

Introduction

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion par voie naturelle d'un ou plusieurs fœtus parvenus à maturités ou à l'âge de la viabilité (1).

Dans le monde la mortalité maternelle est très élevée ce qui est inacceptable. Environ 830 femmes meurent chaque jour du fait des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans les pays à revenus faibles et la plupart auraient pu être évités (2).

En Afrique, une femme sur 12 accouche toute seule ou en présence d'une sage-femme traditionnelle. Si 44 % des femmes reçoivent l'assistance d'un personnel qualifié durant leur accouchement, seule 35% de ces accouchements ont lieu dans le centre de santé (3).

Dans un pays en développement, la grande majorité des accouchements se passe à domicile, il ne présente qu'un pourcentage minime dans les pays développés. Au Pays bas, cette pratique est très courante, 30% des bébés voient le jour à la maison. Aux Etats-Unis, le taux d'accouchement à domicile a augmenté de 20% entre 2004 et 2008, cette technique est proposée aux femmes dont la grossesse ne comporte aucun risque. Au Rwanda, une proportion assez considérable accouche encore à domicile sous l'assistance d'une personne non qualifiée et le taux de mortalité reste élevé soit 750 pour 100 000 naissances vivantes. Cependant le nombre de femme qui accouche dans la formation médicale ne cesse d'augmenter passant de 18, 5% en 2001 et 49, 4% en 2006 et 55, 1% en 2007 (4).

A Madagascar, le taux de mortalité maternelle pendant ou post accouchement est élevé. La situation a de quoi inquiéter sur les 800 000 à un million d'accouchements annuels ayant lieu à Madagascar, 10 femmes meurent chaque jour pendant ou à la suite des complications après l'accouchement. D'autre part, 80% des ces accouchements sont suivis par des matrones, certains ayant bénéficié d'une formation médicale adéquate et d'autre pas. C'est le constat accablant fait en janvier 2013 par l'OMS selon les fonds des nations unies pour la population. Les statistiques pour Madagascar sont encore plus lourdes, un taux de mortalité maternelle de 498 femmes pour 100 000 chiffres émanant de l'enquête démographique et de santé, seuls 35% des accouchements étant inscrits auprès des centres de santé de base et 44% des femmes

enceintes respectent le suivi médical, mais 80% d'entre elles ont recours à la médecine traditionnelle (5).

Dans le CSB₁ Mahaimandry, le total des femmes enceintes qui viennent en CPN durant l'année 2015 est 144, la naissance attendue est de 128. Malheureusement, 40 accouchements seulement ont été enregistrés durant cette période, donc le taux d'accouchements reste faible. En effet, notre recherche est basée sur le problème du faible taux d'accouchement assisté au CSB₁ Mahaimandry et la question qui se pose est donc « Quelles sont les causes de ce faible taux ? ».

Alors notre étude est évoquée sur les hypothèses suivantes : le manque d'information, le niveau d'instruction bas, la distance entre le centre et les lieux, les habitudes des femmes enceintes, l'existence des matrones dans les quartiers et surtout la mauvaise organisation du service au CSB₁ constituent les causes du faible taux d'accouchement au CSB₁ Mahaimandry.

Pour vérifier ces hypothèses, nous fixons comme objectif général : analyser les facteurs déterminants le faible taux de l'accouchement assisté au fokontany Mahaimandry. Et pour atteindre cet objectif, les objectifs spécifiques consistent à :

- déterminer les caractéristiques socio-individuelles des femmes enquêtées
- analyser les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes enquêtées en maternité à moindre risque
- émettre des suggestions pour améliorer la situation.

Pour ce faire, nous allons suivre le plan suivant après l'introduction, nous verrons dans la première partie les généralités, en seconde partie un compte rendu de la méthodologie et résultats obtenus suivis d'une discussion et avant la conclusion une troisième partie qui traite les suggestions.

I.GENERALITES

I. 1. Historique de l'accouchement

L'accouchement assisté à domicile n'a rien à voir avec cette pratique avant l'apparition de la pénicilline, des ocytocines et des techniques obstétricales modernes jusqu'au XXème siècle. Les risques d'accouchement sont élevés : les conditions d'hygiène étaient précaires. Les grossesses étaient nombreuses, peu surveillées, mal respectées et les femmes peu ou mal informées sur la grossesse et l'accouchement. Après plusieurs recherches, le taux de mortalité maternelle variait entre 8% et 17%, et pouvait atteindre 20%. Pendant longtemps, l'accouchement ne fût pas considéré comme étant du ressort du médecin mais de l'accouchement de la matrone et de la sage femme (6).

I. 2. Quelques définitions

I. 2. 1. Définition de l'accouchement

L'accouchement est l'action de mettre un enfant au monde. Marquant l'aboutissement de la grossesse, il consiste en l'expulsion d'un ou plusieurs fœtus de l'utérus de sa mère (7).

L'accouchement est dit à terme lorsqu'il se produit entre le début de la 30^{ème} SA (270 jours) et fin de la 42^{ème} SA (280 jours). Lorsque le bébé naît avant la 37^{ème} SA, on parle de la prématurité et lorsqu'il naît à partir de 42^{ème} SA, on parle de terme de passé (7).

I. 2. 2. Définition de l'accouchement à domicile

L'accouchement à domicile est effectué en dehors du centre sans aucune assistance soit avec assistance d'une matrone ou d'un personnel qualifié (VI).

I. 2. 3. Définition des accoucheuses qualifiées

- L'accoucheur/euse qualifiée désigne exclusivement des personnes ayant des compétences obstétricales, qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostic, prendre en charge ou transférer des complications obstétricales, ces accoucheurs/euses qualifiées vivent dans la communauté qu'ils desservent et en font partie. Ils doivent être capables de prendre

en charge un travail et un accouchement normal, de reconnaître les premiers signes de complication et de superviser le transfert de la mère et de l'enfant quand doivent être dispensés des soins qui excèdent leur compétence ou qu'ils ne peuvent pas être prodigués sur place (VII).

- Professionnelle de santé diplômée dont la fonction est de prodiguer des soins aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et les suites des couches.



Source : [https://www.google.mg/acouchement par voie basse](https://www.google.mg/acouchement%20par%20voie%20basse)

Schéma1 - Accouchement assisté par un personnel qualifié.

I. 2. 4. Définition de l'accoucheuse traditionnelle

C'est l'accoucheuse ou la mère de famille qui aide la mère pendant l'accouchement et sa compétence est initialement acquise en accouchant un bébé et par apprentissage avec d'autres accoucheuses traditionnelles (I).

L'accoucheuse traditionnelle est désignée par une famille élargie pour aider les femmes de cette famille à accoucher (VIII)

I. 2. 5. Accoucheuse traditionnelle qualifiée (ATQ)

C'est une AT ou ATF qui a suivi un bref cours de formation dans les secteurs des soins de santé moderne pour améliorer ses compétences. La formation en tant que telle ne dure d'ordinaire pas plus d'un mois, mais peut également s'étendre sur une période prolongée (VII).

I. 3. La consultation prénatale ou CPN

I. 3. 1. Définition

La CPN est un examen effectué sur une femme enceinte par un agent de santé, tout au long de sa grossesse allant de la conception jusqu'au terme.

C'est l'ensemble des soins donnés par un personnel compétent qui a reçu une formation qui a de l'expérience et des connaissances pour fournir des soins de santé sûrs et efficaces à la future mère selon OMS 2006 (8).

I. 3. 2. But de la CPN

Elle a pour but de :

- confirmer le diagnostic de la grossesse
- suivre l'évolution de la grossesse
- éduquer la femme sur le plan hygiéno-diététique
- vérifier l'état de santé de la mère et du bébé
- dépister assez tôt les anomalies éventuelles et les prendre en charge aussitôt que possible
- informer, éduquer la femme sur le déroulement de la grossesse et la préparer déjà à l'accouchement
- prévenir les conditions de l'accouchement.

I. 3. 3. Rythme de CPN

Une femme enceinte se doit de faire au moins 4 CPN tout au long de la grossesse.

- 1^{ère} CPN : 15 SA à 16 SA.
- 2^{ème} CPN : 20 SA à 24 SA.
- 3^{ème} CPN : 28 SA à 32 SA.

- 4^{ème} CPN : 37 SA.

Buts : éviter les complications pendant l'accouchement.

1^{ère} CPN

Elle a pour but de :

- faire le diagnostic de la grossesse
- préciser les termes
- diagnostiquer les anomalies médiatees
- évaluer les facteurs de risque.

2^{ème} CPN

Elle a pour but d' :

- apprécier l'évolution de la grossesse
- rechercher les anomalies
- demander les examens complémentaires.

3^{ème} CPN

Elle a pour but d' :

- établir le pronostic de l'accouchement
- faire l'examen obstétrical et les autres examens para-cliniques.

4^{ème} CPN

Elle a pour but d' :

- assurer le pronostic de l'accouchement.

Calcul en semaine de la grossesse.

Le terme de la grossesse normale est de 9 mois ou 40 semaines : (nombre de mois x 4) + 4 à commencer au troisième mois, c'est à dire 3 mois égale 16 SA.

Calcul en mois

Age en mois = (semaine – 4) : 4

Diagnostic des anomalies :

- leucorrhée (perte blanche)
- douleur pelvienne ou abdominale
- métrorragie
- masse annexielle (kyste de l'ovaire)
- douleur au niveau du cul de sac de douglas.

