

Ecole de Santé Publique  
School of Public Health

**LES FACTEURS DETERMINANT LE CHOIX DU LIEU  
D'ACCOUCHEMENT**

**Cas : zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye  
District de Karongi**

Mémoire présenté en vue de l'obtention  
du grade de Maîtrise en Santé Publique

Par :

**Cyrille DUSENGAMUNGU, MD**

**Directeur : Professeur GASANA KARAKE G.**

**Co-directeur : NTAHOBAKURIRA Isaac**

Kigali, juin 2009

## **I-DEDICACE**

A ma chère Epouse Mukunde Caritas

Et à mes chers enfants

A ma chère Mère

A toute ma chère famille

A tous mes amis

Je dédie ce travail.

## **II-REMERCIEMENTS**

Au Seigneur DIEU, pour la grâce et la miséricorde.

Au Ministère de la sante, pour l'appuie technique et financier dans la réalisation de ce travail.

Au Professeur GASANA KARAKE Guillaume, pour avoir accepté de diriger ce travail et Persévéré jusqu'au bout malgré de nombreuses sollicitations,

A Monsieur NTAHOBAKURIRA Isaak, pour votre disponibilité et votre soutien scientifique.

Au Docteur BASINGA Paulin, pour votre dévouement et vos conseils.

Au Docteur SAVADOGO Bonaventure et toute l'équipe du Projet PSP, pour votre soutien scientifique

A toute l'équipe de l'hôpital de Kibuye qui a participé dans la réalisation de ce travail

A tous mes collègues pour tout ce que nous avons partagé tout au long de notre formation.

### **III. TABLE DE MATIERE**

I-DEDICACE.....	1
II-REMERCIEMENTS.....	2
III. TABLE DE MATIERE.....	3
IV-LISTE DES TABLEAUX.....	4
V. RESUME/SUMMARY.....	6
VI-SIGLES ET ABREVIATIONS.....	10
1. INTRODUCTION.....	11
1.1. Contexte de l'étude.....	11
1.2. Présentation de la problématique.....	12
1.3. Conséquences du problème.....	13
1.4. Justification de la recherche sur le problème.....	14
1.5. Description du lieu d'étude et de la population étudiée.....	15
1.6. Revue de la littérature.....	16
1.7. Hypothèse et objectifs du travail.....	24
2. METHODOLOGIE.....	25
2.1. Type d'étude.....	25
2.2. Types de variables.....	25
2.3. Echantillonnage.....	28
2.4. Méthodes de collecte et traitement des données.....	31
2.5. Forces et Faiblesses de l'étude.....	32
3. RESULTATS.....	33
3.1. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées.....	33
3.2. Les facteurs qui peuvent influencer dans le choix du lieu d'accouchement.....	35
3.3. La contribution de la consultation prénatal au choix du lieu d'accouchement.....	41
3.4. La perception des femmes sur la qualité des services offerts par les prestataires.....	43
4. DISCUSSION DES RESULTATS.....	47
4.1. Facteurs sociodémographiques.....	47
4.2. Les facteurs liés à l'accessibilité géographiques et financière.....	49

4.3. Les facteurs liés à la grossesse.....	51
4.4. La contribution de la CPN dans le choix du lieu d'accouchement.....	52
4.5. La perception des femmes sur la qualité des services de maternité.....	54
5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	56
5.1. Conclusions.....	56
5.2. Recommandations.....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	59
ANNEXES.....	61
1. Questionnaire .....	61

## **IV-LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Répartition des mères enquêtées dans la zone de rayonnement de chaque centre de santé.

Tableau 2. Présentation des données sociodémographiques de l'échantillon.

Tableau 3. Lieux d'accouchement selon l'âge des mères enquêtées.

Tableau 4. Lieux d'accouchement selon le type d'occupation de la femme.

Tableau 5. Lieux d'accouchement selon le niveau de scolarisation.

Tableau 6. Lieu d'accouchement selon le statut marital de la femme.

Tableau 7. Lieux d'accouchement en fonction du temps de marche du domicile à la formation sanitaire la plus proche.

Tableau 8. Lieux d'accouchement en fonction d'adhésion ou non à une assurance maladie.

Tableau 9. Lieux d'accouchement en fonction de la personne qui prend la décision du lieu d'accouchement.

Tableau 10. Lieux d'accouchement selon le rang de naissance du dernier enfant.

Tableau 11. Lieux d'accouchement selon le moment du début du travail d'accouchement.

Tableau 12. Lieu d'accouchement selon que la femme a fait ou non la consultation prénatale.

Tableau 13. Lieu d'accouchement en fonction du nombre des CPN standards.

Tableau 14. Lieux d'accouchement selon les informations données par les prestataires pendant la consultation prénatale.

Tableau 15. Lieux d'accouchement selon l'appréciation de l'accueil par les femmes lors des l'accouchement antérieurs.

Tableau 16. Lieux d'accouchement de la dernière grossesse selon le temps d'attente à la maternité

Tableau 17. Appréciation par les femmes du niveau de communication des prestataires avec les Parturientes

Tableau 18. Appréciation par les femmes sur la confidentialité et le secret professionnel des prestataires

## **V. RESUME / SUMMARY**

Malgré la disponibilité des services de santé dans la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye, le taux d'accouchements assisté par un personnel qualifié reste toujours faible. Ceci fait qu'un grand nombre de femmes accouchent entre les mains des personnes non qualifiées, ce qui les expose à beaucoup de risques liés aux complications obstétricales.

Un phénomène paradoxal qui défie les professionnels de santé au Rwanda est le choix sélectif des services de santé maternelle par les mères pour des raisons qui ne sont pas encore bien élucidées. En effet, nous observons un écart important entre la proportion des mères qui bénéficient des soins prénataux et celle des mères qui bénéficient des soins des personnes qualifiées pendant l'accouchement. Il y a lieu de nous poser la question de savoir pour quoi le couple mère- enfant sélectionne t-il les services de santé maternelle existants en utilisant de façon satisfaisante les services des soins prénatals et post-natals (à titre d'exemple la vaccination) alors que l'utilisation des services de maternité par le même couple reste très faible. Le taux de consultations prénatales dans la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye est de 90%, celui de la couverture vaccinale pour l'antigène BCG est de 96%, alors que le taux d'accouchements assistés ne dépasse pas 45%. Pour tenter de répondre à cette question, nous avons fait une étude aux objectifs suivants :

1. Déterminer les facteurs qui peuvent influencer dans le choix du lieu d'accouchement par les femmes de la zone de rayonnement de l'hôpital de KIBUYE ;
2. Evaluer la contribution de la CPN au choix du lieu d'accouchement ;
3. Evaluer la perception des femmes sur la qualité des services de maternités ainsi que son influence dans le choix du lieu d'accouchement ;

Notre étude couvre l'aspect descriptif transversal et a utilisé une approche quantitative par un questionnaire dont les données sont analysées par une analyse comparative entre les deux groupes (groupe de femmes ayant accouché dans la formation sanitaire et celui des femmes ayant accouché en dehors de la formation sanitaire).

Après l'analyse et discussion des résultats nous sommes arrivés à des conclusions suivantes :

Les facteurs qui influencent dans le choix du lieu d'accouchement sont essentiellement les facteurs sociodémographiques tels que l'âge de la femme et le rang de la grossesse, l'activité économique exercée par la femme ainsi que le niveau de scolarisation.

Les facteurs socioculturels tels que le rôle de la femme dans la prise de décision ainsi que l'ignorance des risques occasionnés par la grossesse influence également le choix du lieu d'accouchement.

Les facteurs liés à l'inaccessibilité tant géographique que financière contribuent également au choix du lieu d'accouchement.

La qualité des consultations prénatales (surtout l'IEC) et la fréquence des CPN faites par la femme jouent un rôle important dans le choix du lieu d'accouchement.

L'appréciation négative ou positive de l'attitude du personnel de santé à l'égard de la femme ou son entourage influence la décision du lieu d'accouchement pour les grossesses ultérieures.

## Summary

Despite the availability of health services in the coverage area of Kibuye hospital, the rate of births attended by a qualified staff still low, the result is that many women give birth in the hands of unqualified people, and these women are exposed to many risks related to obstetric complications.

The paradoxical phenomenon which challenges the health care professionals in Rwanda is that people make a selective choice of maternal health services for reasons that are not yet well elucidated.

Indeed, we are seeing a significant gap between the proportion of mothers who receive prenatal care and those who receive care from the qualified health professionals during childbirth.

We should ask our self the question ‘‘Why the couple Mother- Child select health services differently in the same health facility? For example, immunization services are well used by the population while the use of maternity services by the same population remains very low.

The rate of prenatal consultation in the coverage area of the Kibuye hospital of is 90 %, the immunization coverage for the BCG antigen is 96 %, While the rate of assisted childbirth does not exceed 45 %. In an attempt to answer this question, we did a study with the following objectives:

1. Determine the factors that can influence in the choice of the place of delivery by the women of the coverage area of the Kibuye hospital.
2. Evaluate the contribution of the ANC to decide the place of delivery;
3. Evaluate the perception of women on the quality of maternity services, as well as its influence in the choice of the place of delivery

Our study covered the cross descriptive aspect and has used a quantitative approach by an established questionnaire. Data were analyzed using a comparative analysis between the two groups (group of women who delivered in health facility and the group of women who delivered at home.

After the analysis and discussion of the results we made the following conclusions:

- The socio-demographic conditions such as the age of the woman and the rank of the pregnancy, the economic activity carried out by the woman as well as the level of education are essentially the most factors which influence the choice of the place of delivery.
- The socio-cultural factors such as the role of women in decision making, as well as the ignorance of the risks related to the pregnancy influence also the choice of the place of delivery.
- The geographical as well as financial inaccessibility contribute to the choice of the place of delivery
- The quality of communication services during antenatal care (especially the BCC) and the frequency of ANC play an important role in the choice the place of delivery

The attitude of the health care provider vis- a -vis to the pregnant woman or her family influence the decision of the place of delivery for the next pregnancies.

## **VI-SIGLES ET ABREVIATIONS**

CPN	: Consultation Périnatale
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
IEC	: Information Education Communication
MINISANTE	: Ministère de la Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PF	: Planification Familiale
PSP	: Projet santé publique
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
RSPAS	: Rwanda Service Provision Assessment Survey
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIS	: Système d'information sanitaire
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
UNFPA	: United Nations Funds for the Population
VCT	: Voluntary Counseling and Testing
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	: World Health Organization

# 1. INTRODUCTION.

## 1.1. Contexte de l'étude

L'amélioration de la santé des femmes est une condition indispensable à un développement durable. Depuis plusieurs décennies, la santé de la reproduction constitue une grande préoccupation de la communauté dont le souci majeur est de rendre le processus de procréation aussi sûr et à moindre risque que possible <sup>[1]</sup>. La grossesse et l'accouchement sont des événements majeurs dans la vie d'une femme, tout comme dans celle de sa famille, synonyme de grandes espérances et d'anticipation joyeuse, ces événements peuvent aussi apporter la crainte, la souffrance, voire la mort.

A l'instar d'autres pays membres de l'OMS, le Rwanda a adopté en 1978 les stratégies des soins de santé primaires et a souscrit à l'Initiative de Bamako comme stratégie de renforcement de l'accessibilité aux soins de santé primaires. La santé maternelle et infantile est l'une des composantes de cette stratégie <sup>[1]</sup>.

Le concept de santé de la reproduction résulte principalement des travaux de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994. Le Rwanda a souscrit à cette conférence ainsi qu'à la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing de 1995. Tous les pays participants devaient adapter les stratégies dégagées du consensus à leur contexte spécifique pour que les actions à mener soient pertinentes et efficaces à quelque niveau que ce soit. C'est dans ce cadre que Le Rwanda a défini clairement les orientations de la politique nationale de santé de la reproduction en septembre 2000, lors de la tenue d'une table ronde sur la santé de la reproduction à Gisenyi. Le concept de maternité à moindre risque a été défini comme l'une des composantes de cette politique <sup>[1,2]</sup>.

Une contribution possible à la mise en œuvre de cette politique est de mener une étude sur les facteurs à la base du choix du lieu d'accouchement, objet de notre travail, qui vise à identifier les causes principales qui poussent les femmes de la zone de rayonnement de

l'hôpital de Kibuye à accoucher en dehors des formations sanitaires en vue d'initier des actions pouvant contribuer à améliorer le taux d'utilisation des services de maternité dans le sens de la promotion de la maternité à moindre risque.

