



**PERCEPTIONS DES FEMMES ACCOUCHEES SUR L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE DANS LA VILLE DE LUBUMBASHI**

*Cas de la Commune de Kampemba, Quartier Bongonga 2021*

Nama Mwengu C., Tshisola Mbaka J., Kafyeke Kabala G., Mwanwa Kankombe B., Lumpungu Mbebe D., Malonga Kaj F.

Received; 24/01/2022

Accepted; 28/01/2022

Online Published; 17/02/2022

**ARTICLE INFO**

**En guise d'introduction**

**Mots clés:**

Perception  
women  
Home birth

**CONTEXT**

Home births remain a global concern. Despite efforts to ban them, they are frequent and continue to claim many victims (3) the objectives of this study are to describe the socio-demographic profile, assess their knowledge of the risks, their perceptions, and determine the factors favoring home births in the Bongonga district.

**METHOD:**

A qualitative study of phenomenological approach was made for a period of one month on a population made up of women who gave birth at home. The data collection makes semi-structured interviews from an interview guide; data entered and encoded on Word, the analysis is the subject of an audition and transcription in theme. Then proceed to group the units of significance. By confronting similarities and contradictions, in order to identify free and imaginary variation and then achieve triangulation.

**RESULTS**

On 13 interview of women the result shows that the age of the women interviewed was 30 years old varying up to 43 years old. 6 out of 13 had given birth once at home; 4 out of 13 had given birth twice; 3 out of 13 had given birth 3 times at home. Their socio-demographic profile shows that 11 out of 13 were married, the major factors being the lack of money, occupation and the negligence of the care providers.

**CONCLUSION:**

The results of the qualitative study of phenomenological approach on home births is a real problem and women need help. However, they have a negative perception and remain optimistic about the resolution of the problem. Reproductive authorities needed to find lasting solutions to this situation.

**RESUME****CONTEXTE**

Les accouchements à domicile demeurent une préoccupation mondiale. Malgré les efforts d'interdiction, ils sont fréquents et continuent de faire des nombreuses victimes (3) Les objectifs de cette étude est de décrire le profil sociodémographique, évaluer leurs connaissances sur les risques, leurs perceptions, déterminer les facteurs favorisant les accouchements à domicile au Quartier Bongonga.

**METHODE :**

Une étude qualitative d'approche phénoménologique a été faite pendant une période d'Un mois sur une population constituée des femmes qui ont accouchés à domicile. La collecte des données fait des entretiens semi-structurés à partir d'un guide d'entretien, données saisies et encodées sur Word, l'analyse fait l'objet d'une audition et transcription en thématique. Puis procéder à un regroupement des unités de signification. En confrontant les similitudes et les contradictions, afin d'identifier de variation libre et imaginaire puis réaliser la triangulation.

**RESULTATS**

Sur 13 interview des femmes le résultat montre que l'âge des femmes interviewées étaient de 30 ans variant jusqu'à 43 ans. 6 sur 13 avaient accouchés une fois à domicile ; 4 sur 13 avaient accouchés 2 fois ; 3 sur 13 avaient accouchés 3 fois à domicile. Leur profil sociodémographique montre que 11 sur 13 étaient mariées, les facteurs majeurs sont le manque d'argent, d'occupation et la négligence des prestataires des soins.

**CONCLUSION :**

Les résultats de l'étude qualitative d'approche phénoménologique sur les accouchements à domicile est un problème réel et les femmes ont besoin d'aide. Toutes fois, elles ont une perception négative et restent optimistes quant à la résolution du problème. Les autorités dans le domaine de la reproduction devaient trouver des solutions durables à cette situation.

**I. INTRODUCTION****1. Contexte**

Faire de l'accouchement une opération médicale, ce n'est pas forcément l'idéal de toutes les femmes. Certaines souhaitent accoucher dans des environnements particuliers, d'autres carrément à domicile. Les avis sur ce point sont tranchés. Pour l'Académie nationale de Médecine (ANM) et le Collège national des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) aucun accouchement ne peut être dénué de risque avant d'avoir pris fin et même quelques heures plus tard, une hémorragie post partum pouvant toujours survenir. Pour ces raisons, ils préconisent vivement un accouchement sécurisé en milieu médical. Tandis que le Collège national des Sages-femmes (CNSF) et le Collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE) plaident en revanche pour un accouchement moins médicalisé. Ils soulignent en particulier que moins de problèmes surviennent dans le

milieu plus calme et plus confortable du domicile [1].

Certes, à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994, la santé de la mère et de l'enfant, devenue un problème majeur de santé publique pour les différents pays, a conduit à l'adoption du concept de « santé de la reproduction » dont la surveillance de l'accouchement constitue une composante majeure. Malheureusement, les accouchements à domicile sans assistance médicale continuent d'être une préoccupation pour tous les acteurs de développement dans les pays, notamment ceux en voie de développement [2]. Dans les pays industrialisés, la quasi-totalité des accouchements est assistée par un personnel de santé qualifié. Dans ces pays, la mortalité maternelle est très réduite alors que dans les pays en développement, plus de 300 millions de femmes souffrent actuellement d'affections chroniques, consécutives à la grossesse et à l'accouchement à domicile [3].