I. 3. 4. Surveillance de la femme enceinte

I. 3. 4. 1. Examen au premier trimestre de la grossesse

C'est le premier examen visant à établir les diagnostics de la grossesse et à dépister précocement les facteurs de risque afin de les prendre en charge.

I. 3. 4. 1. 1. Interrogatoire

- état civil comme : nom, âge, adresse.
- antécédents obstétricaux :
 - date et issue des derniers accouchements
 - gestité
 - parité
 - avortement
 - nombre d'enfants vivants
 - date des dernières règles (DDR)
 - date probable de l'accouchement (DPA).
- Recherche les facteurs de risques :
 - âge < à 18 ans ou > à 35 ans
 - primipare âgé de plus de 30 ans
 - parité > à 5 ans

- DDA < 2 ans
- bassin rétréci ou asymétrique
- TA > à 14 / 8
- diabète
- dyspnée, cyanose, (asthme, cardiopathie), épilepsie, drépanocytose, éclampsie.
- OC antérieur ou utérus cicatriciel
- grossesse gémellaire actuelle
- antécédent d'enfant de faible poids à la naissance
- mort-né ou décès d'enfant dans les 27 jours
- fausse couche ou avortement
- habitude toxique (alcool, tabac, tambavy, médicament, massage traditionnelle).

I. 3. 4. 1. 2. Examen général :

- peser
- examen du squelette et de l'attitude (hyper lordose, scoliose, claudication)
- prise de la TA
- Inspection :

état de la conscience

coloration des muqueuses (conjonctive, langue)

seins : développement de l'aréole

état des mamelons : normal, bref, ombilic

existence ou non des modules et des abcès

existence du colostrum

Abdomen : Existence des cicatrices ou vergetures

Membre inférieur : existence des varices

I. 3. 4. 1. 3. Examen obstétrical

- a) La mensuration : femme en décubitus dorsal et jambes fléchies. Mesure de la hauteur d'utérine avec un mètre ruban allant du bord supérieur du pubis jusqu'au fond utérin entre l'index et le majeur, et suivant les grands axes de l'utérus. La mesure de la HU correspond à 4 cm par mois et 100gr/cm du poids fœtal.
- b) Toucher vaginal : combiné au palper. L'état de la vulve s'il y a des cicatrices et des varices ; la position du col (antérieur, postérieur, à gauche, à droite, au centre) ; les signes d'Hegar et signe de noble.

I. 3. 4. 1. 4. Examen complémentaire

- sérologie de syphilis
- sérologie de toxoplasmose
- sérologie de VIH / SIDA
- sérologie de rubéole
- sérologie de l'hépatite B
- Recherche d'albuminurie et de glucosurie
- Echographie

I. 3. 4. 2. Examen au deuxième et troisième trimestre de la grossesse.

1. Interrogatoire

- Rappel sur l'âge de la grosse
- Perception des mouvements actifs du fœtus (MAF ressentie pour la première fois vers le quatrième mois et demi en moyenne, souvent plutôt chez la multipares).
- Recherche des éventuels malaise ressentis par la femme (perte vaginale, douleurs, varice, œdème des membres inférieurs OMI)

2. Examen médical

- prise de poids
- prise de la TA
- examen des urines

3. Examen obstétrical

Comporte 5 éléments à faire :

a) inspection :

- état de la conscience
- coloration des muqueuses et des téguments
- seins
- abdomen : forme (normalement ovoïde, régulier et à grand axe vertical), présence de la ligne brune, tonicité, ombilic (déplissé, ombiliqué ou bombé), membre inférieur : œdème, varice.

b) Mensuration :

- mesure la HU

c) Palpation :

- il évalue la tonicité de l'utérus
- la présence et la position du fœtus (présentation fœtal)
- Il consiste aussi à reconnaître les parties fœtales : tête, siège et dos par la manœuvre méthodique de BUDIN.

d) Auscultation

Cela consiste à écouter le bruit du cœur fœtal (BDCF) à partir de 5^{ème} mois à l'aide d'un stéthoscope de Pinard au niveau du moignon de l'épaule du côté du taux de l'enfant.

e) TV et examen au spéculum

Ils explorent le col et la présentation (nature et niveau de descente).

I. 3. 4. 3. Examen au voisinage du terme

Cet examen a une importance fondamentale, non-seulement pour s'assurer que la grossesse se déroule normalement, mais aussi et surtout pour tenter d'établir le diagnostic de l'accouchement. Il s'attachera donc à préciser le mieux possible :

- le volume et la présentation du fœtus
- les dimensions du bassin maternel et la souplesse de la partie molle.

1. Interrogatoire

- âge de la grossesse
- MAF
- Troubles fonctionnels éventuellement de ressentis.

2. examen général

- la pesée
- prise de la TA
- Examen d'urine à rechercher, du sucre et de l'albumine. A ce stade qu'on fait l'étude sommaire du squelette comme la taille, l'attitude, surtout la pelvimétrie chez la primipare et grande aussi. Si la femme est de petite taille < 1,50 mètres, OC antérieure et des problèmes présentaient lors de l'accouchement précédent.

3. Examen obstétrical

3.1. Inspection :

- de la paroi abdominale si présence de vergeture, la tonicité ou la distension de l'abdomen
- du volume apparent surtout la forme de l'utérus c'est à dire normalement ovoïde à grand axe longitudinal.

3. 2. Mensuration :

- HU à terme mesure 32 à 34 cm.

3. 3. Palpation :

- tonicité de la paroi utérine
- présentation du fœtus
- descente de la présentation

3. 4. Auscultation :

- écoute de la BDCF

3. 5. TV devient obligatoire pour chercher :

- le col
- la présentation : nature et hauteur
- étude du bassin
- partie molle : souplesse, distance, ano-vulvaire.

I. 3. 4. 4. Les soins essentiels

➔ Chimio prophylaxie anti palustre :

- pour toute femme dès la 1^{ère} CPN commencer par une chimiothérapie précoce : 25mg par kilo réparti sur trois jours (J₁ = 10 mg/kg, J₂ = 10mg/kg, J₃ = 5mg/kg) ;
- continuer par 5 mg/kg/semaine toute l'année sur les régions côtière, et d'octobre à mai sur les hautes terres.

➔ Dépistage de l'anémie : par observation des conjonctives et/ou dosage de l'hémoglobine (hémoglobinomètre).

➔ Supplémentation fer/acide folique pour lutter contre l'anémie 1 comprimé/jour pendant 6 mois :

➔ Vaccination antitétanique : pour éviter l'apparition du tétanos du nouveau-né ou la mère en postpartum :

- VAT₁ : au premier contact
- VAT₂ : à 4 semaines ou plus après VAT₁

- VAT₃ : à 6 mois ou plus après VAT₂
- VAT₄ : à 12 mois ou plus après VAT₃
- VAT₅ : à 12 mois ou plus après VAT₄

➔ Déparasitage : mébendazole 500mg ou une dose d'albendazole 400mg à partir de la perception du MAF (II).

I. 3. 4. 5. IEC sur l'hygiène

❖ Hygiène alimentaire

L'alimentation de la femme doit être saine et variée. Les besoins énergétiques sont 2500 à 3000 calories/jour. La suralimentation est à éviter, une prise de poids excessive et nocive pour la mère et pour l'enfant. Le régime alimentaire évitera les mets en raison des déchets toxiques. Ex : abats, alcool, brèdes.

Le régime alimentaire d'une femme ne diffère pas de celui d'un individu ordinaire. Les menus comporteront de préférence de la viande crue, des légumes verts, des fruits, des produits laitiers, poisson, œufs, huile et surtout d'origine végétale, une boisson d'au moins 1, 5l avec un régime hyposodé.



Source : Aliment pour les femmes enceintes

Schéma2 - Alimentation conseillée pour la femme enceinte.

❖ Hygiène corporelle et vestimentaire

L'hygiène corporelle veille à la parfaite propreté de la peau et des muqueuses (sein à préparer pendant la grossesse). La douche est préférable au bain. L'irrigation vaginale est à proscrire pendant toute la durée de la grossesse. L'hygiène vestimentaire veille au bien-être de la mère. Les vêtements choisis sont amples et chaud. La ceinture de la grossesse peut être nécessaire pour soutenir les muscles abdominaux. Le soutien-gorge doit être confortable adapté par sa taille à l'augmentation du volume des seins. Les chaussures permettent un appui stable (pas de talon) elle soutient correctement la voûte plantaire et évite l'exagération de la lordose lombaire.(10)

❖ Hygiène de vie

Le travail professionnel peut être continué si la grossesse qui se déroule normalement. Le repos légal prévoit un arrêt de l'activité 6 semaines avant l'accouchement. Le repos, peut sur prescription médicale, être avancé (travail très fatigant, état pathologique). Les voyages sont possibles, ils se feront en voiture bien suspendue. Les engins à deux roues sont à proscrire. Il faut éviter le long trajet. Les sports modérés peuvent être pratiqués : natation, marche à pied.

Les rapports sexuels sont autorisés avec modération. La femme enceinte doit mener une vie normale, calme et équilibrée. Les sorties nocturnes doivent être rares car elle a besoin de période prolongée. Elle doit éviter le contact avec les fous et d'une manière générale en toute circonstance les espèces de contagion. (10)

I. 5. Rappel physiologique de l'accouchement

I. 5. 1. Définition :

C'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et ses annexes lors des voies génitales.