## **1.2. Présentation de la problématique.**

Dans le monde, environ 60% des accouchements ont lieu en présence d'un personnel de santé qualifié. Dans les pays industrialisés, presque tous les accouchements se déroulent à l'aide d'une personne formée aux techniques obstétricales. Le pourcentage de femmes qui accouchent à la maternité est presque 100% pour l'Europe et l'Amérique du Nord. [3] Dans les pays en voie de développement, la majorité des femmes accouchent seules à domicile ou assistées par leurs grand-mères ou par des accoucheuses traditionnelles ou des voisines ou amies qui, la plupart du temps, exercent dans des conditions d'hygiène précaires sans formation appropriée pour intervenir efficacement en cas de complications [3].

Dans ces pays, le pourcentage des femmes qui accouchent à la maternité varie de 3 % au Bangladesh à 50%-70% dans certains pays de l'Amérique latine [3]. Au Rwanda, malgré que le nombre d'accouchements assistés dans les formations sanitaires ait légèrement augmenté, de 25% à 27% de 1992 en 2000, à 28% en 2005 et à 47% en 2007, l'utilisation des services de maternité reste toujours faible. [4, 5,6].

Selon les données de l'enquête démographique et de santé du Rwanda en 2005, six femmes sur dix accouchent sans assistance du personnel qualifié, 43% d'entre elles accouchent à l'aide d'une accoucheuse traditionnelle non formée. Les naissances les plus fréquemment survenues à la maison sont celles du milieu rural (75%) contre celles du milieu urbain (44%). La même enquête a montré que dans la Province de l'Ouest, 24% des naissances ont eu lieu dans les formations sanitaires [5].

Un phénomène paradoxal qui défie les professionnels de santé au Rwanda est le choix sélectif des services de santé maternelle par les mères pour des raisons non encore bien élucidées. En effet, nous observons un écart important entre la proportion des mères qui

bénéficient des soins prénataux et celle des mères qui bénéficient des soins des personnes qualifiées pendant l'accouchement. Ainsi, la question à se poser est de savoir pourquoi le couple mère- enfant sélectionne t-il les services de santé maternelle existants en utilisant de façon satisfaisante les services des soins prénatals et post natals alors que l'utilisation des services de maternité par le même couple reste très faible. A titre illustratif, l'utilisation des services curatifs dans les formations sanitaires de la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye au cours de l'année 2008 est de 0.58, le taux de consultation prénatale atteint 90%, celui d'accouchement assisté est seulement de 45% alors que la couverture vaccinale pour l'antigène BCG est de 96%<sup>[7]</sup>.

### **1.3. Conséquences du problème**

La grossesse n'est pas une maladie, mais un processus physiologique normal. Néanmoins, elle présente certains risques pour la santé et la survie de la femme et de l'enfant qu'elle porte. Ces risques existent dans toutes les sociétés et dans tous les contextes. Dans les pays développés, ces risques ont été largement écartés grâce aux soins spéciaux auxquels toute femme enceinte a accès durant la grossesse et l'accouchement. Mais, tel n'est pas le cas dans un grand nombre de pays en voie de développement, où chaque grossesse est un voyage vers l'inconnu dont trop de femmes ne reviennent jamais<sup>[8]</sup>.

On estime à 600,000 chaque année, le nombre de femmes qui meurent suite à des complications de grossesse et d'accouchement, 99% de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement où 1 femme sur 16 meurt des complications en relation avec la grossesse et l'accouchement, comparé au décès d'une femme sur 2800 dans les pays développés<sup>[8]</sup>. Environ 40 % de toutes les femmes enceintes souffriraient de complications et environ 15 % d'entre elles, auraient des complications qui apparaissent souvent brutalement sans pouvoir être prévues<sup>[9]</sup>.

La majorité des décès maternels (près de 90 %) surviennent en Asie et en Afrique subsaharienne, environ 10 % dans d'autres régions en développement et moins de 1 % dans le monde développé. Entre 25 % et 33 % des décès de femmes à l'âge de procréer qui

surviennent dans de nombreux pays en développement font suite à une grossesse ou à un accouchement <sup>[9]</sup>. Pour chaque femme qui décède, de nombreux autres souffrent de séquelles graves, peut-être pour le reste de leur existence <sup>[8]</sup>. Les problèmes de décès maternels ne sont pas seulement liés à la grossesse mais aussi à d'autres incapacités comme les prolapsus utérins et les fistules vésico-vaginales et recto- vaginales où la femme a constamment des pertes d'urines et parfois des matières fécales suite à la compression prolongée de la tête sur les structures anatomiques du bassin lorsqu'il y a une disproportion foeto-pelvienne. L'O.M.S considère que deux millions de femmes vivent avec les fistules vésico-vaginales et que l'Afrique est de loin le continent le plus frappé <sup>[10]</sup>.

#### **1.4. Justification de la recherche sur le problème**

Nous avons choisi le sujet sur la maternité à moindre risque dans le but d'apporter une contribution à la mise en œuvre de la politique nationale de santé de la reproduction.

Notre expérience professionnelle a également beaucoup influencé le choix de ce sujet. Durant plus de sept années passées sur le terrain en tant que médecin directeur de l'hôpital de Kibuye et responsable du district sanitaire de Kibuye, nous avons remarqué que malgré la sensibilisation faite à travers les autorités politico administratives et les animateurs de santé, malgré même l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé par les mutuelles de santé, le taux d'utilisation des services de maternité dans notre zone de rayonnement n'est pas satisfaisant.

Vu les conséquences liées au problème des accouchements non assistés par un personnel qualifié, l'étude sur les déterminants de cette situation va nous aider à dégager des recommandations sur les actions concrètes à mener et ainsi contribuer à la promotion de la santé maternelle et infantile.

## 1.5. Description du lieu d'étude et de la population étudiée

L'Hôpital de Kibuye est l'un des trois hôpitaux du District de Karongi, Province de l'Ouest. Le district de Karongi est situé à l'ouest du Rwanda, borné au nord par le District de Rutsiro et Ngororero, à l'Est par celui de Muhanga et de Ruhango, au Sud par le District de Nyamasheke et de Nyamagabe, à l'ouest par le lac Kivu qui le sépare de la République Démocratique du Congo.

Le relief du District de Karongi est accidenté, avec des montagnes qu'arrosent plusieurs cours d'eau dont les uns se dirigent vers le bassin du Congo, les autres vers celui du Nil<sup>[32]</sup>. Il faut signaler que le fleuve Nil prend sa source dans le District de Karongi et plus précisément dans le secteur de Twumba dans le Parc National de Nyungwe<sup>[32]</sup>. L'altitude du District de Karongi varie entre 1400 et 2800 mètres au sommet du mont Karongi<sup>[32]</sup>.

L'économie du District de Karongi est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage dont la pratique reste quasi traditionnelle. Les principales cultures industrielles sont le café, le thé et le macadamia. Les cultures vivrières les plus cultivées sont le haricot, le sorgho, le soja, les bananiers, la pomme de terre, le petit pois et le blé<sup>[32]</sup>. L'élevage le plus pratiqué est surtout celui des bovins, ovins, caprins et des abeilles. Le domaine du tourisme constitue un grand atout pour le développement du District qui s'ouvre progressivement aux investisseurs, mais les sites touristiques ne sont pas encore bien aménagés<sup>[32]</sup>.

En ce qui concerne la situation démographique, le District de Karongi compte 279.135 habitants répartis sur 13 secteurs administratifs, et 88 cellules. Il se situe dans la zone à une densité moyenne de 281 habitants par Km<sup>2</sup> et est légèrement inférieure à la moyenne nationale de 387 habitants par Km<sup>2</sup><sup>[5,32]</sup>. La population de la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye est de 143,451 habitants, répartis dans les zones de rayonnement des 9 centres de santé qui sont sous son encadrement<sup>[7]</sup>.

Le District de Karongi a une population très jeune avec plus de 67% de la population âgée de moins de 25 ans. Les enfants de moins de 5 ans représentent 16.3% de la population totale du District <sup>[5]</sup>. La structure par sexe se caractérise par une prépondérance de femmes (56.0%des femmes contre 44.0 % des hommes) <sup>[32]</sup>.

Pour ce qui est de l'état matrimonial, les célibataires représentent la plus forte proportion des personnes âgées de plus de 12 ans (48.3%) et les hommes célibataires sont plus nombreux (54.8%) que les femmes (43.4%) célibataires. Sur dix habitants, plus d'une personne sont en union libre (12%). Le veuvage est assez répandu dans la région (8.8%) et frappe principalement les femmes (14.4% des femmes veuves contre 1.5% d'hommes veufs). Il y a proportionnellement plus de femmes en union polygame (2.9%) que d'hommes (1.7%) <sup>[5]</sup>. On trouve généralement plus de femmes divorcées ou séparées (2%) que de hommes (0.5%) <sup>[5]</sup>.

Les dix principales causes de morbidité dans la zone de rayonnement des formations sanitaires du District de Karongi sont : les maladies des voies respiratoires supérieures et inférieures, le paludisme, les maladies diarrhéiques, la tuberculose, le VIH/SIDA, les complications de la grossesse et de l'accouchement, la malnutrition, les cardiopathies et les hypertensions artérielles, le diabète. <sup>[7]</sup>.

## **1.6. Revue de la littérature.**

La formulation d'une politique nationale de santé de la reproduction s'est concrétisée lors de la tenue d'une table ronde à Gisenyi en 2000 au cours de laquelle on a défini six composantes prioritaires de santé de la reproduction au Rwanda qui sont les suivantes [1] :

- La maternité à moindre risque et la santé infantile ;
- La planification familiale ;
- La prévention et la prise en charge des infections génitales ;
- La santé de la reproduction chez l'adolescent ;

- La prévention et la prise en charge des violences sexuelles ;
- Les changements sociaux pour accroître le pouvoir de décision de la femme.

Environ 60% des accouchements dans le monde ont lieu en présence d'une personne qualifiée. Dans les pays industrialisés presque tous les accouchements se déroulent à l'aide d'une personne formée aux techniques obstétricales. Le pourcentage des femmes qui accouchent à la maternité varie de 93 à 100% pour l'Europe et l'Amérique du Nord <sup>[3]</sup>.

Dans les pays en voie de développement le pourcentage des femmes qui accouchent à la maternité varie de 3 à 50% <sup>[3]</sup>.

Les études faites au Bangladesh dans les zones rurales ont montré que 97% des femmes accouchent à domicile. Au Sierra Leone, les accoucheuses traditionnelles pratiquent presque 70% des accouchements dans le pays <sup>[11]</sup>.

Au Rwanda, un grand nombre de femmes accouchent à domicile. Selon les données de l'enquête démographique et santé 2005, 70% des accouchements se déroulent à domicile, six femmes sur dix accouchent sans assistance par un personnel formé et parmi elles 43% accouchent à l'aide d'une accoucheuse traditionnelle non formée <sup>[5]</sup>.

Selon les statistiques du système de l'information sanitaire, SIS District Karongi, le taux d'accouchements assistés au cours de l'année 2008 dans la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye est de 45% <sup>[7]</sup>.

Une étude sur la perception et les besoins de la communauté en service de santé de base dans les anciennes provinces de Byumba et Butare a révélé que les barrières financières constituent une contrainte fondamentale à l'utilisation des services de santé <sup>[12]</sup>. Une autre étude sur les barrières à l'utilisation des services de maternité dans le District sanitaire de Gisenyi a montré qu'elles sont dues à la méfiance aux agents de santé, à l'ignorance des risques occasionnés par la grossesse, à la mentalité d'essayer d'accoucher à domicile d'abord, à l'inaccessibilité géographique et au fait que le travail d'accouchement se déclenche de façon inattendue <sup>[13]</sup>.

On estime à 600'000 chaque année, le nombre de femmes qui meurent suite à des complications de la grossesse et de l'accouchement, 99% de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement, où un pourcentage important se fait à domicile sans assistance d'un personnel qualifié. Il en résulte qu'une femme sur seize meurt des complications en relation avec l'accouchement en comparaison avec le décès d'une femme sur 2800 dans les pays développés<sup>[8]</sup>.

D'après les données disponibles, environ 40 % de toutes les femmes enceintes souffriraient de complications et environ 15 % d'entre elles ont besoin de soins obstétricaux pour la prise en charge des complications qui pourraient autrement mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant. Elles apparaissent souvent brutalement sans pouvoir être prévues<sup>[9]</sup>.