L'accouchement à domicile (AAD) est porteur d'une image de danger, de risque, difficilement supportable dans notre société mais aussi, remet en cause la pratique hospitalière et donc questionne chaque professionnel l'ayant choisie [2]. En France, l'AAD suscite de violentes polémiques : Du côté médical, on souhaite le supprimer,

convaincu d'un risque plus important. D'autre part, les sages-femmes pratiquant l'AAD et soutenues par les associations de parents, veulent poursuivre leur pratique du fait du libre choix de la femme responsable. Pour elles, la sécurité de l'AAD est garantie par la sélection des femmes à bas risque et le meilleur respect de la physiologie dans un environnement familial, avec une sage-femme expérimentée et de confiance [1].

Afin d'étudier l'importance du problème et de ces risques dans un contexte local et une éventuelle prévalence, nous avons effectué une revue de la littérature qui nous en dira plus sur l'AAD, ces conséquences pour la mère et l'enfant selon différents critères essentiels de sécurité physique : interventions, morbidité, mortalité mais aussi de satisfaction

## 1.2. ENONCÉ DU PROBLÈME

Dans les zones rurales de pays à revenu intermédiaire ou faible, on constate une persistance de formes d'accouchement traditionnelles avec des résultats qui dépendent principalement du niveau de vie et des conditions sanitaires. Dans de nombreuses cultures, il est inculqué aux femmes l'idée qu'elles ne peuvent pas accoucher par elles-mêmes et qu'elles ont besoin de l'assistance d'une tierce personne. La forme la plus extrême de cette limitation de la capacité des femmes se trouve dans les sociétés pratiquant l'excision où les cicatrices

et mutilations liées à cette pratique exigent la présence d'une personne devant inciser le périnée au moment de l'accouchement. Néanmoins, dans certaines sociétés, les femmes continuent à accoucher à domicile sans assistance [5]. De leurs côtés, les services de santé tentent de convaincre les femmes de venir accoucher dans les maternités, mais constatent une forte résistance. Les raisons de choix d'un accouchement à domicile sont multiples : L'attachement aux traditions, la pauvreté, l'expérience de la femme [6].

Selon le Ministère de la Santé Marocain, les principaux cadres conceptuels des études semblent implicitement aborder l'accouchement à domicile du point de vue des complications, ce qui met en seconde position une partie des facteurs qui peuvent conditionner le recours des femmes aux soins en général et aux soins de la santé de la maternité plus spécifiquement. Ces cadres s'intéressent surtout aux facteurs socioculturels, sans oublier l'accessibilité économique, géographique et physique [3].

### **1.3 QUESTION DE RECHERCHE**

A Lubumbashi, plusieurs femmes qui accouchent à la maison le font par précarité économique. Accoucher dans une maternité n'est pas donné à n'importe qui. Bien plus, les consultations prénatales ne coûtent une fortune. Les frais varient entre 5 et 10 dollars

américains le mois, sans compter la facture de l'accouchement proprement dit qui va jusqu'à 100 USD, selon les cas et les hôpitaux [12]. Afin de cerner tous les contours de l'accouchement à domicile à Lubumbashi, nous nous sommes posé quelques questions :

Qu'est qui peut être le mobile des accouchements à domicile pour les femmes du quartier Bongonga à Lubumbashi ?

#### **1.4.1. Objectif général**

Contribuer au bien-être des femmes et des nouveau-nés pendant l'accouchement.

#### **1.4.2. Objectifs Spécifiques**

- Décrire le profil sociodémographique et épidémiologique des accouchées ;
- Évaluer les connaissances des femmes du quartier Bongonga sur les risques ;
- Etudier leurs perceptions sur l'accouchement à domicile ;
- Déterminer les facteurs favorisant les accouchements.

## **II. MÉTHODOLOGIE**

### **2.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ÉTUDE**

## 1. LE QUARTIER BONGONGA

Située dans la commune Kampemba il est limité de part et d'autre part :

- Au Nord : Le Camps Maramba (Camp SNCC) et le Quartier Abattoir,
- Au Sud : Le quartier Tabac-Congo,
- A l'Est : Le quartier Kaleja,
- A l'Ouest : Le Camps Major Vangu.

## 2.2. POPULATION D'ETUDE

Notre population est constituée des femmes ayant accouché à domicile.

## 2.3. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative d'approche phénoménologique. Cette approche se justifie dans la mesure où il était question d'appréhender des expériences et des perceptions des femmes sur l'accouchement à domicile.

## 2.4. Echantillonnage :

Notre échantillon est constitué de (13) femmes qui ont accouché à domicile, de manière à obtenir une plus grande diversité des participants. Le nombre de femmes a été retenu compte tenu de la saturation des données c'est-à-dire la redondance des thèmes. Pour le recrutement de treize (13) femmes, nous avons procédé à un choix raisonné

## (2). *Participants à la phase qualitative :*

Toutes les femmes ayant accouché à domicile, rencontrées dans les ménages au quartier Bongonga et qui ont accepté de participer à l'étude en signant le formulaire de consentement libre ou un accord verbal pour celles qui ne savaient pas lire.