I. 5. 2. Etapes ou périodes de l'accouchement

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- La première correspond à la dilation du col
- La deuxième concerne à la sortie du fœtus
- La troisième c'est la délivrance.

I. 5. 2. 1. Dilatation du col

C'est l'effacement du col utérin sous l'influence des contractions utérines aboutissant à la formation des poches des eaux.

La dilatation se divise en deux parties :

- phase de latence (=période de dilatation lente)

Allant de 0 à 3 centimètre

Avec diminution progressive de la longueur du col. Elle peut durer jusqu'à 8 heures de temps.

- phase actives (= période de dilatation rapide)

Allant de 4 à 10 cm. Elle peut durer 4 heures de temps.

NB chez la multipare, le col se dilate et s'efface en même temps, mais chez la primipare, il s'efface d'abord avant de se dilater.

I. 5. 2. 2. La sortie du fœtus

Cette période débute dès la dilatation complète quand la femme commence par accoucher et se termine par le moment où le fœtus sort hors de la filière génitale. Les parties fœtales passent par différents mouvements de progression pendant l'étape de l'expulsion.

- Phase d'engagement : la tête du fœtus franchit dans le détroit supérieur.
- Phase de décente qui s'accompagne des rotations.
- Phase de dégagement : la tête du fœtus est engagée dans l'excavation.

I. 5. 2. 3. La délivrance

C'est la dernière étape de l'accouchement. La délivrance est l'expulsion du placenta ainsi que les membranes. Elle évolue en trois phases aussi :

- décollement du placenta
- expulsion du placenta
- l'hémostase.

Le décollement du placenta : une dizaine de minutes (15 à 30 min après l'expulsion du fœtus).

Expulsion lorsque le placenta est décollé, il glisse dans le vagin après quelques tractions du reste du cordon ombilical.

Hémostase : après l'expulsion du placenta l'utérus se contracte et devient en formant le globe utérin.

I. 6. Avantage de l'accouchement à l'hôpital

I. 6. 1. Lors de l'accouchement :

- accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence en cas de complication
- en l'assistance qualifiée à l'accouchement, donne en cas d'accouchement la vie de la femme en danger une meilleure chance de recevoir à temps les obstétricaux d'urgence requis.
- assurer les femmes à une maternité sans risque
- observer, surveiller la femme et le nouveau né après l'accouchement
- sauver la vie de la femme et son enfant. Etre prêt à tout moment à traiter les complications et la clé de la sauvegarde de la mère et du nouveau né
- réduction de la morbidité et des mortalités maternelles
- les soins des nouveaux nés dès la naissance : des obstructions des voies aériennes supérieures, séchage et stimulation du bébé, section et ligature du cordon, pansement ombilicale, soin des yeux, pesée et mensuration (comme la taille, PC, PT, PB), vérification de l'état du nouveau né par le score d'Apgar $aM_1 = I_A, 8 - 10$: né vigoureuse, 4-8 état médiocre ou né asphyxié. CAT aspiration + ventilation ou bouche à bouche, 0-

4 né en état de mort apparente. CAT aspiration, massage cardiaque + ventilation du produit de réanimation.

- Injection vitamine k₁ 10 mg en IM pendant 2 jours
- recherche d'une éventuelle malformation (bec de lièvre, imperforation anale ou vaginale, spinabifida, omphalocèle) (9)

I. 6. 2. Post partum

Surveillance de la mère et de l'enfant après l'accouchement.

❖ Pour la mère :

- pertes vaginales : couleur, odeur, quantité
- globe de sécurité : présence ou absence
- température
- montées laiteuses
- tension artérielle
- examen des membres inférieurs
- présence ou non d'œdème
- prestation du PF en post partum immédiat : DIU du postpartum, contraception chirurgicale volontaire, méthode de l'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA). (III)

❖ Pour l'enfant :

- prise du poids
- soins ombilicaux
- soins des yeux
- allaitement maternel exclusif
- méconium/selles
- température
- vaccination BCC-polio (III)

I. 7. Inconvénients de l'accouchement chez les matrones ou à domicile :

- absence de structure de soins
- augmentation des risques de complication

- Pas de surveillance médicale
- Absence d'équipement nécessaire pour dispenser les soins a pratiqué
- mortalité maternelle et néo-natale
 - morbidité maternelle et néo-natale
- risque élevé d'infection et des maladies septicémiques
- rupture interne par hypercinésie utérine suite à la prise de décoction
- arrêt de progression lié au col oedématié et à une présentation vicieuse.

II.- METHODOLOGIE

II-1 Cadre de l'étude

L'étude a été effectuée au CSB I Mahainandry, commune Vinaninkarena, District d'Antsirabe 2 dans la région VAKINANKARATRA. Elle est située à 15 Km au Sud-Ouest de la ville d'Antsirabe vers la route d'Ibity. Il comporte 2 fokontany avec une population totale de 3195 en 2015.

A- Les ressources humaines

- Une sage-femme
- Une aide-soignante

B- Organisation du service

Lundi : CE, PF

Mardi : 1^{er} CPN, CE, IEC

Mercredi : Vaccination, CE

Jeudi : 2^e CPN

Vendredi : PF, CE

II-2 Type d'étude

C'est une étude rétrospective transversale et descriptive

II-3 Période d'étude

Notre étude a été commencée du 30 octobre 2015 au 30 Novembre 2015

II-4 Durée d'étude

Notre étude s'étale du mois de mai 2015 jusqu'à la présentation du mémoire.

II-5 Population étudiée

Ce sont les mères des enfants de 0 à 12 mois qui viennent au CSB pour la vaccination.

a) Critère d'inclusion

Les mères des enfants de 0 à 12 mois qui viennent au CSB pour la vaccination pendant la période d'étude et qui résident à MAHAIMANDRY ont été retenues pour la recherche.

b) Critère d'exclusion

Les mères des enfants de 0 à 12 mois qui habitent en dehors du secteur sanitaire du CSB1 sont exclues de notre étude.

II-6 Mode d'échantillonnage

Il s'agit d'un mode d'échantillonnage exhaustif.

II-7 Taille de l'échantillon

Nous avons enquêté 80 femmes.

II-8 Mode de collecte de données

Pour recueillir les données, nous avons effectué une enquête auprès des mères des enfants de 0 à 12 mois en utilisant un questionnaire. Une interview de la sage-femme du centre concernant le protocole d'accouchement, la monographie du centre ainsi que la consultation du registre de CPN ont été également effectués.

II-9 Analyse des données

Nos données ont été saisies sur Microsoft Word et traitées sur Microsoft Excel.

II-10 Variables étudiées

Caractéristiques socio individuelles des femmes comme :

- L'âge
- La parité
- Le niveau d'instruction
- Le niveau socio-économique
- Situation matrimoniale
- La profession
- Résidence
- Parité

CAP des femmes en maternité en moindre risque :

- La connaissance des femmes sur la CPN
- CPN effectuée
- La connaissance sur les facteurs de risques des accouchements à domicile

- La connaissance sur les avantages des accouchements à l'hôpital
- Lieu d'accouchement

III-11 Limites de l'étude

Notre étude est limitée dans la Commune de Mahaimandry. Des biais d'information c'est-à-dire les non sincérité des réponses ainsi que des biais de sélection ont pu traverser notre recherche.

II-12 Considération ethnique

Cette étude a obtenu l'autorisation et l'accord du Directeur de l'ISSSD et du DRSP du Vakinankaratra ainsi que du responsable du CSB Mahaimandry.

Nous avons respecté le droit et l'opinion de l'homme. C'est à dire que nous avons opté les principes suivants:

- Respect des droits humains
- Respect de la confidentialité
- Respect du secret professionnel
- Mise en confiance des femmes
- Respect du consentement éclairé.