Selon les estimations de l'OMS et de l'UNICEF, chaque jour, au moins 1600 femmes meurent de complications de la grossesse ou de l'accouchement<sup>[9]</sup>. La majorité de ces décès, (près de 90 %), surviennent en Asie et en Afrique subsaharienne par rapport à l'environ 10 % dans d'autres régions en développement et moins de 1 % dans le monde développé. Entre 25 % et 33 % de décès de femmes à l'âge de procréer qui surviennent dans de nombreux pays en développement font suite à une grossesse ou à un accouchement<sup>[9]</sup>.

La professionnalisation de l'accouchement (sages femmes qualifiées) et la technique d'asepsie ont permis à la Suède d'avoir un des ratios de mortalité maternelle les plus bas d'Europe à l'aube du XX<sup>ème</sup> siècle. C'est la même stratégie qui a permis aux Pays-Bas, au Danemark et à la Norvège d'avoir les ratios de mortalité maternelle inférieurs à 300 pour 100 000 naissances vivantes en 1920<sup>[9]</sup>. Dans les pays industrialisés, tel que la Hongrie et la Suède cent pour cent des accouchements ont eu lieu dans un établissement sanitaire avec l'assistance d'un personnel qualifié tandis que dans les pays en voie de développement le pourcentage des accouchements pratiqués dans les maternités atteignait moins de 15% dans les années 1980 à 1990 au Guatemala, aux Philippines et en Inde. En Ethiopie, les accouchements dans les maternités pour les femmes habitant les zones rurales ne dépassaient pas 1%<sup>[15]</sup>.

Dans les pays en voie de développement, près de 50% des femmes donnent naissance sans aide qualifiée et près de 70% ne reçoivent pas de soins du post-partum. Plusieurs contraintes empêchent les femmes d'avoir accès aux soins, en particulier : la distance, le coût, le manque de temps ainsi que la pauvreté et l'absence du pouvoir de décision des femmes <sup>[17]</sup>. Dans la plupart des zones rurales des pays en voie de développement, une femme sur trois doit effectuer plus de cinq kilomètres pour atteindre le service de santé le plus proche. Le manque de véhicules, surtout dans les zones reculées, et le mauvais état des routes font que les femmes éprouvent d'énormes difficultés à atteindre des centres même relativement proches. La marche est le principal mode de transport, même pour une femme qui le travail a commencé <sup>[17]</sup>. Dans les zones rurales de Tanzanie, 84 % des femmes ayant donné naissance à un enfant à domicile avaient l'intention d'accoucher dans un centre de santé mais elles ne l'ont pas fait à cause de la distance et de l'absence d'un moyen de transport <sup>[17]</sup>.

Une étude faite sur les naissances dans les zones rurales du Kenya a révélé que 52% des accouchements ont eu lieu à domicile assistés par l'accoucheuse traditionnelle, le déterminant dans le choix du lieu d'accouchement était la distance du domicile à la formation sanitaire et le fait de ne pas avoir l'assurance maladie <sup>[26]</sup>. Une étude a montré qu'en Tanzanie 32% des ménages de la zone rurale et 22% des ménages urbains étaient confrontés aux difficultés de payer les soins de santé alors que 60% étaient obligés d'emprunter de l'argent pour payer les soins de santé. La situation était presque la même qu'au Bangladesh où 30% des familles étaient obligées d'emprunter de l'argent pour couvrir les dépenses indirectes lors de l'accouchement malgré la gratuité des soins de la maternité <sup>[22]</sup>.

Beaucoup de femmes considèrent qu'elles sont trop occupées des activités familiales et qu'il faut tenter d'accoucher d'abord à la maison et aller à la maternité en cas d'accouchement impossible à domicile. L'accouchement à la maternité est aussi considéré comme peu pratique, car les femmes doivent trouver quelqu'un pour s'occuper de leur famille et des enfants en leur absence <sup>[18]</sup>. En Equateur, l'accouchement à l'hôpital est considéré comme un viol de l'intimité : de nombreux prestataires de soins sont de sexe

masculin, ce qui est culturellement inacceptable et les positions d'accouchement qu'ils préconisent ne sont pas celles que les femmes préfèrent pendant le travail de l'accouchement, ceci explique la sous utilisation des services de santé maternelle même s'ils sont abordables et accessibles<sup>[19]</sup>.

L'interaction avec les prestataires est également un élément important à considérer. Les femmes voient souvent les prestataires des soins comme des personnes désagréables, grossières, brusques, froides et distantes. Lorsque les agents de santé sont ressentis comme hostiles, les femmes ont tendance à se tourner vers un tradi-praticien ou une accoucheuse traditionnelle pour les soins prénataux, l'accouchement et les soins du post-partum, ce qui peut entraîner des retards fatals en cas de complications de la grossesse<sup>[19]</sup>.

Une étude faite sur les attitudes des femmes à l'égard des services de santé maternelle et néonatale au Yémen a révélé que beaucoup de femmes yéménites préfèrent accoucher à domicile avec le soutien amical de leurs parents et voisins. Les femmes de la campagne ressentent souvent que les services de santé ne sont pas très accueillants et que leur personnel les traite sans beaucoup de respect<sup>[20]</sup>.

Au Burkina Faso, les grossesses sont tenues discrètes le plus longtemps possible et traditionnellement, la mère accouche seule ou demande à une parenté, ou bien souvent à sa mère de couper le cordon<sup>[21]</sup>.

Au Malawi, une étude faite a montré que 90% des femmes voulaient accoucher dans un centre de santé alors que 25% seulement l'ont fait. La raison avancée par 53% des femmes était que lorsqu'elles se sont aperçues que le travail d'accouchement avait commencé, elles n'avaient plus le temps de se rendre au centre de santé<sup>[23]</sup>.

Les études ont également souligné que l'action des services de santé officiels entrent en conflit avec les normes culturelles entourant la naissance, et notamment la préférence pour un environnement intime respectant la pudeur de la femme<sup>[18]</sup>. Selon les estimations récentes de l'ONU (OMS-UNICEF-UNFPA), 529 femmes meurent chaque année à la suite

des complications de la grossesse et de l'accouchement. La majorité de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement. 70% de tous les décès maternels sont causés par les cinq complications obstétricales majeures à savoir: Hémorragie, septicémie, avortement clandestins, hypertension gravidique et les complications liées à la disproportion foeto-maternelle<sup>[24]</sup>.

Enfin, les femmes qui accouchent à domicile, soit seules, soit aidées par l'accoucheuse traditionnelle ou quelqu'un d'autre sans formation appropriée ni compétences nécessaires courent beaucoup de risques de décès maternels. Même si la majorité de ces complications ne peuvent pas être prévues, la plupart des décès consécutifs peuvent être évités et presque tous pris en charge si les services des soins obstétricaux d'urgence sont disponibles, accessibles et de bonne qualité<sup>[24]</sup>.

En Tanzanie, une étude a encore montré que 21 % des femmes accouchaient à domicile à cause du manque de respect des agents de santé vis-à-vis des femmes enceintes, même si elles étaient très sécurisées d'accoucher dans un centre de santé<sup>[27]</sup>. Au Soudan, une étude a montré que bien souvent les femmes avaient honte d'être mal habillées face aux agents de santé (de rang socio-économique généralement supérieur), dont elles craignaient d'autre part, la réaction négative à leur analphabétisme. Autant de facteurs les décourageaient de faire appel aux services structurés de santé maternelle<sup>[28]</sup>.

Les résultats de l'étude menée au Botswana sur les attitudes des femmes dans le choix du lieu d'accouchement, ont montré que 82% d'entre eux préféraient accoucher à domicile en vue de pouvoir donner à leur bébé un médicament traditionnel et lui faire un massage abdominal, mais également aussi pour que la famille puisse enterrer elle-même les produits de conception comme le placenta et les annexes placentaires sans être touchés par une personne étrangère comme l'infirmière ou le médecin qui n'a aucune relation avec la famille<sup>[29]</sup>.

En Ouganda, la plupart pensent que la grossesse prépare la femme à la bataille de l'accouchement dans laquelle chaque femme est appelée à combattre avec stoïcisme et sans peur. Les femmes qui accouchent-elles seules sont considérées comme fortes, braves et

elles ont un respect particulier dans leur communauté. Par contre celles qui accouchent par césarienne ou meurent pendant l'accouchement sont considérées comme faibles même si le décès est lié à un facteur externe comme le manque de transport ou une autre maladie quelconque<sup>[30]</sup>.

Une étude faite à Zaria (Nigeria) a montré que, dans presque tous les cas, les femmes avaient besoin d'autorisation de leur mari pour se rendre dans un service de santé, voire y recevoir les soins vitaux. Si le mari est absent au moment de l'accouchement, les personnes présentes sont souvent récalcitrantes à y envoyer la femme - même en cas d'urgence<sup>[31]</sup>.

Selon les données de l'EDSR-2005, parmi les naissances survenues au cours des cinq dernières années ayant précédées l'enquête, 70% d'entre elles se sont déroulées à la maison. Ces naissances augmentent avec l'âge de la mère. Chez les mères âgées de moins de 20 ans, la proportion passe de 59% à 78% parmi celles âgées de 35 à 49 ans. Il en est de même avec le rang de naissance de l'enfant: 49% des naissances de rang 1 ont eu lieu à la maison contre 80% celles de rang 6<sup>[5]</sup>. La même enquête indique également que les naissances les plus fréquemment survenues à la maison sont celles du milieu rural (75% contre 44 en milieu urbain) Dans la Province de l'Ouest, seules 24% des naissances ont eu lieu dans les formations sanitaires<sup>[5]</sup>.

En ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, les résultats de l'enquête indiquent que six femmes sur dix ont accouché sans assistance du personnel qualifié, 43% ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles non formées et 17% ont accouché sans aucune assistance<sup>[5]</sup>. Le rapport de IDHS 2007 indique que le taux d'accouchement assisté au Rwanda était de 52% en 2007<sup>[6]</sup>.

Le rapport de l'évaluation qualitative sur l'accès aux services maternels et néonataux dans Byumba et Butare a montré que les principaux facteurs objectivables qui constituent l'obstacle à l'accouchement à la FOSA comprennent entre autres la pauvreté ou l'inaccessibilité financière de la femme, son ignorance et/ou celle de son entourage de l'importance d'accouchement assisté par une personne qualifiée, le manque de compréhension des différentes phases de déroulement du travail, l'inadéquation des

services de maternité et l'obstacle physique pour une femme en travail. D'autres facteurs cités dans la même étude sont le complexe d'infériorité, la divergence de vue entre professionnels de santé et utilisatrices des services de maternité, la grossesse indésirable et l'expérience acquise lors des accouchements antérieurs qui constituent une barrière sociale<sup>[34]</sup>.

La majorité des femmes (94%) font au moins une consultation prénatale au cours de leur grossesse. Cependant, le nombre des visites effectuées par très peu d'entre elles est de loin inférieur aux normes de l'OMS. Seulement 13% des femmes enceintes ont fait 4 visites standards et 68% ont fait 2-3 visites prénatales standards<sup>[5]</sup>.

Pour ce qui est de l'information donnée au cours de la consultation prénatale, très peu de femmes (6% dans l'ensemble du pays et 8.2% dans la province de l'Ouest) ont été informées des signes de complications de la grossesse<sup>[5]</sup>.

Aujourd'hui, la question du pouvoir de décision de la femme au Rwanda est très sérieusement prise en compte. Considérée comme un être au statut inférieur malgré un rôle important dans la gestion du foyer et sa contribution au revenu familial, la femme rwandaise du milieu rural à un pouvoir limité à prendre la décision sur le plan économique et sanitaire<sup>[1]</sup>. Elle n'est pas impliquée non plus en gestion du revenu familial, son accès est limité à l'instruction et aux soins modernes. Par exemple 43% seulement des couples ont discuté de la PF, le taux d'alphabétisation reste plus élevé chez les hommes que chez les femmes (68% contre 58%)<sup>[1]</sup>.

Pour ce qui concerne leur propre santé et les grosses dépenses du ménage seulement 23.2% et 16% des femmes y ont respectivement le dernier mot<sup>[4]</sup>. Par conséquent la femme est exposée aux grossesses multiples, rapprochées ou précoces, encore un élément prédisposant au décès maternel.

Selon le rapport du DHS-2000, le taux de mortalité maternelle au Rwanda s'est accru de 500/100.000 naissances vivantes en 1992 à 1071/100.000 naissances vivantes en 2000.<sup>[4]</sup>

Le taux de mortalité infantile s'est accru aussi de 85/1.000 naissances vivantes en 1992 à 107/1.000 naissances vivantes en 2000<sup>[4]</sup>. En 2001 – 2005, le taux de mortalité maternelle est passé de 1071 à 750 pour 100.000 naissances vivantes<sup>[5]</sup>.