## 2.5. Collecte des données

Pour la Collecte des données nous sommes fait des entretiens semi-structurés à partir d'un guide d'entretien ouvert, nous avons saisi les données et encodées. Un guide d'entretien élaboré était adressé à chacune des femmes pour obtenir les réponses aux questions posées. Nous avons laissé la latitude à toutes les femmes de s'exprimer dans la langue de son choix.

## 2.6. Analyse des données

Les entretiens ont d'abord fait l'objet d'une audition et transcription. Puis s'en est suivie une lecture et une écoute minutieuse et répétée des données transcrites et auditionnées afin de s'imprégner de chaque entrevue et audition dans sa globalité et de laisser dégager des unités de signification globale. Il s'est agi ensuite de procéder à un regroupement des unités de signification. En confrontant les unités de sens pour faire ressortir les similitudes et les contradictions.

### 3.7. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Avant la collecte des données, nous avons obtenu le consentement écrit libre et éclairé l'ensemble des femmes enquêtées. La confidentialité a été assurée par le caractère anonyme de l'enquête. A cet effet, un code anonyme était attribué à chaque femme qui a participé à l'étude. Ce code était composé par l'acronyme « INADO ».

### 2.8. Contraintes et difficultés rencontrées.

Difficultés liées à l'emploi du temps des femmes interviewées qui se présentaient souvent en retard ; aspect pécuniaire.

#### – 2.9. Limites du travail :

- Pas des rencontres avec les maris des femmes interviewées
- Pas des solutions immédiates à la situation de l'accouchement à domicile

## III. PRESENTATION DES RÉSULTATS

**3.1.1** Les résultats de l'analyse des données recueillies auprès des femmes décrivent en première partie le profil sociodémographique et épidémiologique des femmes enquêtées ; la

seconde partie présente les résultats de l'analyse phénoménologique.

### 3.1. RESULTATS RELATIFS AU PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES ACCOUCHEES INTERVIEWEES

**INADO 1 :** Il s'agit d'une femme âgée de 16 ans, mariée à un militaire, mariage monogamique, sans niveau d'études, primipare, fidèle de l'église catholique, ayant aucune activité ni occupation lucrative, n'ayant pas suivi toutes les CPN, et ayant accouché 1 fois à domicile.

**INADO 2 :** Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, mariée à un motard, mariage monogamique, d'aucun niveau d'études, ni occupation lucrative, pauci pare (3enfants), fidèle d'une église de réveil, ayant accouché 2 fois à domicile.

**INADO 3 :** Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans, mariée à un cordonnier, mariage monogamique, ayant un niveau d'études primaire, multipare (4 enfants), fidèle d'une église de réveil, ayant accouché 1 fois à domicile et n'ayant pas suivi toutes les CPN.

**INADO 4 :** Il s'agit d'une femme marchande âgée de 37 ans, mariée, mariage monogamique, de niveau secondaire, grande multipare (12 enfants), parmi lesquelles 8 enfants sont vivants et 4 enfants décédés, fidèle d'une église de réveil, ayant 3 fois accouché à domicile et n'ayant pas suivi toutes les CPN lors de son dernier accouchement à domicile.

**INADO 5 :** Il s'agit d'une femme âgée de 17 ans, mariée à un militaire, mariage monogamique, d'aucun niveau d'études, ni occupation lucrative, primipare, fidèle de l'église Adventiste, ayant 1 fois accouché à domicile et n'ayant pas suivi toutes les CPN.

**INADO 6 :** Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans, veuve, sans niveau d'études, ayant aucune occupation ni activité lucrative, grande multipare (9 enfants), fidèle d'une église de réveil, ayant 3 fois accouché à domicile et n'ayant pas suivi toutes les CPN lors de son dernier accouchement.

**INADO 7 :** Il s'agit d'une femme âgée de 26 ans, mariée, mariage monogamique, ayant un niveau d'études secondaire, multipare ( 3 enfants) vivant dans le ménage et, 1 enfant décédé, fidèle d'une église de réveil, de mari sans emploi, ayant 2 fois accouché à domicile et n'ayant pas suivi les CPN.

**INADO 8 :** Il s'agit d'une femme âgée de 19 ans, mariée à un agent de service « Security », mariage monogamique, ayant un niveau d'études secondaire, primipare, fidèle d'une église de réveil, ayant 1 fois accouché à domicile et n'ayant pas suivi toutes les CPN lors de son dernier accouchement.

**INADO 9 :** Il s'agit d'une femme marchande, âgée de 22 ans, mariés, mariage monogamique, ayant un niveau d'études primaire, primipare, fidèle d'une église de réveil, de mari marchand, ayant 1 enfant accouché à domicile sans aucune CPN suivie.

**INADO 10 :** Il s'agit d'une ménagère âgée de 41 ans, mariée à un chauffeur de taxi moto, mariage monogamique, de niveau primaire, grande multipare ( 8 enfants) tous vivant dans le ménage, ayant 3 fois accouché à domicile, sans aucune religion, n'ayant pas suivi toutes les CPN lors de son dernier accouchement à domicile.