III RESULTATS

III-1 Caractéristiques individuelles

III-1-1 Selon l'âge

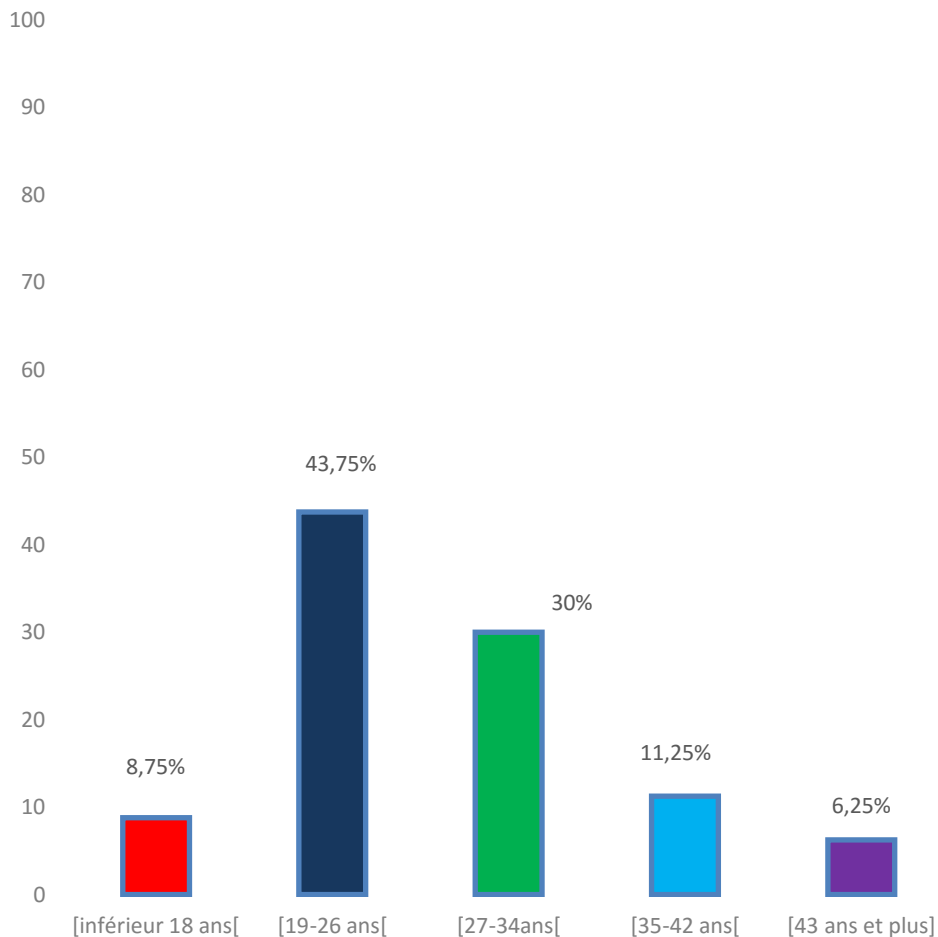


Figure 1 : Répartition des femmes enquêtées selon l'âge dans le FOKONTANY MAHAIMANDRY

D'après cette graphique, 43.75% des femmes enquêtées sont âgées de 19 à 26 ans.

III-1-2 Selon la situation matrimoniale

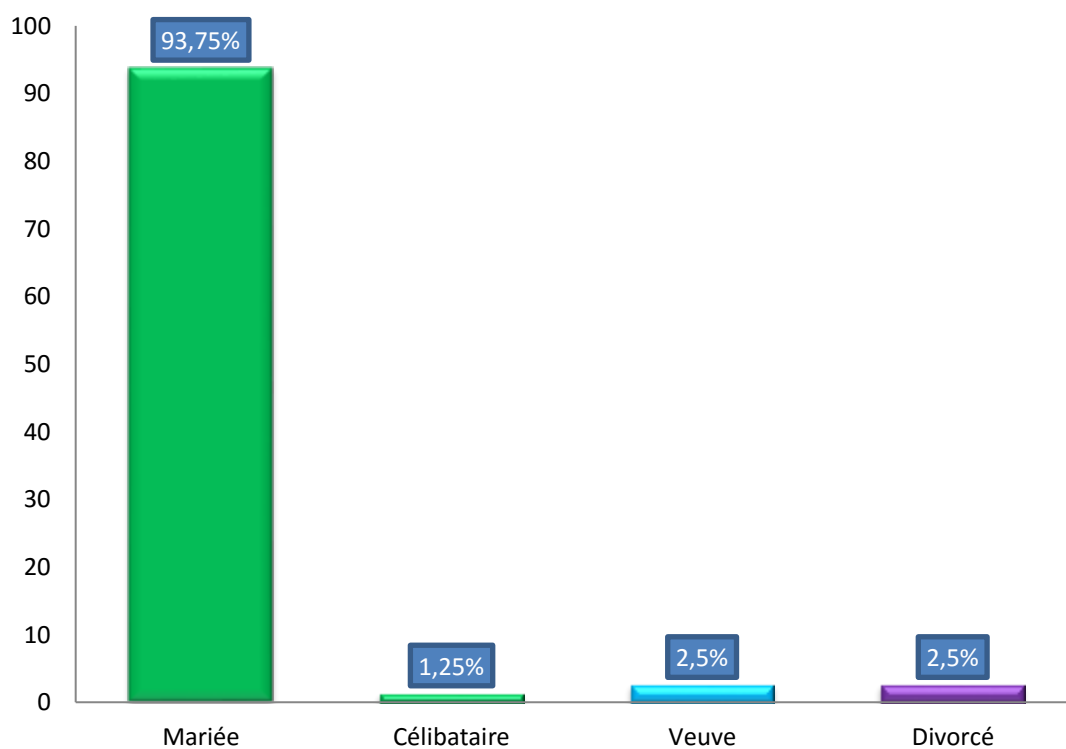


Figure 2 : Répartition selon la situation matrimoniale

Selon ce graphique 93.75% des femmes enquêtées sont mariées et seulement 2.25% sont veuves.

III-1-3 Selon le niveau d'instruction

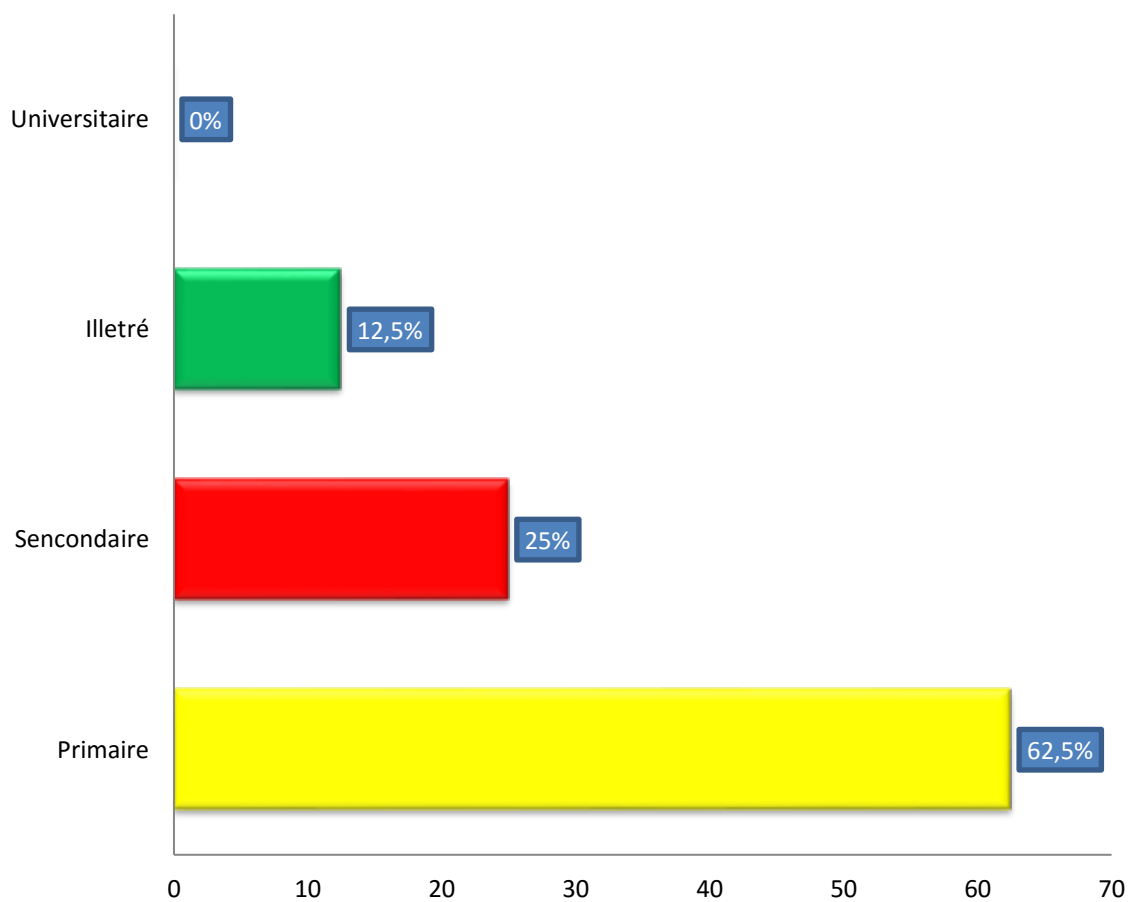


Figure 3 : Répartition selon le niveau d'instruction

La majorité de femmes enquêtées c'est-à-dire 62.5% ont un niveau d'étude primaire.