Dans la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye, même si le pourcentage des naissances à la maternité tend à l'amélioration, le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié reste toujours faible. Ce taux était variablement de 20% en 2005, de 25% en 2006 ; de 30% en 2007 et de 45% en 2008<sup>[7]</sup>, l'amélioration en grande partie due à un taux d'adhésion croissant à la mutuelle de santé.

## **1.7. Hypothèse et objectifs du travail.**

### **1.7.1. Hypothèse**

Le profil sociodémographique des femmes qui accouchent dans les formations sanitaires diffère de celui des femmes qui accouchent à domicile et les facteurs qui animent ces deux groupes à choisir le lieu d'accouchement diffèrent également.

### **1.7.2. Objectifs du travail.**

#### **1.7.2.1. Objectif général**

Déterminer les facteurs qui influencent l'utilisation ou le non utilisation des services de maternité des formations sanitaires de la zone de rayonnement de l'hôpital de KIBUYE pour promouvoir la maternité à moindre risque.

### **1.7.2.2. Objectifs spécifiques**

1. Déterminer les facteurs qui peuvent influencer dans le choix du lieu d'accouchement par les femmes de la zone de rayonnement de l'hôpital de KIBUYE ;
2. Evaluer la contribution du nombre de CPN au choix du lieu d'accouchement ;
3. Evaluer la perception des femmes de la zone de rayonnement de l'hôpital de KIBUYE sur la qualité des services offerts par les maternités des formations sanitaires de la zone de rayonnement de l'hôpital de KIBUYE.

## **2. METHODOLOGIE**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive transversale ayant utilisé une approche tant qualitative que quantitative.

### **2.2. Types de variables.**

Dans notre étude, les variables utilisés sont de deux sortes : la variable dépendante et les variables indépendantes (explicatives).

La variable dépendante considérée, c'est le lieu d'accouchement ; Le lieu d'accouchement pris en considération, c'est la formation sanitaire ayant une maternité fonctionnelle et un personnel formé pour la prise en charge des accouchements eutociques ou dystociques (hôpital, centre de santé, dispensaire, poste de santé) ou en dehors de la formation sanitaire (à domicile, en chemin, etc.....).

Les variables indépendantes sont liées aux facteurs suivants :

- ❖ **Facteurs Sociodémographiques** : l'âge de la femme, la parité, statut matrimoniale, niveau d'étude et la profession de la femme.
  - ❖ **Facteurs socioculturels** : la responsabilité de la femme dans la prise de décision.
  - ❖ **La grossesse elle-même** : le moment du début du travail d'accouchement, utilisation de CPN, le nombre des CPN fait au cours la grossesse, les conseils donnés lors de la CPN.
  - ❖ **Accessibilité financière** : adhésion à la mutuelle de santé ou autres assurance maladie.
  - ❖ **Accessibilité géographique** : distance séparant le domicile de la formation sanitaire la plus proche.
  - ❖ **La perception des femmes sur la qualité des services de santé** : l'accueil, temps d'attente pour être reçu par les prestataires, la communication des prestataires avec les parturientes, la confidentialité.
- 
- **Age de la femme** : Nous avons réparti notre échantillon en tranches d'âge comprise entre 15-19ans ; 20 – 29ans ; 30 -39ans ; 40 -49ans.
  - **Parité de la femme** : La parité a été comptée à partir du nombre total d'enfants que la femme a eus au cours de sa vie. Considérant que l'indice synthétique de fécondité des femmes rwandaises est actuellement de 6.1, nous avons arrondi pour avoir la parité 7, ce qui nous a permis de compter jus qu'à P8 et plus.
  - **Statut marital**: Pour le statut marital, nous avons considéré les femmes mariées. Nous avons considéré comme étant mariée, toute femme cohabitant légalement avec son conjoint, les femmes célibataires, et les femmes qui ont été en union mais actuellement ne vivant plus avec leurs conjoints (veuves, divorcées et séparées).
  - **Niveau de scolarisation** : Nous avons considéré trois niveau. Sans aucun niveau de scolarisation, niveau primaire et niveau secondaire et plus.
  - **Types d'occupations** : Nous avons considéré quatre types d'occupations :

- Agriculture et élevage : La majorité des femmes en milieu rural exercent une activité agricole et /ou élevage
- Les salariés : Nous avons considéré toute femme ayant une activité professionnelle technique ou administrative
- Commerce : Nous avons considéré toute femme qui travaille dans le secteur de vente et service
- Les journaliers : Nous avons considéré les femmes qui n'avaient pas de profession bien définie mais exerçant d'une façon occasionnelle un travail manuel non qualifié
- **La prise de décision du lieu d'accouchement** : Nous avons considéré la personne responsable dans la prise de décision du lieu d'accouchement et le rôle de la femme dans cette activité (la décision peut être prise par la femme elle-même, par son mari, la femme et son mari peuvent prendre ensemble la décision, les parents ou les autres membres de la famille, les amis ou d'autres personnes).
- **Le moment du début du travail d'accouchement** : Nous avons considéré deux paramètres : Le travail d'accouchement qui a débuté pendant la journée ou la nuit.
- **Utilisation de la CPN** : nous avons considéré le fait que la femme a fait ou pas fait la CPN mais aussi le nombre de CPN qu'elle fait au cours de la grossesse conformément aux normes du MINISANTE.
- **Informations données par les prestataires concernant le lieu d'accouchement** : nous avons considéré si les prestataires ont donné une information concernant le lieu d'accouchement (au C.S, à l'Hôpital, ou si les prestataires n'ont donné aucune information lors de la CPN)
- **Adhésion à l'assurance-maladie** (accessibilité financière) : nous avons considéré si la femme a ou n'a pas l'assurance-maladie (mutuelle de santé, MMI, RAMA, etc.)
- **Distance** (accessibilité géographique) : Nous avons considéré la distance du domicile à la FOSA (pour les femmes dont le temps de marche est inférieur à une heure et demi, la distance est estimée à moins de dix kilomètres alors que pour celles dont le temps de marche est supérieur à une heure et demie, la distance est estimée à plus de dix kilomètres).

- **La perception des femmes sur la qualité des services de maternité:** nous avons considéré la perception des femmes sur l'**accueil** qui peut être bon ou mauvais selon l'appréciation de la femme.
- **Le temps d'attente** pour être reçue par les prestataires (dans les dix premières minutes, c'est le temps d'attente acceptable ; Au-delà de 10 minutes, on considère que le temps d'attente est retardé).
- **La communication des prestataires avec les parturientes** - les femmes peuvent apprécier la communication comme bonne ou mauvaise ;
- **La confidentialité** - les femmes peuvent apprécier si les prestataires gardent la Confidentialité et le secret professionnel.

## 2.3. Echantillonnage

### 2.3.1. Calcul de la taille de l'échantillon

L'étude concerne les femmes qui ont accouché au cours de l'année 2008, excepté celles qui ont accouché en décembre (période pendant la quelle l'étude a été réalisée) dans la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye. La population totale féminine concernée de la zone n'est pas bien connue mais les estimations du niveau national donnent un taux de 4.1% de la population totale (143,451), ce qui est égal à 6,317 femmes ayant accouché au cours de cette période.

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule suivante ;

$$n = \frac{(z^2 * p * q)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.45 * 0.55}{(0.05)^2}$$

$$n = 380$$

n = taille de l'échantillon

z = paramètre lié au risque d'erreur (Z étant de 1.96 pour un risque d'erreur de  $\alpha = 5\%$ )

$p$  = prévalence attendue des accouchements assistés dans la population à enquêter (estimée à 45%)<sup>[7]</sup>

$q = 1-p$  c'est la prévalence attendue des accouchements non assistés par un personnel qualifié.

$d$  = précision souhaitée= 0.05<sup>[7]</sup>.

Pour avoir une souplesse suffisante avec nos données, nous avons prévu des Questionnaires mal remplis ou des non répondants et non retournés, nous avons ainsi majoré la taille de notre échantillon en l'augmentant de 10%, ce qui donne 408.

### **2.3.2. Technique d'échantillonnage**

L'échantillonnage a été fait de façon aléatoire et proportionnellement à la population totale de chaque FOSA comme l'indique le tableau No 1. Pour trouver toutes les femmes de notre échantillon, nous avons profité de la campagne de vaccination contre la poliomyélite en date du 18 au 19 décembre, 2008 au cours de laquelle les mamans avaient amené les enfants de 0 à 59 mois, cibles de cette campagne mais l'étude a concerné seulement les mamans dont les enfants étaient âgés de 0 à 11 mois.

Nous avons calculé le nombre de femmes attendues qui ont accouché au cours des 11 derniers mois pour chaque centre de santé de la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye, le nombre donné correspond au nombre d'enfants de 0 à 11 mois qui étaient attendus pour la campagne de vaccination.

Comme l'étude doit récolter aussi bien les points de vue des utilisatrices que ceux des non utilisatrices des services de maternité, pour chaque centre de santé nous avons d'abord calculé l'échantillon proportionnel suivant sa population total. Nous avons ensuite divisé cet échantillon en deux pour interviewer la moitié des femmes ayant accouché en dehors des formations sanitaires et l'autre moitié des femmes ayant accouché dans les formations sanitaires.

Toutefois, pour déterminer le nombre de femmes ayant accouché dans la formation sanitaire, nous avons utilisé les données de routine du SIS de la zone du district de Karongi pour l'année 2008 au lieu de celles de RSPAS 2007. Le choix de l'utilisation des données locales a été guidé par le souci de prendre en considération la réalité locale. Il importe de souligner que les données de routine sur le taux d'accouchement assisté par le personnel qualifié à la FOSA dans la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye est de 45%<sup>[7]</sup>.

**Tableau 1. Répartition des mères à enquêter dans la zone de rayonnement de chaque centre de santé.**

Centre de santé	Population cible 0 à 11 mois	%	Nombre de mamans à enquêter	Mamans ayant accouché à la formation sanitaire	Mamans ayant accouché en dehors de la formation sanitaire
Kibuye	1169	17	69	34	34
Rubengera	950	14	56	28	28
Mukungu	1027	15	60	30	30
Musango	939	14	55	28	28
Rufungo	290	4	17	9	9
Police	361	5	21	11	11
Kiziba	825	12	48	24	24
Kirambo	1053	15	62	31	31
Bubazi	334	5	20	10	10
TOTAL	6949	100.0	408	204	204

## **2.4. Méthodes de collecte et traitement des données**

### **2.4.1. Collecte des données**

Le profil des enquêteurs choisis est celui d'infirmier ou infirmière de niveau A2 qui travaille dans les centres de santé de notre zone et celle de l'hôpital Kibuye. Nous avons pris 41 enquêteurs correspondant au nombre de sites pour toute la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye et ils ont été formés pendant deux jours.

Au cours de la première journée, la formation s'est focalisée sur le remplissage du questionnaire de notre étude ainsi que sur la problématique des accouchements non assistés par le personnel qualifié. La deuxième journée a été consacrée à la pratique pour le pré-test du questionnaire.

Les répondants pour le pré-test du questionnaire étaient un petit échantillon de 30 femmes (prise au hasard), venues faire vacciner leurs enfants au centre de santé de Kibuye (15 femmes) et de Kirambo (15 femmes) pour la vaccination de routine et ces femmes ont été par après exclues de l'échantillon. Les résultats du pré enquête nous ont permis de raffiner le questionnaire et aux enquêteurs de le maîtriser avant de commencer l'enquête proprement dite.

L'enquête proprement dite s'est déroulée parallèlement avec la campagne de vaccination de la poliomyélite qui étaient organisée par l'hôpital de Kibuye par l'appui technique et financier du PEV en collaboration avec l'OMS, qui s'est déroulé en deux passages, le premier du 18 au 19 novembre 2008 tandis que le deuxième du 18 au 19 décembre 2008.

L'enquête a été menée au cours du deuxième passage du 18 au 19 décembre 2008.

La vérification de la qualité de remplissage du questionnaire a été faite par nous-mêmes lors de la supervision des activités de la campagne de vaccination.

## **2.4.2 Traitement et Plans d'analyse des données**

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel EPI-DATA, le traitement et l'analyse des données ont été réalisés grâce au logiciel statistique SPSS version 11.0.

Les tableaux et le traitement de texte ont été faits grâce à Microsoft Office.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du tableau de contingence où la variable dépendante (le lieu d'accouchement) a été croisée avec les variables explicatives (indépendantes). Un test de Khi-carré a été utilisé pour pouvoir comparer les deux groupes.