**INADO 11 :** Il s'agit d'une femme ménagère âgée de 38 ans, mariée, mariage monogamique, de niveau secondaire, multipare (6 enfants) vivant à domicile, ayant 2 fois accouché à domicile, fidèle d'une église de réveil, n'ayant pas suivi toutes les CPN.

**INADO 12 :** Il s'agit d'une femme marchande âgée de 43 ans, divorcée, de niveau secondaire, multipare (5 enfants) vivant avec un compagnon dans le ménage, ayant 2 fois accouché à domicile et n'ayant pas suivi toutes les CPN lors de son dernier accouchement.

**INADO 13 :** Il s'agit d'une femme ménagère 20 ans, célibataire, de niveau d'études primaire, primipare (1 enfant) vivant avec un compagnon dans le ménage, ayant 1 fois accouché à domicile et n'ayant pas suivi toutes les CPN lors de son dernier accouchement.

### **3.2. RESULTATS DE L'ANALYSE PHENOMENOLOGIQUE**

L'analyse phénoménologique que nous avons réalisée a permis de dégager quatre thèmes que sont : « une réalité ignorée

des risques liés à l'accouchement à domicile » ; « une responsabilité déniée » ; « une perception négative de l'accouchement à domicile » et « un problème solvable ». Ces thèmes ont été identifiés à partir de sous-thèmes que nous avons illustrés avec des verbatim. L'entretien avec les femmes concernées s'est déroulé en « Swahili ». Nous n'avons pas retouché la qualité des réponses obtenues. Une traduction française des réponses reçues accompagne la réponse originale afin de préserver l'originalité du matériel issu de l'expression verbale des femmes interviewées.

### **3.2.2. Accouchement à domicile : une réalité et un problème connu, mais peu abordé.**

Nous avons enregistré une ambivalence dans le discours des femmes enquêtées quant à leur perception du problème de l'accouchement à domicile. En effet, à travers leurs propos, les femmes reconnaissent que l'accouchement à domicile est une réalité et une pratique fréquente dans les ménages du quartier Bongonga. L'INADO 3 souligne cette réalité lorsqu'elle déclare que :

*« ihi [kuzaliya ku mulangu] ahitawezekana ku pusa mu quartier yetu ya Bongonga ihi! Inhaweza kupita bila kujulikana, ahiwezi kukosekana ndani ya quartier yetu ».*

La traduction française de l'INADO 3 signifie : « ça [l'accouchement à domicile] ne

peut pas manquer dans notre quartier voilà ! Ça peut passer inaperçu, mais ça peut jamais manquer ». Les propos de l'INADO 5 corroborent cela quand elle soutient que :

*« Mu ma nyumba ya mingi ya mu quartier yetu, ba Mama banazaliyaka paka mu ma nyumba. Tunakutanisha ma cas ya mingi ».*

Ce qui veut dire : « Dans beaucoup de ménages de notre quartier, les femmes accouchent toujours à domicile. On rencontre beaucoup de cas ».

### *3.2.3. Raisons de l'accouchement à domicile : préférence volontaire ou contrainte financière*

Par ailleurs, dans le discours des femmes enquêtées, des raisons d'ordre financier et/ou économique sont évoquées pour expliquer pourquoi les accouchements se passent souvent à domicile. À cette question,

*« Si ndju ya kukosa makuta ndjo tukonazaliya ku nyumba. Utenda ku hospitalo ahuna ata 100 franc ! Ba munganga abatakwangariya ata ndjo pale unatonaka tukunazaliya tu ku mulango ».*

### **L'INADO 2**

La traduction française des propos de cette femme veut dire que : « C'est parce que nous manquons le moyen, ce pourquoi nous accouchons à domicile. Tu pars à l'hôpital tu n'as même pas un 100 franc, le personnel de santé (Infirmiers, Médecin...), ne te regardent pas. C'est pourquoi tu nous vois

aussi accoucher à domicile ». A cette même question, répond en ces termes :

« *Apana miye, mi shi kupreferaka nizaliye ku nyumba pale wakati banafunga bwana wangu ku prison, ndio sema difficulté ina ni Kamata mina kosa pesa na pesa ya kuenda k'hôpitalo ndio pale minazariya ku nyumba* ». INADO 4

Ces propos veulent dire que : « Non, je n'avais pas préféré accoucher à domicile ; au moment où mon mari fût arrêté en prison, c'est en ce moment-là que la difficulté a commencé, j'ai manqué l'argent et même l'argent pour aller à l'hôpital c'est pourquoi j'ai accouché à domicile ». Et de continuer

« *Kama ahuna na makuta m'hôpitalo, bamunganga batakwatcha* » INADO 4

Pour dire : « Si tu n'as pas d'argent à l'hôpital, le personnel de santé (infirmiers, médecins etc...) te négligent ». Donc, pour les femmes que nous avons interviewées, le fait d'accoucher à domicile n'est pas une préférence volontaire ni encore moins un choix mais une contrainte financière.