III-1-4 Selon le niveau socio-économique

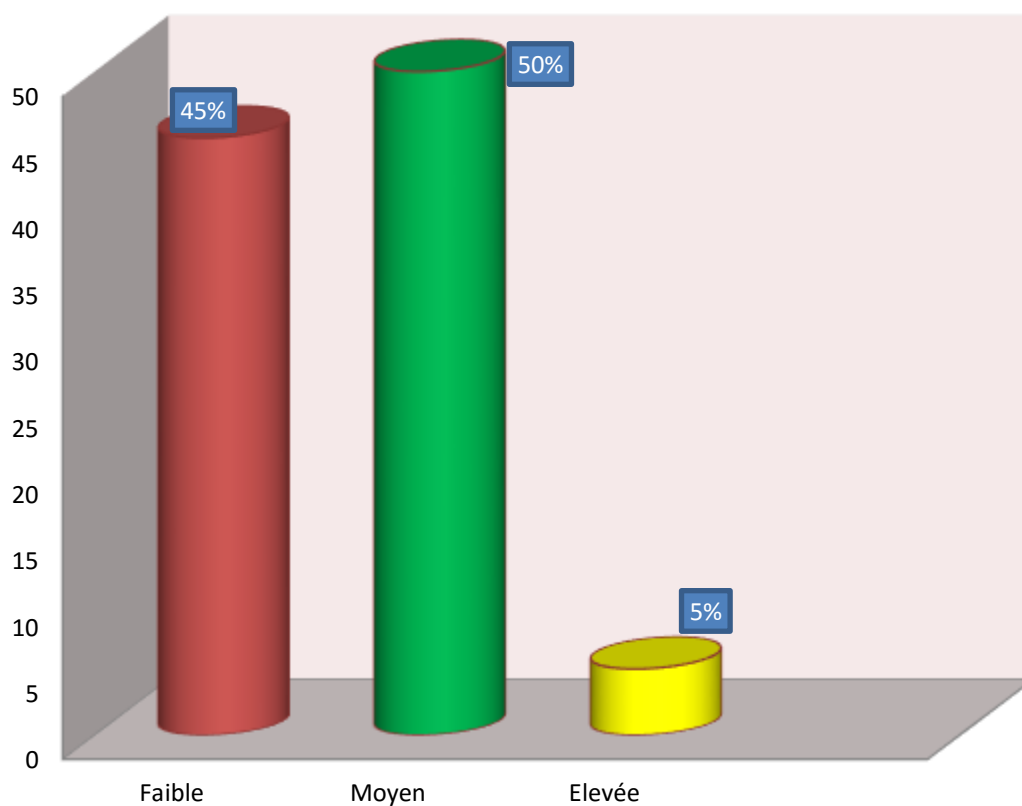


Figure 4 : Répartition selon le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique moyen affiche un pourcentage de 50% suivi par le niveau faible avec 45%

III-1-5 Selon la profession

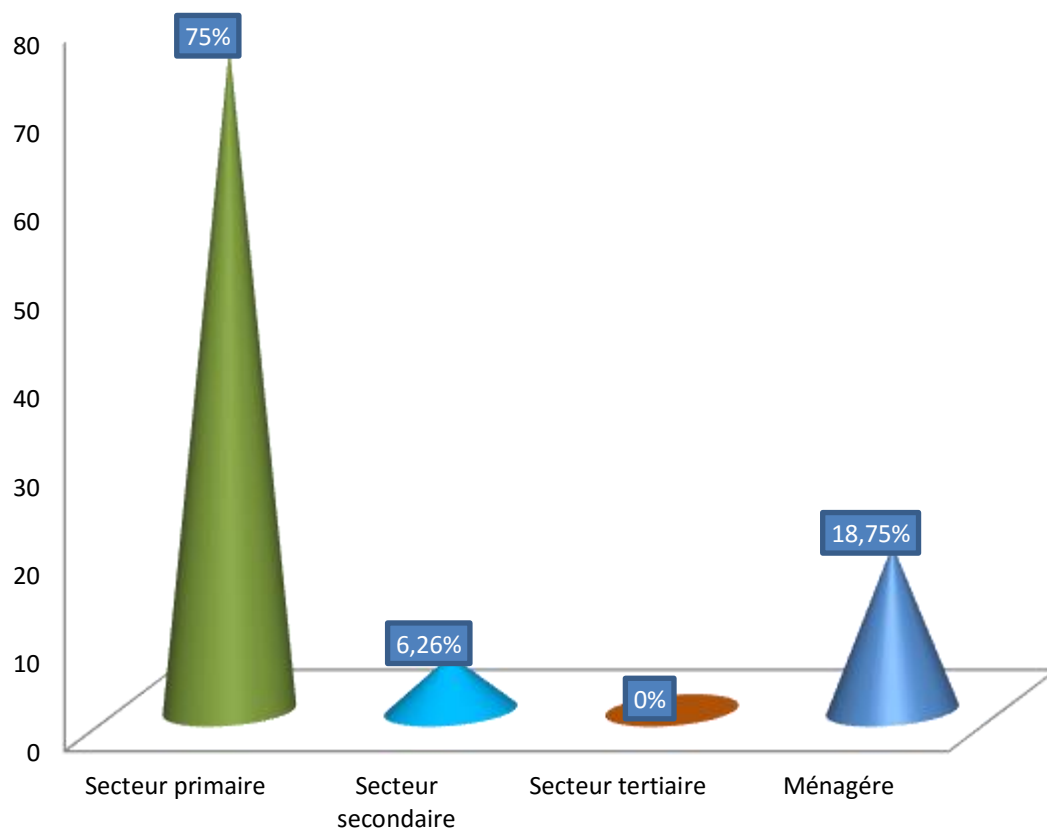


Figure 5 : Répartition selon la profession

Le secteur primaire constitue la profession de 75% des femmes enquêtées.

III-1-6 Selon la résidence

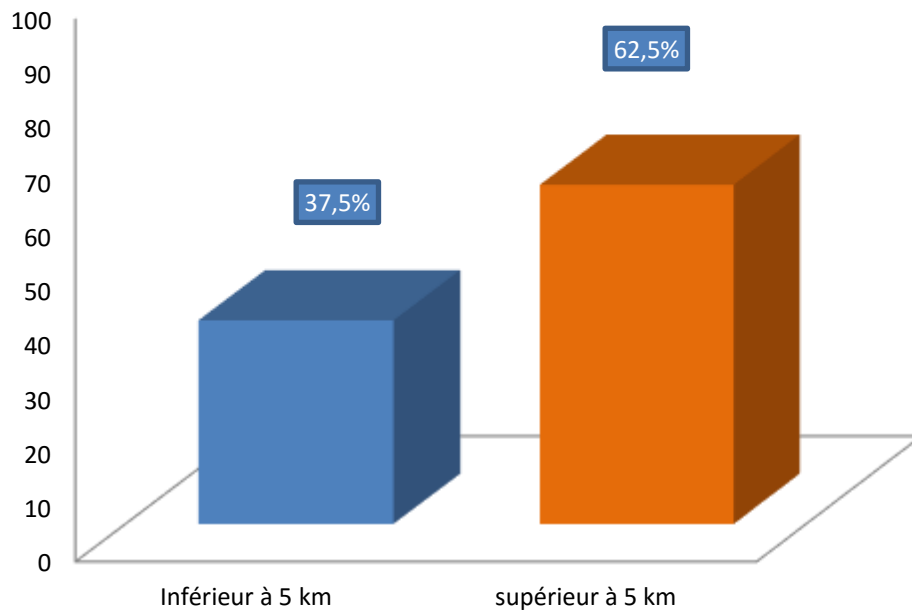


Figure 6 : Répartition selon la résidence

On peut observer que 62.5% des femmes enquêtées habitent à une distance supérieure à 5 km du CSB.

III-1-7 Selon la parité

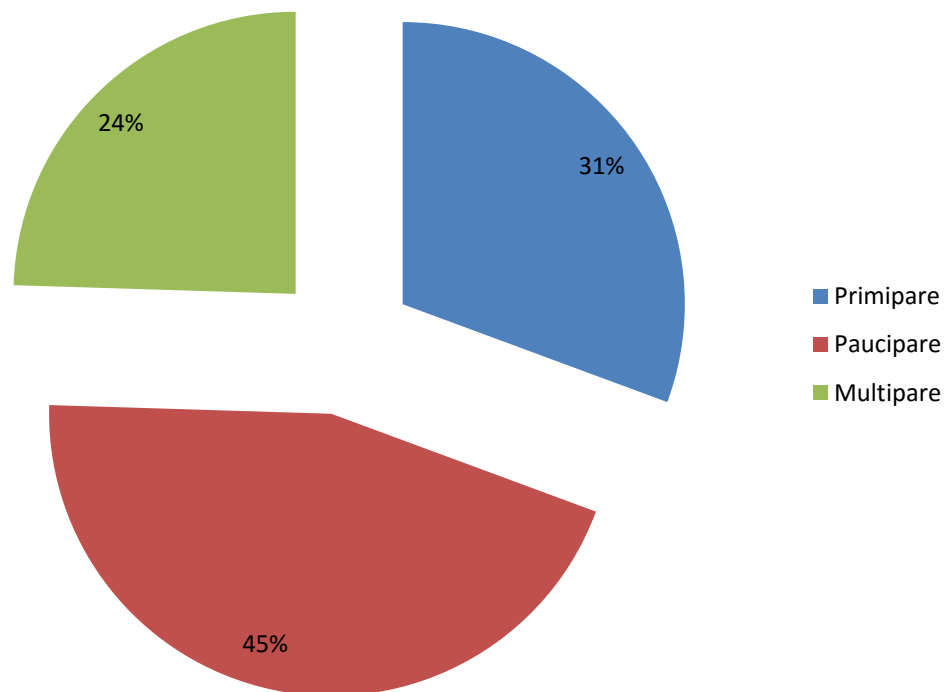


Figure 7 : Répartition selon la parité

Cette figure indique que 45.75% des femmes enquêtées sont paucipares.