## **2.5. Forces et Faiblesses de l'étude**

### **2.5.1. Forces de l'étude**

L'implication du personnel de santé des centres de santé et de l'hôpital dans la collecte des informations pendant l'enquête permettra de faciliter l'appropriation des résultats de l'étude et de les sensibiliser à se faire un audit interne. L'enquête a été menée au moment opportun car le fait d'avoir profité de la campagne de vaccination a permis d'avoir le maximum de femmes qui avaient amené leurs enfants pour la vaccination d'autant plus que la campagne a été réalisée avec un taux de participation de 98% dans toute la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye.

### **2.5.2. Faiblesses de l'étude**

Même si d'une part le fait d'avoir impliqué les infirmiers des centres de santé et de l'hôpital de Kibuye dans la collecte des informations constitue une force, il peut cependant créer un billet de désirabilité sociale d'autre part, parce que le questionnaire sur l'appréciation de la qualité des services a été administré par le fournisseur de ces mêmes services alors qu'on demande aux consommateurs de ces services de se prononcer sur la qualité des services qu'ils reçoivent. Du fait des contraintes budgétaires lors de l'évaluation de la qualité nous nous sommes limité seulement à la perception des femmes sur la qualité des services au lieu d'être couplé à l'observation des procédures lors de l'accomplissement des tâches et la comparaison de la qualité de ces services avec les normes et les standards de la qualité des soins selon l'OMS et le MINISANTE.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées.

Les caractéristiques sociodémographiques analysées sont l'âge, le niveau de scolarisation, le type d'occupation économique, le statut marital des femmes enquêtées.

**Tableau 2. Présentation des données sociodémographiques de l'échantillon**

AGE		Effectifs	Pourcentage
	15-19 ans	8	2.0
	20-29 ans	248	62.5
	30-39 ans	122	30.7
	40-49 ans	19	4.8
	Total	397	100
	Types d'occupation économique	Agri éleveurs	351
Salariés		9	2.3
Vente et services		11	2.8
Journaliers		26	6.5
Total		397	100
Niveau d'instruction	Aucun niveau de scolarisation	116	29.2
	Niveau primaire	251	63.2
	Niveau secondaire et plus	30	7.6
	Total	397	100
Statut marital	En union	352	88.7
	Célibataires	19	4.8
	Veuves, Divorcées, séparées	26	6.5
	Total	397	100

### **3.1.1. Age**

Etant donné l'importance de l'âge dans l'analyse des phénomènes démographiques, un intérêt particulier a été accordé à son enregistrement. L'échantillon des femmes enquêtées est composé des femmes dont l'âge est compris entre 17 et 46 ans et l'âge moyen est de 28 ans.

Comme l'illustre le tableau No 2 ci-dessus, la majorité des mères enquêtées se trouve dans la tranche d'âge de 20 à 39 ans. Les moins de 20 ans représentent 2.0% et les plus de 39 ans représentent 4.8%.

### **3.1.2. Types d'occupation économique**

Selon les résultats du tableau No 2, presque neuf femmes sur dix (88,4%) s'occupent de l'agriculture et de l'élevage tandis qu'environ six femmes pour cent travaillent dans le secteur non agricole dont 2.8% des cas dans le secteur de vente et services et presque autant (2.3%) ont une activité professionnelle technique ou administrative. Six femmes pour cent ont déclaré exercer d'une manière occasionnelle un travail manuel non qualifié.

### **3.1.3. Niveau de scolarisation**

Comme l'indique le tableau No 2, presque une femme sur trois est sans aucun niveau de scolarisation (29.2%), six femmes sur dix ont terminé l'école primaire (63.2%) et moins d'une femme sur dix ont un niveau secondaire et plus (7.6%).

### **3.1.4. Statut marital**

Comme l'indique le tableau No 2, environ neuf femmes sur dix sont des mères en union (88.7%), environ 5% des femmes sont des mères célibataires (4.8%) et presque sept pour cent femme (6.5) sont des mères veuves, divorcées ou séparées prises ensemble.

## 3.2. Les facteurs qui peuvent influencer dans le choix du lieu d'accouchement

Les facteurs qui peuvent influencer les femmes dans le choix du lieu d'accouchement sont les facteurs socio démographiques (l'âge, la profession, le niveau de scolarisation, le statut marital des femmes enquêtées), l'accessibilité géographique (temps de marche du domicile à la formation sanitaire), l'accessibilité financière (avoir ou non l'assurance-maladie), le facteur genre (le rôle de la femme dans la prise de décision), les facteurs liés à la grossesse (le rang de la grossesse, le moment et les circonstances du début du travail d'accouchement, avoir fait la CPN ou non, le nombre de CPN effectuées par la femme ainsi que les conseils donnés par les prestataires pendant la CPN).

### 3.2.1. Les facteurs sociodémographiques

**Tableau 3. Lieux d'accouchement selon l'âge des mères enquêtées**

Tranches d'âges	Lieux d'accouchement				
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA		Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
15-19 ans	5 (62.5%)		3 (37.5%)	8	0.000
20-29 ans	144 (58.1%)		104 (41.9%)	248	
30 et plus	49 (44.8%)		92 (65.2%)	141	
Total	198 (49.9%)		199 (51.1%)	397	

Des résultats du tableau No3 ci-dessus, nous constatons qu'il y a une différence significative entre les deux groupes de femmes (P-value <0.005). La proportion des naissances survenues en dehors des formations sanitaires augmente avec l'âge de la mère. Elle varie de 37.5% chez les mères âgées de 15 à 19 ans à 65.2 % chez celles âgées de 30 ans et plus.

**Tableau 4. Lieux d'accouchement selon le type d'occupation de la femme**

Type d'occupation	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
Agri éleveurs	167 (47.6%)	184 (52.4%)	351	0.006
Salariés	8 (88.9%)	1 (11.1%)	9	
Vente et services	4 (36.4%)	7 (63.6%)	11	
Journaliers	19 (73.1%)	7 (26.9%)	26	
Total	198 (49.9%)	199 (50.1%)	397	

Le tableau No 4 nous montre qu'il existe une différence significative entre les deux groupes de femmes (P-value= 0.006). Presque neuf sur dix femmes (88.9%) ayant une activité professionnelle ou administrative (salariées) accouchent dans la formation sanitaire, environ trois quart (73.1%) des femmes qui exercent un travail manuel non qualifié (journalier) accouchent dans les formations sanitaires, environ une sur deux femmes (47.6%) qui s'occupent de l'agriculture et de l'élevage accouche dans la formation sanitaire et seulement environ quatre sur dix femmes (36.4%) qui exercent dans le domaine de vente et service accouchent dans la formation sanitaire .

**Tableau 5. Lieux d'accouchement selon le niveau de scolarisation**

Niveau de scolarisation	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
aucun niveau de scolarisation	49 (42.2%)	67 (57.8%)	116	0.021
Niveau primaire	128 (51.0%)	123 (49.0%)	251	
Niveau secondaire et plus	21 (70%)	9 (30%)	30	
Total	198 (49.9%)	199 (50.1%)	397	

Le tableau No 5 ci-dessus nous montre que la différence est très peu significative entre les deux groupes de femmes (P-value=0.021).

Les naissances survenues dans les formations sanitaires augmentent avec le niveau de scolarisation des mères, ils varient de 42.2% pour les femmes sans aucun niveau de scolarisation à 70% pour celles avec un niveau de scolarisation secondaire et plus. La moitié des femmes ayant un niveau de scolarisation primaire accouche dans les formations sanitaires.

**Tableau 6. Lieux d'accouchement selon le statut marital de la femme**

Statut de la femme	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
En union	176 (50.0%)	176 (50.5%)	352	0.260
Célibataires	12 (63.2%)	7 (36.8%)	19	
Veuves, Divorcées, séparées	10 (38.5%)	16 (61.5%)	26	
Total	198 (49.9%)	199 (50.1%)	397	

Comme l'illustre le tableau No 6 ci-dessus, la différence entre les deux groupes de femmes n'est pas significative (P-value=0.260). Cependant, nous remarquons que la majorité des mères veuves, divorcées et séparées ont accouché en dehors des formations sanitaires (61.5% contre 38.5% qui ont accouché dans les formations sanitaires).

### 3.2.2. Les facteurs liés à l'accessibilité géographiques

**Tableau 7. Lieux d'accouchement en fonction du temps de marche du domicile à la formation sanitaire la plus proche.**

Temps de marche du domicile à la FOSA la plus proche	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
< ou=1 heure 30 minutes	184 (55.9%)	145 (54.1%)	329	0.000
> 1 heure et 30 minutes	14 (20.6%)	54 (79.4%)	68	
Total	198 (49.9%)	199 (50.1%)	397	

Comme le montre le tableau No 7, il y a une différence significative entre les deux groupes de femmes (P-value=0.000). Parmi les femmes qui utilisent moins d'une heure 30 minutes pour arriver à la formation sanitaire la plus proche, 55.9% ont accouché à la formation sanitaire. Par contre, parmi les femmes qui utilisent plus d'une heure et demie, 20.6% seulement ont accouché à la maternité.

### 3.2.3. Les facteurs liés à l'accessibilité financière

**Tableau 8. Lieux d'accouchement en fonction d'adhésion au non à une assurance maladie**

Assurance-maladie	Lieux d'accouchement				P-value
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA		Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	
Oui	177 (58.0%)		128 (41.9%)	305	0.000
Non	21 (22.8%)		71 (77.2%)	92	
Total	198 (49.9%)		199 (50.1%)	397	

Comme le montre le tableau No 8, il y a une différence significative entre les deux groupes de femmes (P-value=0.000). Parmi les adhérents à une assurance-maladie, 58.4% ont accouché dans les formations sanitaires. Par contre, parmi les non adhérents, 77.2% ont accouché en dehors de la formation sanitaire.

### 3.2.4. Les facteurs liés à la grossesse

**Tableau 9. Lieux d'accouchement en fonction de la personne qui prend la décision du lieu d'accouchement**

La personne qui a pris la décision du lieu d'accouchement	Lieux d'accouchement				P-value
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA		Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	
La femme elle même	66 (36.9%)		113 (63.1%)	179	0.000
Le mari	16 (37.2%)		27 (62.8%)	43	
Tous les deux	94 (74.0%)		33 (26.0%)	127	
Les parents	6 (50.0%)		6 (50.0%)	12	
Les amis et autres	16 (44.4%)		20 (55.6%)	36	
Total	198 (49.9%)		199 (50.1%)	397	

Comme le montre le tableau No 9, il y a une différence significative entre les deux groupes de femmes (P- value= 0.000). La majorité des naissances ont lieu dans les formations sanitaires pour les couples qui prennent ensemble la décision sur le lieu d'accouchement (74.0% décident d'aller accoucher à la maternité). Par contre, pour les femmes qui prennent elles même la décision du lieu d'accouchement, seulement 36.9% accouchent à la maternité et la situation est presque la même si la décision est prise par le mari.

**Tableau 10. Lieux d'accouchement selon le rang de naissance du dernier enfant**

Rang de la dernière naissance	Lieux d'accouchement				P-value
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total		
P1	76 (81.7%)	17 (18.3%)	93		0.000
P2	47 (53.4%)	42 (46.6%)	88		
P3	25 (41.7%)	35 (58.3%)	60		
P4	17 (37.0%)	29 (63.0%)	46		
P5	11 (28.2%)	28 (71.8%)	39		
P6	8 (25.0%)	24 (75.0%)	32		
P7	6 (35.3%)	11 (64.7%)	17		
P8 et plus	8 (36.4%)	14 (63.6%)	22		
Total	198 (49.9%)	199 (50.1%)	397		

Le tableau No 10 nous montre qu'il y a une différence significative entre les deux groupes de femmes (P- value= 0.000). La proportion des naissances survenues en dehors des formations sanitaires augmente avec le rang de naissance de l'enfant. Pour notre échantillon, 18.3% des naissances de rang 1 ont eu lieu en dehors des formations sanitaires contre 63.6% de celles de rang 8 et plus qui ont eu lieu en dehors des FOSA.

**Tableau 11. Lieux d'accouchement selon le moment du début du travail d'accouchement**

Début du travail d'accouchement	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
Pendant la journée	114 (45.1%)	139 (54.9%)	253	0.014
Pendant la nuit	79 (58.1%)	57 (41.9%)	136	
Total	193 (49.6%)	196 (50.4%)	389	

Le tableau No 11 nous montre que la différence entre les deux groupes de femmes est légèrement significatif (P-value= 0.014). Moins de la moitié (45.1%) des femmes dont le travail d'accouchement a commencé pendant la journée a accouché à la maternité alors qu'environ 6 femmes sur dix dont le travail d'accouchement a commencé pendant la nuit ont accouché à la maternité.