### **3.2.4. Perception des femmes sur l'accouchement dans une structure de santé par rapport à l'accouchement à domicile.**

Dans leurs propos en ce qui concerne l'accouchement dans une structure de santé (hôpital, Centre de santé), les femmes montrent qu'accoucher à l'hôpital est

avantageux qu'accoucher à domicile cela se laisse entendre dans les propos qui disent :

« *Kama unazaliya k'hôpitalo, uku na ile fieri, ndju batakuya kukwangariya na ile tchayi k'hôpitalo, benzako batakuya kukutosha na bébé k'hôpitalo ndjo utashikiya na ile fieri ukonayo* » INADO 7

Par contre, « *kuzariya ku mulangu ni bintu bia ahia* » INADO 7

Ces propos peuvent être traduits comme suit : « lorsque tu accouches à l'hôpital, ça fait du bien, parce qu'on vient te visiter avec du thé, tes amies (proches) viennent te faire sortir de l'hôpital avec le bébé et cela fait du bien » par contre, « accoucher à domicile c'est honteux ». Ces propos sont corrélés aux propos avancés par l'INADO 6 qui donne les avantages de l'accouchement à l'hôpital en disant :

« *Ndjo tunahonaka k'hôpitalo banaaa, sa moya batakutwanga shindano, awo banatwanga bébé shindano, bile binikalaka ni muzuri* ».

C'est-à-dire : « À l'hôpital nous voyons on, [...] parfois, on te vaccine, soit on vaccine le bébé çaa...ça fait du bien ». Ces propos signifient tout simplement que les femmes enquêtées ont une bonne perception de l'hôpital et du fait d'accoucher à l'hôpital (maternité) par rapport à l'accouchement à domicile. Car, l'hôpital est perçu comme un lieu privilégié d'accouchement et de prise en charge des malades et des nouveau-nés.

### 3.2.5. Risques liés à l'accouchement à domicile : une réalité ignorée

Pour toutes les femmes enquêtées, les risques liés à l'accouchement à domicile constituent une réalité ignorée. Cependant, il y a une ambivalence dans leurs propos. D'une part, elles soutiennent que le problème est réel c'est-à-dire les risques existent bel et bien, et d'autre part, leurs discours semblent refoulés leurs vécus personnels des risques perçus. Pour toutes les femmes enquêtées les risques liés à l'accouchement à domicile sont vus comme une menace pour le nouveau-né (nourrisson) car on en perçoit sa vulnérabilité. Mais s'agissant des femmes elles-mêmes, les risques liés à l'accouchement à domicile constituent un sujet moins préoccupant. Aussi, l'ampleur du problème est sous-estimée et le risque pas assez perçu. Par ailleurs, les femmes enquêtées ont une conception restrictive des risques liés à un éventuel accouchement à domicile.

Ainsi, les risques liés à l'accouchement à domicile pour les nourrissons s'expliquent en termes suivants dans les propos recueillis chez l'INADO 6 :

*Bubaya bwa kuzaliya ku mulangu, utakutanisha kitofu kwanza sa moya abatakikata muzuri, ile mayi banatoshaka mu mampuwa wala mu kinywa abaitoshake ndio kwamana tunahonaka abina tu bien kuzaliya kunyumba ».*

Ces propos se traduiraient dans ce sens : « Les risques d'un accouchement à domicile, ce que, premièrement, le cordon ombilical ne sera pas bien coupé, le liquide amniotique ou buccal n'est pas évacué c'est pourquoi, nous trouvons que ce n'est pas du tout bien d'accoucher à domicile ». Ces propos corroborent les propos recueillis chez l'INADO 9. Pour elle, les risques d'un accouchement à domicile se résument dans ce sens

*Ma difficulté Ya kuzaliya kumulangu iko ya mingi : mutoto asha kwikala mu position ya mubaya, pengine mutoto anatoka na bile bia kudinyonganyongaka, mutoto atazalika eko na mayi ».*

La traduction de ces propos se résume dans ce sens selon cette femme : « Les risques d'un accouchement à domicile sont nombreux : peut-être le fœtus est dans une mauvaise position, soit il y a la procidence du cordon, soit le liquide amniotique ou buccal n'est pas évacué ».

Du côté maternel, l'hémorragie est perçue comme le risque fréquent lors d'un accouchement que ce soit à l'hôpital ou à domicile. Ceci se laisse entendre dans les propos de l'INADO 9, qui dit :

*« Sa moya ivi, uta saigner tiii [...], bitalomba paka ba munganga, ndio benzako batafwanya kotization ya makuta, bahité muntu Wa kukutunziya munyumba ».*

Ce qui veut dire selon la traduction française : « parfois tu vas saigner [...], ça

demande la présence des infirmiers et/ou médecins, après, tes proches cotisent l'argent et appellent quelqu'un qui puisse soigner à la maison ». Les femmes reconnaissent qu'il y a un lien entre les risques d'un accouchement à domicile et les attitudes et pratiques relatives aux soins. Dans leurs discours, quand bien même elles ont une faible perception de l'ampleur des risques maternels, les femmes se sont assez prononcées sur ce qu'ils pensent être à leur origine. Les raisons et les responsabilités qui expliquent leur survenue sont largement abordées. Cependant, dans leurs propos, les femmes occultent leur propre responsabilité.