III-2 CAP des femmes enquêtées en matière de CPN

II-1-1 Selon la connaissance sur la CPN

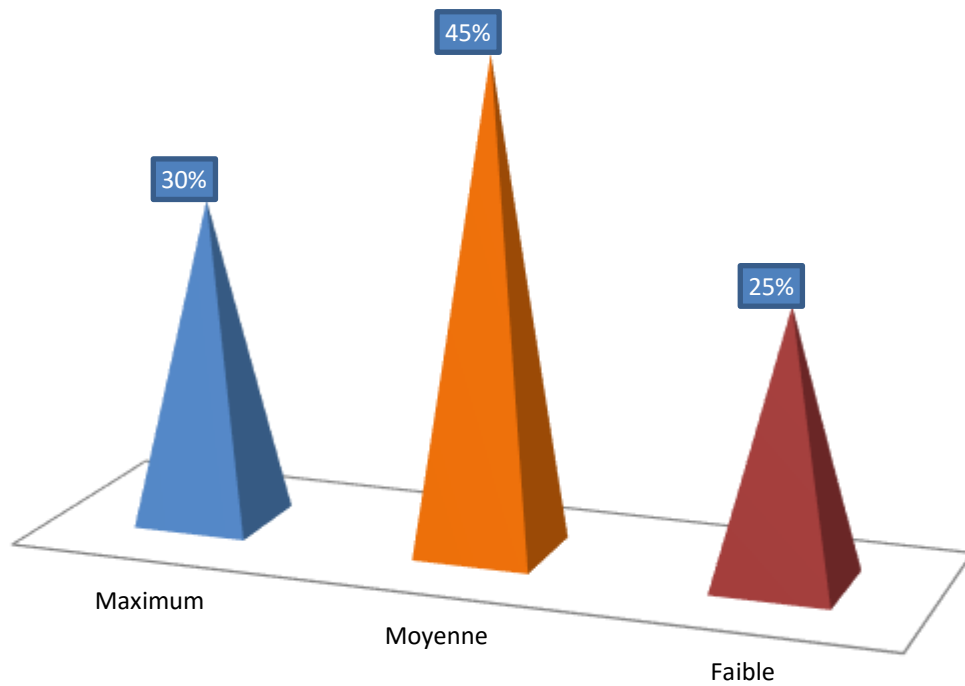


Figure 8 : Répartition selon la connaissance sur la CPN

Parmi les femmes enquêtées, 25% ne connaissent pas le rythme et les avantages des CPN

III-2-2 Selon la connaissance sur l'existence de la maternité

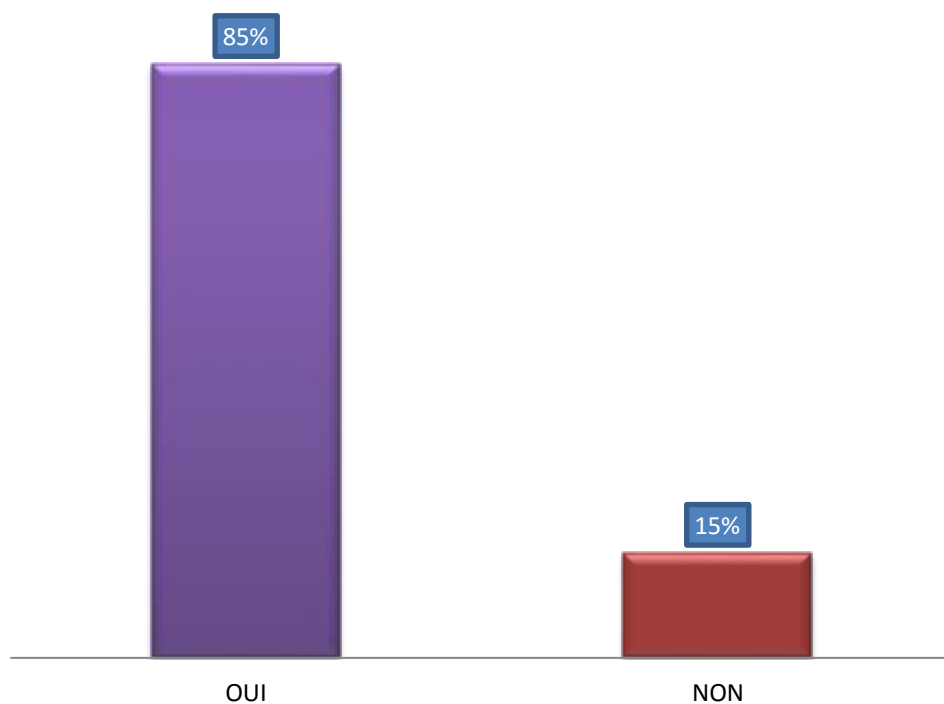


Figure 9 : Répartition selon la connaissance sur l'existence de la maternité

Ce graphique nous montre que 85% des femmes enquêtées connaissent l'existence de la maternité au CSB1.

III-2-3 Selon la connaissance des facteurs de risque de l'accouchement à domicile

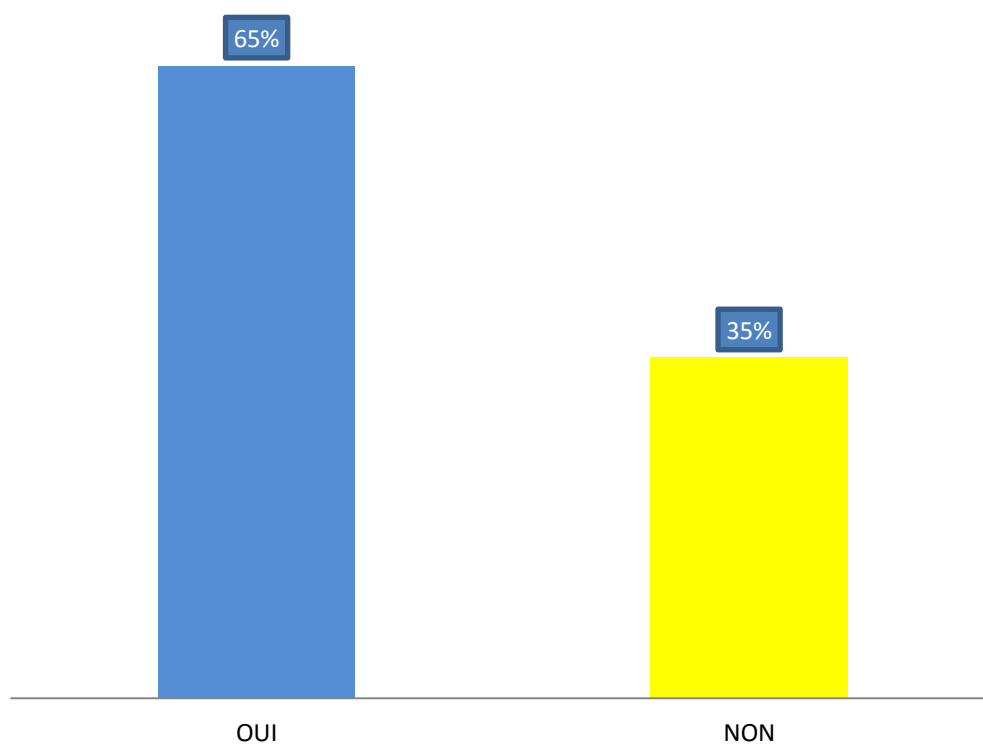


Figure 10 : Répartition selon la connaissance des facteurs de risque de l'accouchement à domicile

Ce graphique présente que 35 % de femmes enquêtées ne connaissent pas les risques de l'accouchement à domicile.

III-2-4 Selon la connaissance des avantages de l'accouchement dans un centre de santé

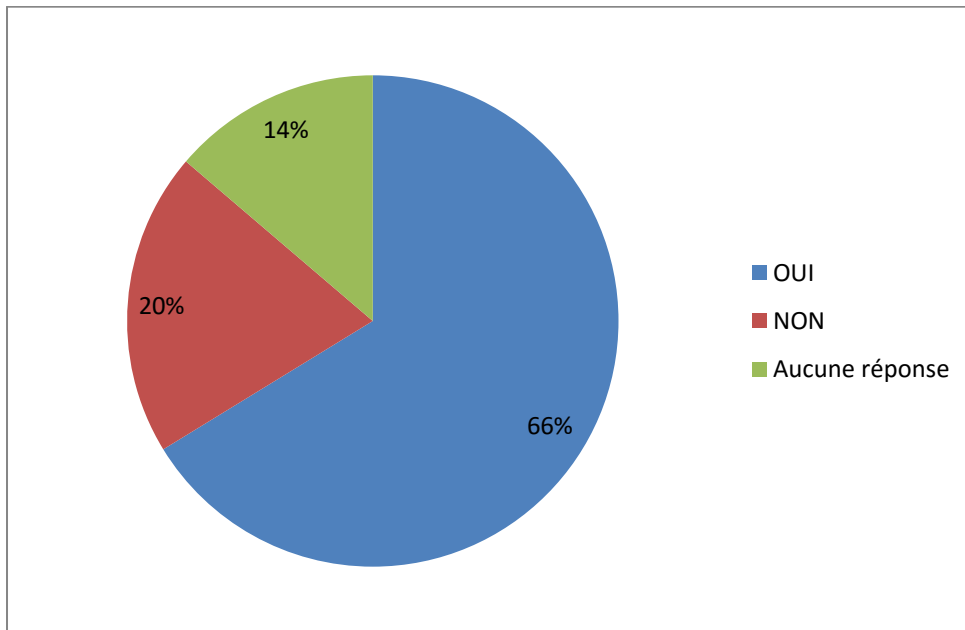


Figure 11 : Répartition selon la connaissance des avantages de l'accouchement dans un centre de santé

D'après ce graphique, 66.25% des femmes enquêtées connaissent les avantages de l'accouchement dans un centre de santé.