### **3.3. La contribution de la consultation prénatale au choix du lieu d'accouchement**

La consultation prénatale est le moment essentiel non seulement pour détecter les risques éventuels de la grossesse mais aussi pour préparer la femme à l'accouchement en lui fournissant des informations relatives à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement, à l'hygiène, à la planification familiale ainsi que d'autres informations nécessaires à la santé en général. Les facteurs analysés dans notre étude sont : Lieu d'accouchement selon que la femme a fait ou non la CPN, lieu d'accouchement selon le nombre de CPN standards effectuées par la mère, et le lieu d'accouchement selon les informations données par les prestataires sur le lieu d'accouchement.

**Tableau 12. Lieu d'accouchement selon que la femme a fait ou non la consultation prénatale**

Avoir fait au moins une CPN au cours de la dernière grossesse	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
Oui	182 (63.4%)	105 (36.6%)	287	0.000
Non	16 (14.5%)	94 (85.5%)	110	
Total	198 (49.9%)	199 (50.1%)	397	

Le tableau No 12 nous montre l'existence d'une différence significative entre les deux groupes de femmes (P-value=0.000). parmi celles qui ont fait la CPN au moins une fois, 63.4% ont accouché à la maternité alors que d'autres qui n'en ont pas fait, seule 14.5% de femmes ont accouché à la maternité.

**Tableau 13. Lieu d'accouchement en fonction du nombre des CPN standards**

Nombre de CPN standards	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
Aucune fois	116 (14.5%)	94 (85.5%)	110	0.000
1 fois	57 (42.2%)	78 (57.8%)	135	
2 fois	65 (70.7%)	27 (29.3%)	92	
3 fois et plus	60 (100%)	0 (0.0%)	60	
Total	198 (49.9%)	199 (50.1%)	397	

Le tableau No 13 nous montre qu'il existe une forte différence entre les deux groupes de femmes (P-value =0.000). Le nombre des naissances dans les formations sanitaires augmente en fonction du nombre de CPN standards effectués par les femmes enceintes. Le pourcentage des accouchements dans les formations sanitaires varie de 14.5% pour les

mères n'ayant effectuée aucune visite pour la CPN, à 100% pour les femmes ayant fait au moins 3 visites standards pour la CPN.

**Tableau 14. Lieux d'accouchement selon les informations données par les prestataires pendant la consultation prénatale**

Informations données par les prestataires pendant la CPN sur le lieu d'accouchement	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
Doit accoucher au CS	29 (96.7%)	1 (3.3%)	30	0.000
Doit accoucher à l'hôpital	11 (100%)	0 (0.0%)	11	
Aucune information donnée	122 (45.5%)	146 (54.5%)	268	
Total	162 (52.4%)	147 (47.6%)	309	

Comme le tableau No 14 le montre, il existe une différence significative entre les deux groupes de femmes (P- value =0.000). Presque toutes les femmes qui avaient été conseillées d'accoucher à l'hôpital et au centre de santé ont respecté les conseils donnés. Par contre, parmi les femmes qui n'avaient reçu aucune information sur le lieu d'accouchement, seules 45.5% ont accouché à la formation sanitaire. Il faut remarquer que sur 309 femmes qui ont répondu à la question, 268 n'ont reçu aucune information sur le lieu d'accouchement et seules 41 en ont reçu.

#### **3.4. La perception des femmes sur la qualité des services offerts par les prestataires.**

La perception des femmes sur la qualité des services peut différer de l'appréciation de la qualité par l'expert. La question a été posée à toutes les femmes qui avaient au moins une fois accouché à la maternité pour les grossesses antérieures, les femmes qui étaient des primipares n'ont pas répondu à la question par ce que nous avons voulu savoir si la qualité

des services rendus antérieurement avait influencé le choix du lieu d'accouchement pour la dernière grossesse.

Ici, nous nous sommes limité sur l'appréciation de la qualité selon les femmes qui ont donné leur point de vue sur l'accueil, l'accueil dans son sens large englobe plusieurs concepts, mais dans ce cadre nous considérons l'accueil dans le sens de la discrétion, la modestie, le respect. Le temps d'attente à la maternité avant d'être reçues par les prestataires et la manière dont les prestataires communiquent avec les parturientes.

**Tableau 15. Lieux d'accouchement selon l'appréciation de l'accueil par les femmes lors de l'accouchement**

Appréciation de l'accueil des prestataires par les répondants	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
Bon	185 (72.5%)	70 (27.5%)	255	0.000
Mauvais	8 (33.3%)	16 (66.7%)	24	
Total	193 (69.2%)	86 (30.8%)	279	

Le tableau No 15 nous montre qu'il y a une forte différence entre les deux groupes de femmes (P- value=0.000). Presque trois quart de femmes qui, lors de la CPN avaient bien apprécié l'accueil ont accouché à la maternité contre 33.3% qui l'avaient mal apprécié.

**Tableau 16. Lieux d'accouchement de la dernière grossesse selon le temps d'attente à la maternité (Pour les grossesses antérieures) avant d'être reçue par les prestataires.**

Temps d'attente à la maternité avant d'être reçue par les prestataires	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
Tout de suite	140 (81.4%)	32 (18.5%)	172	0.000
5-10 minutes	49 (66.2%)	25 (33.8%)	74	
Après 10 minutes	0 (0.0%)	4 (100%)	4	
Total	189 (75.6%)	61 (24.4%)	250	

Le tableau 16 nous montre qu'il y a une forte différence entre les deux groupes de femmes (P-value=0.000). Parmi les femmes qui ont été immédiatement reçues lors de l'accouchement pour les grossesses antérieures, 81.4% d'entre elles ont accouché à la maternité pour le dernier accouchement. Parmi d'autres qui ont été reçues de 5 à 10 minutes, 66.2% ont également accouché à la maternité.

**Tableau 17. Appréciation du niveau de communication des prestataires avec les Parturientes**

Communication des prestataires avec les parturientes	Lieux d'accouchement			
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA	Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total	P-value
Bon	117 (88.0%)	16 (12.0%)	113	0.000
Mauvais	7 (25.0%)	21 (75.0%)	28	
Total	124 (77.0%)	37 (23.0%)	161	

Comme le tableau No 17 nous le montre qu'il existe une différence significative entre les deux groupes de femmes. (P- value=0.000). Parmi les femmes qui avaient bien apprécié le niveau de communication lors de l'accouchement des grossesses antérieures, 88% ont accouché à la maternité pour la dernière grossesse, tandis que parmi celles qui l'avaient mal apprécié, seules 25% ont accouché à la maternité.

**Tableau 18. Appréciation des femmes sur la confidentialité et le secret professionnel des prestataires.**

Les prestataires gardent- ils le secret professionnel et la confidentialité ?	Lieux d'accouchement				P-value	
	Effectif des femmes accouchées dans la FOSA		Effectif des femmes accouchées en dehors de la FOSA	Total		
Oui	113	(92.6%)	9	(7.4%)	122	0.000
non	8	(22.2%)	28	(77.8%)	36	
Total	121	(76.6%)	37	(23.4%)	158	

Le tableau No 18 montre que l'appréciation positive au négative par les femmes du niveau de confidentialité et du secret professionnel des prestataires influence le choix du lieu d'accouchement (P-value=0.000). Parmi les femmes qui ont apprécié positivement l'attitude des prestataires pour ce qui est la confidentialité et du secret professionnel, la presque totalité (92.6%) d'entre elles ont accouché à la maternité, par contre celles qui ont apprécié négativement cette attitude, seules 22.2% ont accouché à la maternité.

## **4. DISCUSSION DES RESULTATS**

Le choix du lieu d'accouchement par les femmes est conditionné par de multiples facteurs. Les résultats de notre étude ont fait ressortir le rôle des facteurs sociodémographiques : l'âge, l'occupation économique, le niveau de scolarisation, le statut marital de la mère.

Nous avons également analysé le rôle des facteurs liés à l'accessibilité tant géographique que financière, les facteurs liés directement à la grossesse: la parité, le moment du début du travail d'accouchement, la contribution de la consultation prénatale dans le choix du lieu d'accouchement. Enfin, nous avons analysé le rôle des facteurs liés à la qualité des services de maternité dans le choix du lieu d'accouchement: l'accueil, le temps d'attente, la communication avec les prestataires et la confidentialité.

### **4.1. Facteurs sociodémographiques**

#### **4.1.1. Lieux d'accouchement selon l'âge et la parité de la femme**

Les résultats de notre étude montrent que la proportion des naissances survenues en dehors des FOSA augmente avec l'âge de la mère. Elle varie de 37.5% chez les mères âgées de 15 à 19 ans à 65.2 % chez celles âgées de 30 ans et plus, en passant par 41.9% chez les mères âgées de 20 à 29 ans.

La proportion des naissances survenues en dehors des formations sanitaires augmente aussi avec la parité de la mère. Les résultats de notre étude ont montré que 18.3% des naissances dont les mères sont de parité 1 ont eu lieu à la maison contre 63.6% de celles dont les mères sont de parité 8 et plus.

Cette situation est presque similaire à celle du niveau national où la proportion des naissances survenues en dehors des formations sanitaires a augmenté de 59% pour les femmes âgées de moins de 20 ans à 78% parmi les femmes de la tranche d'âge de 35-49 ans.<sup>[5]</sup> les résultats de l'enquête démographique et de santé du Rwanda en 2005 ont montré également que 49% des naissances de rang 1 ont eu lieu à la maison contre 80% de celles de rang 6 ou plus.<sup>[5]</sup>

#### **4.1.2. Lieux d'accouchement selon la profession de la femme**

Les résultats de notre étude montrent que la profession de la femme influence peu le choix du lieu d'accouchement : (67.4% des femmes salariées ont accouché dans les formations sanitaires contre 47.6% des femmes dont l'occupation est l'agriculture et l'élevage). Même si la différence des deux groupes n'est pas statistiquement très significative ( P-value de 0.012), Il est à noter que les femmes exerçant une activité professionnelle ou administrative sont minoritaires, (sur 397 femmes, seulement 46 sont salariées). Ceci présume alors que peu de femmes de notre zone n'ont pas suffisamment d'argent pour payer les soins de santé.

#### **4.1.3. Lieux d'accouchement selon le niveau de scolarisation**

Notre étude a montré que le niveau de scolarisation influence légèrement le choix du lieu d'accouchement (P-value=0.021). Néanmoins, nous remarquons que plus on a un niveau de scolarisation élevé, plus l'accès aux services de santé est facile. De multiples obstacles compromettent les chances qu'ont les femmes de jouir d'une santé satisfaisante, notamment: Un accès limité à l'information et au choix.

Les femmes sans accès aux idées nouvelles et à l'information sont conditionnées pour accepter la douleur et la souffrance comme étant le "lot" de la femme, et elles ne pensent pas que la grossesse demande des soins particuliers. En conséquence, nombreuses sont les femmes qui ne savent pas reconnaître les signes de danger pendant la grossesse, ni où ni quand solliciter une aide médicale<sup>[13]</sup>.

#### **4.1.4. Lieux d'accouchement selon le statut marital de la femme**

Les résultats de notre étude ont montré que le statut marital de la femme n'a pas une influence significative sur le choix du lieu d'accouchement (P-value : 0.260) ; Néanmoins, il faut attirer une attention particulière au groupe des mères veuves, divorcées et en union

libre comme groupe économiquement et socialement vulnérable ; Notre étude a montré que 61.5 % des mères de ce groupe ont accouché en dehors des formations sanitaires.

## **4.2. Les facteurs liés à l'accessibilité géographiques et financière**

### **4.2.1. Lieux d'accouchement selon l'accessibilité géographique**

L'inaccessibilité géographique dans le District de Karongi est caractérisée non seulement par la grande distance séparant les domiciles et les formations sanitaires mais aussi par un relief montagneux et le mauvais état des routes, ce qui complique d'avantage la situation pour atteindre rapidement les formations sanitaires.

Les deux ambulances dont dispose l'hôpital de Kibuye pour servir 9 centres de santé de notre zone de rayonnement et trois autres centres de santé de la zone de rayonnement du District de Rutsiro et un centre de santé du District de Ngororero sont insuffisants pour satisfaire aux besoins de tous les appels des malades et parvenir à temps dans les coins éloignés de la région de notre zone d'intervention.

Les résultats de notre étude ont montré que l'accessibilité géographique joue un rôle très important dans le choix du lieu d'accouchement (P-value 0.000).

Plus le domicile s'éloigne de la formation sanitaire, moins les femmes ont la chance d'accoucher dans la maternité du fait de la grande distance pour se rendre à la formation sanitaire.