### 3.2.6. En ce qui concerne la prise en charge du nouveau-né à domicile

Pour certaines femmes, leurs proches qui les font accoucher à domicile font de la routine de mauvaises pratiques ignorant très souvent les normes et protocoles de soins. Les soins du nouveau-né à domicile ne sont pas sécurisés du fait que ceux qui assistent l'accouchée ne disponibilisent d'aucun instrument médical pour les soins. Les nouveau-nés ne reçoivent d'aucun vaccin. Dans la pratique courante, la lame de rasoir est utilisée pour couper le cordon ombilical du nouveau-né. Ceci se justifie dans les propos d'INADO 2 quand elle dit :

« *Banakata kitofo na gilette, mina mupatiya 100 franc ndio akawuze gilette [...]*

*shidiuwe kama irikuya ya sasa Kama aikwa ya Sasa »*

Ce qui veut dire : « On a coupé le cordon ombilical avec une lame de rasoir, j'ai donné 100 FC pour qu'on achète une lame de rasoir [...], je ne sais pas si cette lame de rasoir était nouvelle ou déjà usée ». Ces propos illustrent que les soins de la prise en charge du nouveau-né à domicile ne sont pas assurés contrairement à la prise en charge dans une structure de soins où le nouveau-né est soumis à tous les soins lors de son accouchement. En outre, pour les femmes enquêtées, les risques témoignent d'un manque d'application des mesures. Les règles, normes et protocoles de la prise en charge du nouveau-né sont ignorés. Les soins sont alors réalisés sans précautions d'hygiène et d'asepsie.

## IV. DISCUSSIONS

L'analyse phénoménologique des données recueillies fait ressortir quatre aspects majeurs des perceptions des femmes sur l'accouchement à domicile : « **une réalité admise** » ; « **une responsabilité déniée** » ; « **une perception négative de l'accouchement à domicile** » et « **un problème solvable** ». Ces perceptions des femmes suscitent une préoccupation dans la mesure où elles entrent dans leur champ phénoménologique et donc susceptibles d'influencer leurs attitudes et pratiques. En effet, les perceptions des femmes déterminent

leurs décisions quant aux choix à faire lors d'un accouchement.

Les accouchements à domicile constituent une réalité que les femmes enquêtées consciemment connaissent bien. Les accouchements à domicile sont perçus par les femmes comme un problème réel, et en font toujours l'objet d'une préoccupation. De ce fait, peu d'efforts sont faits pour appliquer les mesures d'hygiène et d'asepsie au moment de l'accouchement par les assistants (es) à domicile, ce qui favorise l'émergence des risques. Rakotondrabe et Alessandro [23] à travers leur étude anthropologique sur l'accouchement à domicile au Niger en 2012 mettait en évidence les mêmes observations. Il a révélé les manquements du protocole concernant le respect des mesures d'hygiène et d'asepsie au moment de l'accouchement à domicile et de l'exécution des soins.

Bien qu'elles reconnaissent, la réalité du problème, la plupart des femmes affirment avoir vécu personnellement l'expérience d'un accouchement à domicile. En effet, les accouchements à domicile constituent un sujet sur lequel les femmes s'expriment fréquemment. Aussi, évoquer la question de l'accouchement à domicile mettrait la femme face à ses actes, ses attitudes et ses pratiques. Cela pourrait susciter en elle une remise en cause de ses manières d'être et de faire.

En effet, la majorité des femmes affirme avoir vu et vécu beaucoup de cas d'accouchement à domicile et estime que leur ampleur est plus grande. Cela dénote une forte perception de l'ampleur du problème par les femmes dans la mesure où plusieurs études ont mis en évidence des taux élevés des accouchements à domicile allant jusqu'à 60 % [27 ; 28 ; 29]. Laurence a trouvé dans son étude que les femmes avaient une forte perception de l'ampleur des accouchements à domicile dont elles se préoccupaient [30].

Les témoignages des certaines femmes ont également ressorti cette observation selon laquelle, les femmes et les assistants (es) d'un accouchement à domicile ignorent le risque lorsqu'ils/elles réalisent les actes de soins. Ainsi, la méconnaissance du risque et des conséquences des accouchements à domicile n'incite pas les femmes et/ou les assistants (es) de l'accouchement à domicile à appliquer les mesures de prévention, ce qui entraîne leur fréquence. Cela a été souligné par De Sousa et Phaneuf dans leur étude menée en 2013 à Montréal (Canada) ont affirmé que l'une des principales raisons de mauvaise observance des mesures de prise en charge lors d'un accouchement à domicile est le fait que les femmes et/ou les assistants (es) d'accouchement à domicile ne pensent pas au risque lorsqu'elles réalisent les soins [25]. Laurence a trouvé également que les femmes et/ou les assistants (es) de l'accouchement à

domicile sous-estimaient le risque d'un accouchement à domicile [22].