III-2-5 Selon la CPN effectuée

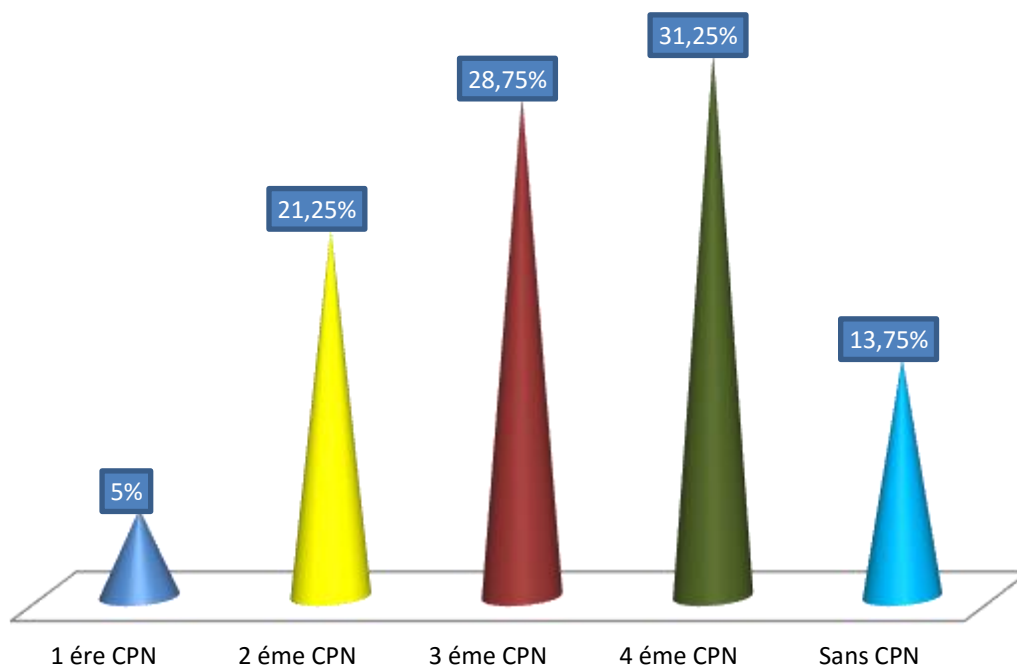


Figure 12 : Répartition selon la CPN effectuée

D'après notre résultat, 13.75% des femmes enquêtées n'ont pas fait de CPN.

III-2-6 Selon le lieu d'accouchement

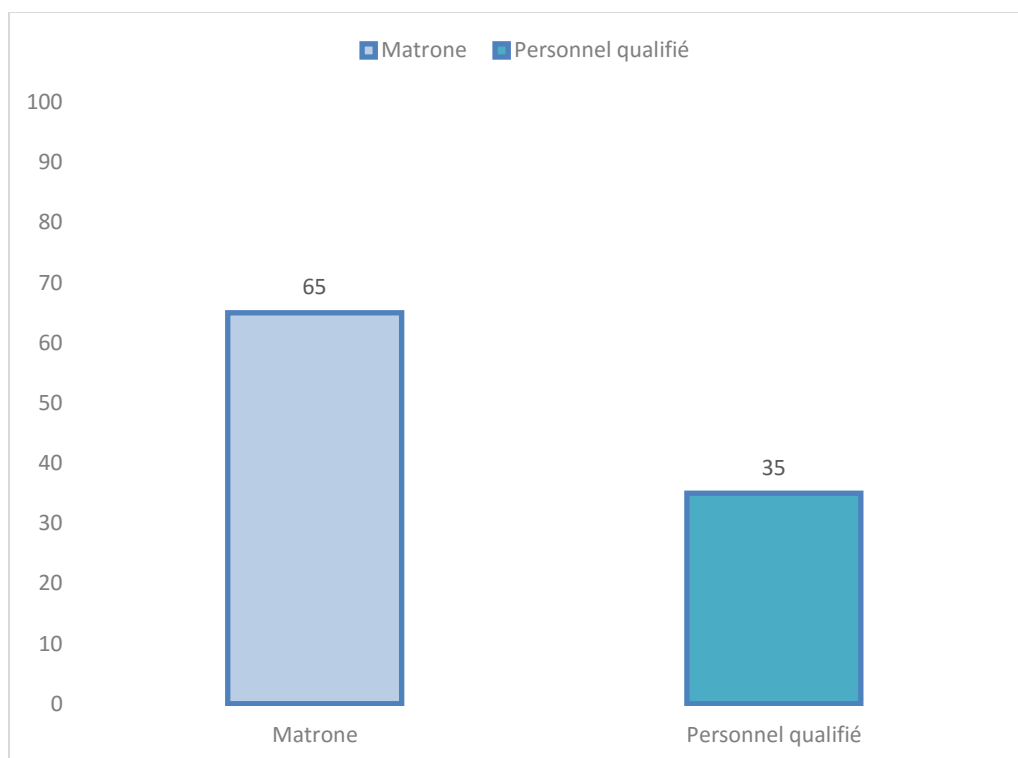


Figure 13 : Répartition selon le lieu d'accouchement

Nous constatons que 65% des femmes enquêtées sont accouchées par les matrones.

IV- DISCUSSIONS

1- Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes enquêtées

1-1. Selon l'Age

En Europe, l'âge moyen des femmes accouchées est de 30 ans (11). Selon l'EDS 2009, l'âge médian à la naissance est influencé par le niveau d'instruction ; plus la femme est instruite, plus l'âge à la première naissance est tardif. Il passe de 18,9ans parmi celle sans instruction à 19,7ans parmi celle ayant un niveau d'instruction primaire, 21,9ans parmi les instruites (12). Dans notre étude, la tranche d'âge la plus fréquente soit 43.75% est compris entre 19 à 26 ans. A Madagascar, l'âge de la majorité des femmes est de 18 ans et plus, normalement les filles préfèrent se marier trop tôt.

1-2. Selon la situation matrimoniale

D'après notre étude, le taux des mères mariées légitimement est de 93.75%. La situation matrimoniale a un impact sur le faible taux d'accouchement assisté au centre. En effet, les mères célibataires ont honte de la société ce qui explique le faible taux de 1.25% seulement. Elles ne choisissent pas le CSB2 pour accoucher.

1-3. Selon le niveau d'instruction

Une étude en 2006 dans le district de FIANARANTSOA montre que le niveau de scolarisation semble jouer un rôle dans la discussion sur l'accouchement car parmi les femmes ayant accouché à domicile, la proportion des illettrées ou analphabètes et de celles n'ayant pas dépassé le niveau primaire est énorme. Elles sont respectivement de 8% et de 42% (13)

Dans notre étude, 62.5% des mères ont fait l'école primaire, donc le niveau d'instruction est faible. Cela entraine des manques de connaissance et cette incapacité les entraine à des actes irresponsables, et surtout l'influence des alentours d'aller chez les matrones domine. A ce niveau, elles n'ont plus besoin de la CPN donc l'augmentation de l'accouchement à domicile est élevée puisqu'elles ne connaissent pas les risques.

1-4. Selon le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique moyen affiche un pourcentage de 50% suivi par le niveau faible avec 45%. D'après notre étude, le niveau socio-économique est moyen. Les femmes pensent que le frais d'accouchement coûte très cher dans le centre de santé et elles n'ont pas le moyen de payer.

1-5. Selon la profession

Selon l'étude menée dans la commune d'Ambohimahasoia en 2009, les femmes des secteurs primaires (70, 56%) ont choisi l'accouchement à domicile pour des raisons financières.(14)

Dans notre étude, 75% des femmes enceintes sont dans le secteur primaire. On peut dire que les résultats sont similaires. La profession influence aux décisions du lieu d'accouchement. En effet, le niveau de vie faible constitue un obstacle pour les femmes enceintes de fréquenter un service de santé.

1-6. Selon l'habitation

La majorité des enquêtées vivent loin du CSB. Notre étude constate que 62.5% des femmes enquêtées habitent à une distance supérieure à 5 km du CSB. Les femmes devraient marcher plusieurs heures à pied pour venir au CSB par manque de transport. Par conséquent, elles préfèrent consulter les matrones. Les femmes qui vivent à une distance plus proche du CSB bénéficient d'un grand avantage mais elles ne sont que 37.5% selon notre étude.

1-7. Selon la parité

Dans notre étude, 45.75% des femmes enquêtées sont pauci pares, c'est-à-dire avoir des parités entre 2 à 3. Selon l'INSTAT, il est de 6 enfants par femme (IV). Cette différence peut être due aux effets favorables du service de planning familial.

Cela implique l'influence sur l'accouchement à domicile.

1- CAP des femmes enquêtées en maternité à moindre risque

2-1 Répartition selon la connaissance sur la CPN

La connaissance de l'importance de la CPN pour les femmes leur permet de surveiller l'état de la femme et le développement fœtal, dépister les facteurs de risque de grossesse, prise en charge des signes de danger de la grossesse(15).

En outre, notre étude nous dévoile que 25% des femmes enquêtées ne connaissent pas le rythme et les avantages des CPN contre 45% qui possèdent une connaissance moyenne. Cela est dû au niveau d'instruction bas et aussi à l'insuffisance de l'IEC pendant les CPN.