Parmi les femmes qui utilisent moins d'une heure et 30 minutes pour arriver à la formation sanitaire la plus proche, 55.9% ont accouché à la formation sanitaire. Par contre, parmi d'autres qui utilisent plus d'une heure et 30 minutes, 20.6% seulement ont accouché à la maternité.

Presque la même situation a été évoquée par les résultats de l'étude sur les barrières à l'utilisation des services de maternité dans le district sanitaire de Gisenyi où il a été conclu

que l'inaccessibilité géographique des services de maternité sous entend principalement une composante de la répartition inéquitable des structures sanitaires et une composante d'absence d'un réseau routier permettant d'accéder à ces formations sanitaires lorsqu'elles existent. [13]

La distance qui sépare le domicile et la formation sanitaire a été l'une des contraintes qui empêchent les femmes d'avoir accès aux soins. Dans la plupart des zones rurales des pays en voie de développement, une femme sur trois doit faire plus de cinq kilomètres pour atteindre le service de santé le plus proche. Le manque de véhicules, surtout dans les zones reculées et le mauvais état des routes font que les femmes éprouvent d'énormément de difficultés à atteindre les centres même relativement proches [17].

Dans les zones rurales de Tanzanie, 84 % des femmes ayant donné naissance à un enfant chez elles avaient l'intention d'accoucher dans un centre de santé mais elles ne l'ont pas fait à cause de la distance et de l'absence du moyen de transport [17].

#### **4.2.2. Lieux d'accouchement selon l'accessibilité financière**

Les services de santé en général et les services de maternité en particulier restent difficilement accessibles du point de vue financier malgré plusieurs stratégies encourues telles que la mutuelle de santé et les micros finances notamment mises en œuvre par le Gouvernement du Rwanda dans sa politique de lutte contre la pauvreté.

La volonté politique d'améliorer l'accessibilité financière de la population à travers le renforcement des mutuelles de santé a apporté une grande contribution à l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé. Cependant, l'utilisation des services de maternité reste faible malgré la grande proportion des femmes ayant l'assurance maladie.

L'adhésion ou non à l'assurance maladie est un facteur qui entre en jeu dans le choix du lieu d'accouchement (P-value : 0.000). Parmi les femmes adhérentes à l'assurance maladie, 58.4% d'entre elles ont accouché dans les formations sanitaires. Par contre, parmi d'autres qui n'en avaient pas, 77.2% d'entre elles ont accouché en dehors de la formation sanitaire.

La même situation a été observée en Tanzanie, au Kenya et au Bangladesh : Une étude menée en Tanzanie a montré que 32% des ménages de la zone rurale et 22% des ménages urbains ressentait les difficultés de payer les soins de santé et 60% des ménages étaient obligés d'emprunter de l'argent pour payer les soins de santé. [27]

Une autre étude similaire sur les naissances dans les zones rurales du Kenya a montré que 52% des accouchements ont eu lieu à domicile assistés par l'accoucheuse traditionnelle, le déterminant dans le choix du lieu d'accouchement était la distance du domicile à la formation sanitaire et la non adhésion à une assurance maladie. [26]

Une étude faite au Bangladesh a montré que 30% des familles sont obligées d'emprunter de l'argent pour couvrir les dépenses indirectes lors de l'accouchement alors que les soins de maternité sont gratuits. [23]

### **4.3. Les facteurs liés à la grossesse**

#### **4.3.1. Lieux d'accouchement selon la personne qui prend la décision du lieu d'accouchement.**

Il a été remarqué que si la décision est prise ensemble par la femme et son mari, 74% des femmes accouchent dans les formations sanitaires, si le mari seul prend la décision du lieu d'accouchement, seule 37.2% accouchent dans la FOSA et ceci est presque de même si la décision est prise par la femme elle-même.

Pareils résultats montrent que la cohésion familiale constitue l'un des facteurs déterminants **pour la décision de la femme et de son mari à accoucher dans la FOSA en grande majorité.**

Selon les données de l'EDS du Rwanda de 2005, 23.2% de femmes ont le dernier mot en ce qui concerne leur propre santé et 16% ont le dernier mot en ce qui concerne les grosses dépenses du ménage. <sup>[5]</sup>

Dans le sud de l'Asie, dans certains pays musulmans et dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne, la décision pour la femme de demander les soins médicaux ne relève pas de sa compétence mais soit de son mari, soit de sa mère ou sa belle mère, soit des adultes du village ou d'autres membres de la communauté. <sup>[31]</sup>

#### **4.3.2. Lieux d'accouchement selon le moment du début du travail d'accouchement**

Le moment et les circonstances dans lesquelles le travail d'accouchement a commencé peuvent aussi influencer le lieu d'accouchement. Les résultats de notre étude n'ont pas confirmé l'idée que si le travail d'accouchement commence pendant la nuit, il serait tard de se rendre à la formation sanitaire et la femme aurait difficile à trouver les personnes pour la transporter à la formation sanitaire.

Seulement 45.1% de femmes dont le travail d'accouchement a commencé la journée ont accouché dans une formation sanitaire alors que 58.1% de femmes dont le travail d'accouchement a commencé la nuit ont accouché dans une formation sanitaire.

Au Malawi, une étude faite a montré que 90% des femmes voulaient accoucher dans un centre de santé alors que 25% seulement l'ont fait. La raison donnée par 53% des femmes était que lorsqu'elles se sont aperçues que le travail d'accouchement a commencé, elles n'avaient pas le temps de se rendre dans un centre de santé. <sup>[21]</sup>

#### **4.4. La contribution de la CPN dans le choix du lieu d'accouchement**

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de déceler à temps et prévenir les risques et les complications pendant la grossesse et l'accouchement, il permet aussi de préparer la femme enceinte à l'accouchement en lui donnant les informations sur les risques des accouchements non assistés par le personnel qualifié, les informations sur les complications éventuelles pouvant survenir lors de l'accouchement, les

informations sur la date probable de l'accouchement et en lui prodigant les conseils sur le lieu d'accouchement.

Les résultats de notre étude ont montré que dans le choix du lieu d'accouchement, il existe une différence significative entre le groupe des femmes ayant fait la CPN et celui de femmes ne l'ayant pas fait. (P- value : 0.000).

Parmi les femmes qui ont fait au moins une CPN, 63.4% ont accouché à la maternité alors que parmi celles qui ne l'ont pas fait, seulement 14.5% ont accouché à la maternité.

Les résultats de notre étude ont également montré que le nombre de visites prénatales standards effectuées par la mère influence le choix du lieu d'accouchement. Une différence significative existe entre les femmes qui ont fait au moins trois CPN standards et celles qui ont fait moins que trois CPN standards (P-value : 0.000).

En effet, le nombre des naissances dans les formations sanitaires augmente en fonction du nombre des CPN standards effectuées par les femmes enceintes. Le pourcentage des accouchements dans les formations sanitaires varie de 14.5% pour les mères n'ayant effectuée aucune visite prénatale à 100% pour les femmes ayant fait au moins 3 visites standards pour la CPN.

Le fait d'avoir fait la CPN est un facteur important qui influence les femmes à choisir d'accoucher à la maternité. Cependant, Il est à signaler que parmi les femmes qui ont fait la CPN, un bon nombre de femmes accouchent en dehors des formations sanitaires, à savoir que parmi les femmes qui ont fait au moins une visite prénatale, 40% n'ont pas accouché à la maternité.

La qualité de la consultation prénatale peut être mise en doute ; Ceci se justifie par les résultats de notre étude qui a montré que lors de la consultation prénatale les femmes ne reçoivent pas assez de conseils sur le lieu d'accouchement.

Sur 309 femmes qui ont répondu à la question, 268 n'ont reçu aucune information et parmi elles seule 45.5% ont accouché dans les formations sanitaires. Par contre, 100% de femmes conseillées d'accoucher à l'hôpital et 96.7% de femmes conseillés d'accoucher au centre de santé ont respecté les conseils leur donnés ce qui suppose que l'amélioration de la qualité de la consultation prénatale en matière de l'Information, Education et Communication IEC/ peut contribuer remarquablement à l'utilisation des services de maternité.

Une étude faite sur l'état de santé maternelle et l'accessibilité aux services de santé, a conclu que la dimension IEC/ est négligée par les professionnels de la santé chargés des consultations prénatales qui doivent donner des conseils aux femmes pendant les séances de CPN<sup>[33]</sup>.

#### **4.5. La perception des femmes sur la qualité des services de maternité**

Le rapport de l'évaluation qualitative sur l'accès aux services maternels et néonataux au Rwanda a montré que la qualité des services que les formations sanitaires offrent à la population détermine le choix de les utiliser ou non. Selon les femmes, la mauvaise qualité des services de santé signifie mauvais accueil (l'indiscrétion, le manque de modestie et de respect), la longue durée d'attente, le peu d'attention accordée aux préoccupations du client, l'arrogance et l'agressivité (mauvaise communication), la violation du secret professionnel, l'incompétence technique du prestataire et toute autre attitude négative du personnel de santé à l'égard de la femme ou de son entourage.

##### **4.5.1. Lieux d'accouchement selon l'appréciation des femmes de l'accueil à la maternité**

Les résultats de notre étude ont montré que l'accueil est le facteur qui influence les femmes dans le choix du lieu d'accouchement. Parmi les femmes qui avaient bien apprécié l'accueil, 72.5% ont accouché à la maternité contre 33.3% qui l'avaient mal apprécié.

L'amélioration de l'accueil peut donc contribuer à l'augmentation de l'utilisation des services de maternité.

Le temps d'attente est un élément crucial pour une femme en travail qui arrive à la maternité. Les résultats de notre étude ont montré que parmi les femmes qui ont été immédiatement reçues, 81.4% d'entre elles ont aussi accouché à la maternité pour la dernière grossesse.

#### **4.5.2. Lieux d'accouchement selon le niveau de communication avec les prestataires**

La qualité de communication des prestataires avec les parturientes est essentielle pour une meilleure prise en charge des clients en général, et celles d'une femme en travail en particulier, car non seulement un bon climat de confiance de la femme vis-à-vis du prestataire est créé mais aussi c'est l'occasion pour donner des messages nécessaires en ce qui concerne les soins du post-partum, la consultation post-natale, la planification familiale, l'allaitement, l'hygiène et d'autres informations qu'on juge nécessaire pour la maman et son enfant.

Parmi les femmes qui avaient bien apprécié le niveau de communication, 88% ont accouché à la maternité, tandis que celles qui ne l'avaient pas apprécié, seule 25% ont accouché à la maternité.

## 5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 5.1. Conclusions

L'étude que nous venons de réaliser sur les facteurs à la base du choix du lieu d'accouchements nous a permis d'identifier les facteurs mis en jeu dans le choix du lieu d'accouchement dans la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye.

Au terme de ce travail, nous trouvons que nos hypothèses de départ sont vérifiées et nous pouvons émettre des conclusions suivantes:

- ✓ La proportion des naissances survenues en dehors des FOSA augmente avec l'âge et le rang de la grossesse de la mère.
- ✓ Plus la femme en travail d'accouchement utilise beaucoup de temps pour arriver à la formation sanitaire la plus proche, plus elle a moins de chance d'accoucher dans une formation sanitaire.
- ✓ L'inaccessibilité financière peut constituer une barrière à l'utilisation des services de maternité et avoir l'assurance-maladie ne suffit pas pour que la femme se décide d'aller accoucher à la maternité.
- ✓ La complémentarité entre l'homme et la femme dans la prise de décision constitue un facteur essentiellement et important lorsqu'il s'agit notamment de la décision du lieu d'accouchement.
- ✓ Plus on a un niveau de scolarisation plus élevé, plus on a accès aux services de maternité.
- ✓ La consultation prénatale de bonne qualité contribue au choix du lieu d'accouchement. Cependant, la qualité de l'IEC n'est pas satisfaisante car très peu de femmes reçoivent les conseils sur le lieu d'accouchement alors que ce serait le meilleur moment d'informer les femmes sur les risques d'accoucher sans assistance par un personnel qualifié.
- ✓ L'amélioration de l'accueil à la maternité peut contribuer à l'augmentation du taux d'accouchement à la maternité.

## 5.2. Recommandations

Sur base des résultats de notre étude, nous recommandons ce qui suit :

AU MINISTERE DE LA SANTE :

- ❖ Appuyer les centres de santé à mettre en place un poste de santé dans chaque cellule.
- ❖ Doter dans la mesure du possible, chaque centre de santé d'une ambulance afin de résoudre le problème d'inaccessibilité géographique.
- ❖ Elaborer et diffuser les modules et matériels d'IEC appropriés pour la consultation prénatale.