Alzin et coll. en 2012 dans leur étude intitulée connaissance et perception de l'accouchement chez les femmes en dehors de l'hôpital en France soulignent que l'absence de perception de la gravité, ne suscite pas d'attitudes et des comportements de prévention. Ainsi, l'absence de perception de la gravité des accouchements à domicile par les femmes ne favorise pas l'adoption de comportements de prévention notamment l'application des mesures d'hygiène et d'asepsie [32].

Au cours de notre entretien, les femmes se sont beaucoup prononcées sur le manque d'argent ou de moyen financier. Ainsi, les accouchements à domicile sont associés à plusieurs facteurs (niveau d'études de la femme, manque de moyen financier, le manque d'occupation par mari, négligence des prestataires des soins). De Sousa et Phaneuf ont fait ressortir que les femmes évoquaient plusieurs raisons quant à la pratique de l'accouchement à domicile. Ils estiment que les raisons sont partagées incluant les femmes, leurs maris et les prestataires de soins. Ainsi donc, le manque de moyen financier est perçu par les femmes comme un facteur clés favorisant la fréquence des accouchements à domicile [25]. Elles ont des difficultés à accoucher à l'hôpital très souvent nombreuses face aux exigences de paiement. Les mêmes perceptions ont été

retrouvées chez Victoria et coll. qui ont affirmé que le manque de moyen financier favorisait la fréquence des accouchements à domicile chez la plupart des femmes des pays en développement [27].

De l'autre côté, dans leurs propos, les femmes attribuent l'imputabilité des accouchements à domicile aux prestataires des soins. En effet, les prestataires des soins font preuve d'une négligence à l'endroit des femmes qui viennent pour l'accouchement. Rakotondrabe et Alessandro déjà cités ont mis en évidence les mêmes observations concernant le respect de la dignité de la femme au moment de l'accouchement. Il a affirmé que ces négligences ont favorisé la fréquence des accouchements à domicile [23].

Pour certaines femmes, à l'hôpital, les infirmiers font de la routine plutôt que d'agir selon la particularité de chaque situation. De Sousa et Phaneuf, ont évoqué un manque d'application de jugement professionnel de la part des prestataires des soins qui devraient être en mesure d'adopter un comportement digne vis-à-vis des femmes qui accouchent. Aussi, les femmes déclarent qu'à l'hôpital, les infirmiers ne surveillent pas assez les accouchées. En outre, les femmes soulignent que les soins du nouveau-né ou de la femme ne sont pas réalisés avec empathie. Les prestataires des soins sont moins sensibles à la souffrance et aux douleurs. Il en résulte un manque de préoccupation pour la

sécurité des accouchées [25]. Trambley dans son étude Éthique et pratiques des femmes sur les accouchements à domicile à Montréal, a souligné cet aspect lorsqu'il fait ressortir que les femmes dans leurs propos ont évoqué le respect, la compassion comme des valeurs primordiales permettant d'établir un lien bienfaisant qui respecte la dignité et leur l'intégrité [29].

### **CONCLUSION**

Les résultats de l'étude qualitative d'approche phénoménologique sur les accouchements à domicile montrent que les femmes perçoivent l'accouchement à domicile comme un problème réel et ont besoin d'aide. Les autorités dans le domaine de la reproduction devaient trouver des solutions durables à cette situation.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1].ANM-CNGOF-CNSF. (2012), Accouchement à domicile : perception des femmes Françaises sur les risques des mortalités périnatales, 30 : 677-683
- [2].CIPD (2014), Accouchement à domicile : Rapport d'une Enquête confidentielle par Fonds National de l'accouchement, Parthénon Publishing,
- [3].OMS, & Alliance mondiale pour la sécurité des patients (2016). De meilleures connaissances pour des soins plus sûrs (Éditions de l'OMS). 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 : Organisation Mondiale de la Santé.
- [4].Cortin, V, Laplante L, et coll. (2016). La gestion des risques en santé publique au Québec: cadre de référence. Institut national de santé publique du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2563951>
- [5].Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23–45.
- [6].Benner, P. E. (1994). *Interprétation phénoménologique d'un fait: résumé et éthique en santé*, Calif : Sage Publications.
- [7].Astagneau, P., & Lepoutre, A. (2002). La mortalité attribuable aux accouchements actualité et *Dossiers en Santé Publique*, (38), 27-29.
- [8].Ajzen, I., Fishbein, M., (1980). *Connaissances, attitudes et pratiques du comportement social*, New Jersey : Prentice Hall.
- [9].RIPAQ(2011), Réseau International pour la Planification et l'Amélioration de la Qualité dans les systèmes de santé en Afrique. Première Conférence Internationale sur la Prévention et le Contrôle de l'infection, 2011 - Genève, Suisse.
- [10].Debia, M., & Zayed, J. (2003). Les enjeux relatifs à la perception et à la communication dans le cadre de la gestion des risques sur la santé publique. *Vertigo*. [Revue électronique en sciences de l'environnement]. <http://vertigo.revues.org/4700>
- [11].Nzuzi M., Luzolo F (2014), Accouchement à domicile à Kinshasa : facteurs et perceptions des femmes, thèse, École de Santé Publique, UNIKIN.
- [12].Ngoy Patrice (2015), Accouchement à domicile : Pratique et prise en charge des nouveau-nés dans la ville de Lubumbashi, publication scientifique, Méd, P63
- [13]NBTF(2011), Pour une naissance heureuse, Ed Chronique sociale, p438
- [14].Fricain, O., Bergua, G., Ducos, et coll. (2008). Hygiène et soins primaires lors de d'un accouchement: pratiques et représentations Une enquête qualitative en