2-2 Répartition selon la connaissance sur l'existence de la maternité

Au Kenya, environ 40% des femmes enceintes connaissent le lieu d'accouchement dans le centre de santé publique(V).

C'est le cas contraire dans notre étude car 85% des femmes enquêtées connaissent l'existence de la maternité. Cela signifie que les femmes méprisent la maternité puisqu'elles ont l'habitude d'accoucher à la maison et de traiter leur grossesse avec la méthode traditionnelle.

Certes l'insuffisance du personnel de santé et le manque de sages-femmes de garde au cas où il y aura un accouchement nocturne dans le centre constitue une évidence.

2-3 Répartition selon la connaissance des facteurs de risque de l'accouchement à domicile

Dans notre étude 65% des femmes connaissent les facteurs de risque de l'accouchement à domicile, contre les 35% qui l'ignorent.

En Liberia selon une étude en 2014, 48% des femmes ne connaissent pas les facteurs de risque de l'accouchement à domicile(V).

Ces deux études sont identiques car les niveaux d'instruction bas, le manque de la sensibilisation constituent les facteurs de risque de l'accouchement à domicile. Cependant la confiance en soi et la domination des matrones les poussent à négliger la maternité.

2-4 Répartition selon la connaissance des avantages de l'accouchement dans un centre de santé

Dans notre étude, 66.25% des femmes enquêtées connaissent les avantages de l'accouchement dans un centre de santé. Par contre 20% ne connaissent pas et 13.75% qui n'ont pas de réponse.

Notre résultat montre que la majorité connaît parfaitement l'existence et les avantages d'accoucher dans le centre de santé. La résidence trop loin et des problèmes liés au centre influent les femmes à ne pas accoucher au centre.

2-5 Répartition selon les CPN effectuées

L'insuffisance du nombre de CPN reste un risque de morbidité et mortalité maternelle, les grossesses ne sont pas suivies régulièrement(III).

Dans notre étude, 13.75% des femmes enquêtées n'ont pas fait des CPN durant la grossesse. Ce résultat est dû à la profession des femmes enceintes car dans notre étude 75% sont dans le secteur primaire. Elles n'ont pas le temps d'effectuer des CPN au CSB. La non réalisation de CPN les empêche de venir accoucher au CSB ; d'où le faible taux de l'accouchement assisté.

2-6 Répartition selon le lieu d'accouchement

Au Zambie, 65% des femmes enceintes préfèrent accoucher chez les matrones(V).

D'après notre étude, 65% des femmes enquêtées ont accouché chez la matrone. Nous constatons donc une ressemblance des deux résultats. Cela est due à la résidence loin, niveau d'instruction très basse, en plus le manque d'information, l'existence des matrones sur le lieu rural, et enfin les mauvaises organisations des services dans le centre de santé de base.

V- SUGGESTIONS

Les données statiques et les résultats obtenus soulèvent sous les points suivants :

- Niveau d'instruction
- Distance entre le centre et le lieu
- Habitude

En vue d'atteindre les objectifs de recherche et pour remédier à la situation, nous proposons les suggestions suivantes.

1- Au Ministère de la Santé Publique

- Construire des nouveaux CSB dans le milieu rural ; réhabiliter et mettre aux normes les CSB existants
- Doter en matériels adéquats le CSB
- Doter en kit accouchement et en médicaments le CSB
- Recruter des agents de santé
- Programmer la formation et la remise à niveau des agents de santé
- Rechercher un moyen de transport dans les milieux ruraux

2- Aux agents de santé

- Offrir un accueil chaleureux et une bonne qualité de service
- Sensibiliser les femmes en maternité à moindre risque
- Entretenir une collaboration avec les matrones

3- A la communauté

- Orienter les femmes enceintes vers la structure sanitaire
- Sensibiliser la communauté sur la situation de la santé maternelle
- Assurer les liens entre le Centre de Santé et la communauté
- Accompagner la femme pendant la visite prénatale

4- Aux femmes enceintes

- Savoir le risque de l'accouchement chez les matrones ou à domicile
- Eviter de suivre les rumeurs des autres
- Confier l'accouchement aux agents de santé qualifiés et compétents.

CONCLUSION

La grossesse et l'accouchement sont des évènements majeurs dans la vie des femmes et de leur famille.

La présente étude intitulée : « FAIBLE TAUX D'ACCOUCHEMENT ASSISTE AU CSBI MAHAIMANDRY en 2015 » se propose d'identifier les facteurs qui influent le faible taux d'accouchement assisté.

La tranche d'âge, la plus fréquente est entre 19-26 ans ; le niveau d'étude des femmes enquêtées est le niveau primaire. Nos patients sont dans le secteur primaire ; en plus 13.75% des femmes enquêtées n'ont pas fait de la CPN ; 35% ne connaissent pas les facteurs de risque de l'accouchement à domicile ; et les femmes enceintes préfèrent accoucher chez les matrones soit 65%.

De l'autre côté, à Madagascar, l'éloignement de centre hospitalier par rapport au foyer de l'accouché est l'un des principales causes de l'accouchement à domicile.

Notre hypothèse a été vérifiée et les objectifs atteints.

Donc le taux d'accouchement à domicile est plus élevé par rapport à l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Les matrones ont eu une grande importance vis-à-vis des femmes enceintes. La question qui se pose est donc jusqu'à quel point cette connaissance est elle limitée ?

Table des matières

Introduction	1
I.GENERALITES.....	3
I. 1. Historique de l'accouchement.....	3
I. 2. Quelques définitions	3
I. 2. 1. Définition de l'accouchement	3
I. 2. 2. Définition de l'accouchement à domicile	3
I. 2. 3. Définition des accoucheuses qualifiées.....	3
I. 2. 4. Définition de l'accoucheuse traditionnelle	4
I. 2. 5. Accoucheuse traditionnelle qualifiée (ATQ)	5
I. 3. La consultation prénatale ou CPN	5
I. 3. 1. Définition	5
I. 3. 2. But de la CPN	5
I. 3. 3. Rythme de CPN	5
I. 3. 4. Surveillance de la femme enceinte.....	7
I. 5. Rappel physiologique de l'accouchement.....	14
I. 5. 1. Définition :	14
I. 5. 2. Etapes ou périodes de l'accouchement	15
I. 6. Avantage de l'accouchement à l'hôpital.....	16
I. 6. 1. Lors de l'accouchement :	16
I. 6. 2. Post partum	17
I. 7. Inconvénients de l'accouchement chez les matrones ou à domicile :.....	17
II.- METHODOLOGIE.....	19
II-1 Cadre de l'étude.....	19
A- Les ressources humaines	19

B- Organisation du service.....	19
II-2 Type d'étude.....	19
II-3 Période d'étude.....	19
II-4 Durée d'étude	19
II-5 Population étudiée	19
a) Critère d'inclusion.....	19
b) Critère d'exclusion.....	20
II-6 Mode d'échantillonnage	20
II-7 Taille de l'échantillon.....	20
II-8 Mode de collecte de données.....	20
II-9 Analyse des données	20
II-10 Variables étudiées.....	20
II-12 Considération ethnique.....	21
III RESULTATS	22
III-1 Caractéristiques individuelles	22
III-1-1 Selon l'âge	22
III-1-2 Selon la situation matrimoniale	23
III-1-3 Selon le niveau d'instruction	24
III-1-4 Selon le niveau socio-économique	25
III-1-5 Selon la profession.....	26
III-1-6 Selon la résidence	27
III-1-7 Selon la parité	28
III-2 CAP des femmes enquêtées en matière de CPN	29
II-1-1 Selon la connaissance sur la CPN	29
III-2-2 Selon la connaissance sur l'existence de la maternité	30
III-2-3 Selon la connaissance des facteurs de risque de l'accouchement à domicile.....	31

Figure 10 : Répartition selon la connaissance des facteurs de risque de l'accouchement à domicile	31
III-2-4 Selon la connaissance des avantages de l'accouchement dans un centre de santé	32
Figure 11 : Répartition selon la connaissance des avantages de l'accouchement dans un centre de santé	32
III-2-5 Selon la CPN effectuée	33
III-2-6 Selon le lieu d'accouchement	34
IV- DISCUSSIONS.....	35
1- Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes enquêtées	35
1-1. Selon l'Age	35
1-2. Selon la situation matrimoniale.....	35
1-3. Selon le niveau d'instruction.....	35
1-4. Selon le niveau socio-économique.....	36
1-5. Selon la profession	36
1-6. Selon l'habitation	36
1-7. Selon la parité.....	36
1- CAP des femmes enquêtées en maternité a moindre risque.....	36
2-1 Répartition selon la connaissance sur la CPN.....	36
2-2 Répartition selon la connaissance sur l'existence de la maternité	37
2-3 Répartition selon la connaissance des facteurs de risque de l'accouchement à domicile	
2-4 Répartition selon la connaissance des avantages de l'accouchement dans un centre de santé.....	37
2-5 Répartition selon les CPN effectuées	38
2-6 Répartition selon le lieu d'accouchement	38
V- SUGGESTIONS	39
1- Au Ministère de la Santé Publique	39
2- Aux agents de santé	39
3- A la communauté	39

4- Aux femmes enceintes	39
CONCLUSION	40