AU DISTRICT DE KARONGI:

- ❖ Prévoir un budget suffisant pour la construction des routes et la réhabilitation de celles qui sont endommagées pour permettre l'accessibilité géographique de la population aux formations sanitaires.
- ❖ Impliquer les autorités politico administratives du District dans la mobilisation sociale en faveur de la maternité à moindre risque.

A L'HOPITAL DE KIBUYE :

- ❖ Renforcer l'encadrement des centres de santé par les supervisions facilitantes dans tous les domaines en mettant l'accent particulier sur l'IEC surtout dans la consultation prénatale et la maternité en vue d'aider les centres de santé à améliorer la qualité des services offerts à la population.
- ❖ En collaboration avec la Direction de la santé du District de Karongi et les autres leaders d'opinion, sensibiliser les familles à la maternité à moindre risque.

- ❖ Organiser les formations sur la CPN pour les prestataires des formations sanitaires de la zone de rayonnement de l'hôpital de Kibuye.
- ❖ Mener une étude sur la qualité des services de santé de la reproduction en mettant l'accent sur la maternité à moindre risque dans les formations sanitaires de la zone de rayonnement de l'hôpital Kibuye.

AUX CENTRES DE SANTE :

- ❖ Sensibiliser les femmes à respecter le calendrier de consultation prénatale standard selon les normes du MINISANTE.
- ❖ Donner toutes les informations relatives à la date probable d'accouchement, aux femmes qui viennent à la CPN et les encourager à accoucher à la maternité et mettre l'accent sur les risques de l'accouchement sans assistance d'une personne qualifiée.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MINISANTE. Politique National de santé de la reproduction : Kigali ; 2003
2. MINISANTE. Politique du secteur santé : Kigali : 2005
3. OMS : Forum mondiale de la santé VOL 19-1998
4. Institut national de la statistique. Ministère des finances et de la planification économique ; Enquête démographique et de santé. Kigali ; Rwanda : 2000
5. Institut national de la statistique. Ministère des finances et de la planification économique ; Enquête démographique et de santé. Kigali ; Rwanda : 2005
6. National institute of statistics. Ministry of finance and economic planning; Ministry of health; service provision assessment survey: 2007
7. Hôpital de Kibuye. Système d'information sanitaire – SIS : 2008
8. OMS. Forum mondiale de la santé VOL 19-1998
9. OMS. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Au delà des nombres. Genève. 2004)
10. UNFPA. Rapport des besoins. Conclusion de 9 pays africains : Zambie, Tchad, Bénin, Ouganda, Nigeria, Niger, Mozambique, Mali et Malawi. 2003)
- 11: OMS, journée mondiale de la santé, Genève 1998)
12. GTZ ; MINISANTE. Etude qualitative et quantitative sur la perception et les besoins de la communauté en service de santé de base dans les provinces de Byumba et Butare. 2007
13. Uwiringiyimana Wellars. Travail de recherche sur les barrières à l'utilisation des services de maternité dans le District sanitaire de Gisenyi. 2006
14. DE BROUWERE V ; VAN LERBERGHE W. Réduire la mortalité maternelle dans un contexte de pauvreté. Studies in Health Service Organisation & Policy. 2001
15. OMS. Rapport d'une étude collective de l' sur l'allaitement maternel. JMS. Genève 1981
16. OMS. Améliorer l'accès aux services de santé maternelle. JMS. Genève. 1998
17. Banque mondiale. Rapport sur le développement dans le monde. Washington, D.C. 1994.
18. OMS. Possibilité offerte par l'accoucheuse traditionnelle. JMS. Genève. 1987
19. Brown RA. La pratique sage-femme et l'accouchement à domicile: une vision

- alternative. *Can Med Ass J* 1987 ; 137
20. OMS. Guide pour une maternité sans risque. Genève, 1996
  21. Buor D ;Brem K. An analysis of the determinants of maternal mortality in sub saharan Africa. *J. Women health*. May 2004; 13
  22. OMS. Les estimations de l’OMS dans le rôle des femmes dans les soins de santé, Genève, 1998
  23. *Afr J Reprod Health*. Why at risk mothers fail to reach referral level care. 2000; 4
  24. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2006) 93
  25. Paxton A; Maine D; The evidence for emergency obstetric care. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 88
  26. *Health Econ*. Household characteristics affecting where mothers deliver in rural Kenya. 1996 , Jul-Aug;5
  27. G. Biego. Survey on Adult and Childhood Mortality. *Macro International journal*. Tanzanie. 1995.
  28. OMS. Améliorer l'accès aux services de santé maternelle. *JMS* 98.07
  29. V Chipfakacha, Attitudes of women towards traditional midwives, *South African Medical Journal* 84, 1, 1994
  30. Kyomuhendo BG, MacNairn RM. Social cultural factors in reproductive health and maternal mortality. FIGO Safe Motherhood Needs Assessment Project, Kiboga District Uganda, 1998
  31. S.Thaddeus and D. Maine, "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context". *Social Science and Medicine* 38(8), 1994.
  32. District de Karongi. Plan de développement du District de Karongi 2008-2012. Karongi, Août-2007
  33. DE BROUWERE V, VAN LERBERGHE W. Réduire la mortalité maternelle dans un contexte de pauvreté. *Studies in Health Service Organisation & Policy*. 2001 : 17.
  34. MUKANDOLI E. Utilisation des services de maternité par les femmes lors de l’accouchement dans le district sanitaire de Byumba, UNR, Butare 1999.

# ANNEXES

## 1. Questionnaire

### I. Caractéristiques sociodémographiques

#### I. i Identification de la FOSA

Q1. Date:...../...../...../08

Q2. Numéro d'ordre:...../...../...../

Q3. Nom de l'enquêteur.....

Q4. Nom du centre de santé: .....

Q5. statut du centre de santé :.....

a .publique .....1

b. agréé .....2

c. hôpital public .....3

d. privé .....4

e. Autre (citer).....5

Q6 cellule \_\_\_\_\_

Q7 secteur \_\_\_\_\_

Q8.District \_\_\_\_\_

#### I.ii. Identification de la femme

Q10. Age de la femme ...../

Q11. Statut de la femme:

Marié.....1

Célibataire.....	2
Veuve.....	3
Séparée.....	4
Divorcée.....	5
Mariage illégal.....	6

Q12. Niveau d'instruction:

Ne sait pas lire ni écrire.....	1
N'a pas terminé l'école primaire complète.....	2
Ecole artisanale complète.....	3
N'a pas terminé l'école secondaire.....	5
Humanité complète.....	6
Premier cycle d'université.....	7
Université complète.....	8
Autre ( à préciser) .....	9

Q13 Occupation :

Cultivateur.....	1
Eleveur.....	2
Agri- élevage.....	3
Salariée.....	4
Commerce .....	5
Artisanat.....	6
Journalier.....	7
Autre ( A citer) .....	8

**L.iii. Identification du conjoint**

Q14. Age du mari..... /...../...../

Q15 .Niveau d’instruction:

Ne sait pas lire ni écrire.....	1
N’a pas terminé l’école primaire.....	2
Ecole primaire complète.....	3
Ecole artisanale complète.....	4
N’a pas terminé l’école secondaire.....	5
Humanités complète .....	6
Premier cycle d’université.....	7
Université complète.....	8
Autre ( A préciser) .....	9

Q16 Occupation :

Cultivateur.....	1
Eleveur.....	2
Agri élevage .....	3
Salarié.....	4
Commerce .....	5
Artisanat.....	6
Journalier.....	7
Autre ( A citer).....	8

Q17. Régime matrimonial (pour le conjoint):

Monogame.....	1
Polygame (deuxième femme).....	2
Plusieurs femmes (combien?) .....	3
Mariage illégal.....	4

## **II. Information sur les accouchements**

Q18 . Gesteté .....

Q19 . Grossesses menées à terme.....

Q20. Age à la première grossesse? .....

Q21 . Parité?.....

Q 22 . Enfants vivants? (nombre).....

Q 23 . Morts- nés?

1= Oui

2 = Non

Q24. Si oui, combien? (Nombre).....

Q 25. Lieu du dernier accouchement mort-né?

FOSA.....1

Domicile.....2

En chemin.....3

Accoucheuse traditionnelle.....4

Autre ( A préciser).....5

Q 26. La personne qui a assisté à l'accouchement du mort- né?

Médecin .....1

Infirmier (ère).....2

Accoucheuse traditionnelle.....3

Membre de famille.....4

Ami.....	5
Sans assistance.....	6
Autre ( A préciser).....	7

Q 27 . Lieu d'accouchement (d'habitude)

Dans la FOSA.....	1
Domicile.....	2
Chez le tradi-praticien.....	3
FOSA et Domicile .....	4
FOSA et tradi-praticien.....	5
Domicile et tradi praticien.....	6
Autre ( A préciser).....	7

Q28 . Lieu du dernier accouchement

Fosa.....	1
Domicile.....	2
En chemin vers la FOSA.....	3
Chez le tradi praticien.....	4

Q29. La personne qui a assisté à l'accouchement à domicile ?

Tradi-praticien.....	1
Sa mère .....	2
Belle- mère.....	3
Mari.....	4
Personne.....	5
Autre ( A préciser).....	6

Q30. Raisons d'accoucher à domicile):

Pauvreté.....	1
Début brusque du travail d'accouchement.....	2
Impossibilité d'aller à la FOSA pendant la nuit.....	3
Habitude d'accoucher a la maison sans problème...	4

Grande distance FOSA-DOMICILE.....	5
Fosa au dernier recours.....	6
Mauvais accueil a la FOSA.....	7
Autre ( A préciser).....	8

Q31. Motivation d'accoucher à la FOSA?

Accouchement gratuit.....	1
Adhésion à la mutuelle de santé.....	2
Diminuer le coût d'accouchement.....	3
Personnel de la maternité de sexe féminin seulement.....	4
Personnel de la maternité de sexe masculin seulement...	5
Personnel de la maternité femme âgée seulement .....	6
Autre ( A préciser).....	

Q32. Qui a pris la décision du lieu d'accouchement (pour la dernière grossesse)?

Moi-même.....	1
Mon mari.....	2
Nous les deux (moi et mon mari).....	3
Mes parents (papa et/ou maman).....	4
Mon ami(e)/ voisin (e) .....	5
Autre personne ( A préciser).....	6

Q33. Moment du début de travail (pour la dernière grossesse):

Pendant la nuit.....	1
Pendant la journée.....	2

Q34. Avec qui étiez-vous lors du début de travail (pour la dernière grossesse)

Avec son mari.....	1
Etait seule.....	2
Etait avec les enfants seulement.....	3
Avec quelqu'un d'autre ( A préciser).....	4
Ne se souvient pas avec qui elle était.....	5

Q35. As - tu fréquenté les services de consultation prénatale ?

1= Oui

2 = Non

Q36. Si oui, Combien de fois as-tu fait la consultation prénatale ?

NOMBRE	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3
aucune			
Une fois			
Deux fois			
Trois fois			
Quatre fois			
Plus de quatre fois			

Q37. Information donnée par les prestataires lors de la CPN sur le lieu d'accouchement

- A l'hôpital .....1
- Au centre de santé.....2
- A domicile.....3
- N'ont rien dit.....4
- On m'a dit que pas de problème et que je pourrais accoucher sans complication....5
- Autre (A citer).....6

### **III. Perception de la population sur les services de maternité**

Q 38. Comment appréciez- vous l'accueil (si vous avez accouché à la maternité)?

Bon.....1

Mauvais.....2

Q39. Combien de temps avez-vous attendu pour être reçu par le prestataire

Tout de suite.....1

5 à 10 min.....2

Plus de 10 min.....3

Q40. Si au moins vous avez accouché à la maternité , comment avez –vous apprécié la communication avec les prestataires ?

Très bonne.....1

Bonne.....2

Mauvaise.....3

Q41. Les prestataires gardent t-ils le secret professionnel ?

Oui.....1

Non.....2

Q42. Nombre de grossesses, lieu et année d'accouchements.

No de la grossesse	Année d'accouchement	Dans la FOSA	Ailleurs ( A préciser)
Première			
Deuxième			
Troisième			
Quatrième			
Cinquième			
Sixième			
Septième			
Huitième et plus			

Q43. Avez- vous l'assurance - maladie?

Oui.....1  
 Non.....2

Q44. Combien de temps de marche utilisez- vous pour arrivez à la Fosa la plus proche ?

Moins de 30 min.....1  
 De 30 min à une heure.....2  
 D'une heure à une heure et demie.....3  
 Entre une heure et demie et 2 heures de marche .....4  
 Plus de deux heures de marche .....5