- Aquitaine. *Medicine*, 4(5), 231–234.  
<https://doi.org/10.1684/med.2008.0287>
- [15].Bagny, A., Bouglouga, O. et coll. (2013). Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le risque de transmission lors de l'accouchement au Togo. *Médecine et Santé Tropicales*, 23(3), 300–303.
- [16].Giorgi, A. (1997). Théorie, Pratique et Évaluation de la méthode Phénoménologique comme procédure d'une enquête Qualitative. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235-260.
- [17].Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans in Poupart J. et al. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (Gaëtan Morin, pp. 113-169). (S.l.).
- [18].WHO/CDS/CSR/EPH (2011). Étude descriptive des perceptions des femmes en regard de l'accouchement à domicile et plan thérapeutique. Université du Québec, Trois-Rivières.  
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/69751>.
- [19].Therrien, M. (2012). Gestion du risque d'un accouchement: Bibliothèque et Archives Canada.  
[http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/defintions\\_francais/gestion\\_risque.pdf](http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/defintions_francais/gestion_risque.pdf)
- [20].Ndione, A. G. (2010). Connaissance<sup>22s</sup>, attitudes et pratiques des soignants face aux risques liés à l'accouchement au C.H.U. de Fann. Mémoire de maîtrise de sociologie, 2009-2010, Département de sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- [21].Galipeau, R. (2011). Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée.  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5304>
- [22].Fournier Haddad et Laurence, B. (2012). Analyse critique de la culture de sécurité face aux risques des accouchements à domiciles. Université de Montréal, Faculté des études supérieures et post doctorales.
- [23].Rakotondrabe et D'Alessandro.(2012). Prévenir le risque d'un accouchement. Réflexions anthropologiques autour des pratiques d'hygiène et d'asepsie hospitalière dans un service de médecine au Niger. *Anthropologie & Santé*, 4, 1-17.  
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesant.e.835>
- [24].Stinson, Magill et coll. (2014). Phénoménologie de la perception. Les classiques des sciences sociales. [Bibliothèque numérique].  
[http://classiques.uqac.ca/classiques/\\_ponty\\_maurice/phenomenologie\\_de\\_la\\_perception/phenomenologie\\_de\\_la\\_perception.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/_ponty_maurice/phenomenologie_de_la_perception/phenomenologie_de_la_perception.pdf)
- [25].De Sousa, Phaneuf, M et Gadbois (2013). Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements des femmes en couches. Ifiressources, centre de ressources

en soins infirmiers, Montréal.

<http://www.ifiresources.ca>

[26].Vallin, Carricaburu, D., Lhuilier, D., & Merle, V. (2008). Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux lors d'un accouchement. *Santé Publique*, 20, 57-67.

[27].Victoria, Lucet, J.-C., & Birgand, G. (2016). Comportements des soignants vis à vis du risque infectieux lié aux accouchements non sécurisés : quelles influences et comment impulser le changement ?, 18 (1), 29 - 33. <https://doi.org/10.1016/j.antinf.2016.01.004>

[28].Ouendo, E.-M., Saizonou et coll. (2015). Gestion du risque infectieux lié aux accouchements, Centre National Hospitalier et Universitaire.

[29].Tremblay, M.-A. (2011). Éthique et pratique des femmes sur les accouchements à domicile. Thèse de Doctorat. Université de Montréal.

[30].Vallin J., Caselli J. et coll. (2002), « Comportements, styles de vie et facteurs socioculturels de la mortalité.» in *Démographie : analyse et synthèse. Les Déterminants de la mortalité*, vol. III sous la direction de Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH, Éditions de l'INED pp : 255-305.

[31].Victoria C.G. (2007), « Vers une plus grande équité en matière de santé maternelle et néonatale » in Gwatkin, D. R., et al., Socio-

economic differences in health, nutrition, and population within developing countries : An overview, *Health, Nutrition and Population*, Banque mondiale, Washington, D.C., pp. 123–124.

[32].Alzin, S., Berthet, B, Bessy et coll. (2012). Connaissance et perception de l'accouchement chez les femmes en dehors de l'hôpital. École des hautes études en santé publique, France.

[33].Hien, H., Drabo, M., Ouédraogo et coll. (2013). Connaissances et pratiques des professionnels de santé sur le risque des accouchements : étude dans un hôpital de district au Burkina Faso. *Santé Publique*, 25(2), 219–226.

[34]Ministère de la Santé Maroc (2011). Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011 2020. Royaume du Maroc.