA

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	v
RESUME.....	vi
INTRODUCTION.....	1
1. Enoncé du Problème	1
2. Etat de la question.....	2
3. Objectifs.....	4
4. Justification de la recherche	4
CHAPITRE I : GENERALITES SUR L'ACCOUCHEMENT	5
1.1. Historique de l'accouchement	5
1.2. Définitions des concepts	5
1.2.4. Accouchement assisté par un accoucheur qualifié	6
1.3. Travail d'accouchement	8
1.3.1. Premier stade du travail.....	9
1.3.2. Deuxième stade du travail.....	10
1.3.3. Troisième stade du travail et post partum immédiat	11
CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODES.....	13
2.1. Milieu de recherche	13
2.2. Population et/ou échantillon: taille, inclusion & exclusion.....	16
2.2. Type d'étude	16
2.3. Techniques de collecte des données	16
2.5. Variables	17
2.6. Procédés d'analyse des données	17
2.7. Considérations éthiques	17
CHAPITRE III : RESULTATS.....	18
3.1. Aspect quantitatif.....	18
3.2. Aspect qualitatif.....	29
CHAPITRE IV : DISCUSSION	31

4.1. Aspect quantitatif.....	31
4.2. Aspect qualitatif.....	35
CONCLUSION ET SUGESIONS	37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	39
ANNEXE	43