

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION



DETERMINANTS DU CHOIX DU LIEU DE L'ACCOUCHEMENT PAR LES FEMMES HAITIENNES

RAPPORT PRÉPARÉ PAR
L'INSTITUT HAITIEN DE L'ENFANCE (IHE)



FEVRIER 2015

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION



DETERMINANTS DU CHOIX DU LIEU DE L'ACCOUCHEMENT PAR LES FEMMES HAITIENNES

RAPPORT PRÉPARÉ PAR
L'INSTITUT HAITIEN DE L'ENFANCE (IHE)



FEVRIER 2015

Cette étude commanditée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a été réalisée par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) grâce au financement de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) dans le cadre du projet EMMUS V. Les opinions exprimées dans ce texte sont de la seule responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion officielle de l'ACDI et de l'UNICEF

TABLE DES MATIERES

RESUME	6
1. INTRODUCTION.....	7
2	

2.	OBJECTIF	8
3.	MÉTHODOLOGIE	8
3.1	Approche quantitative	8
3.1.1	<i>Analyse uni variée</i>	8
3.1.2	<i>Analyse bi variée</i>	8
3.1.3	<i>Analyse multi variée</i>	8
3.2	Revue de la littérature	9
3.3	Approche qualitative	9
3.3.1	<i>Profil des participants aux ateliers</i>	9
3.3.2	<i>Profil des informateurs clés</i>	10
3.3.3	<i>Planification de la collecte</i>	10
3.3.4	<i>Déroulement des ateliers et des interviews en profondeur</i>	11
3.3.5	<i>Traitement et analyse des données</i>	11
4.	RESULTATS	11
4.1	Résultats de la revue de la littérature	11
4.2	Résultats de l'analyse statistique	17
4.2.1	<i>Analyse uni variée</i>	17
4.2.2	<i>Analyse bi variée</i>	17
4.2.3	<i>Analyse multi variée</i>	18
4.3	Résultats de l'analyse qualitative	21
4.3.1	<i>Résultats d'ordre général</i>	21
4.3.2	<i>Résultats d'ordre spécifique</i>	23
5.	DISCUSSIONS	24
6.	IMPLICATIONS/ RECOMMANDATIONS	27
7.	CONCLUSION	29
	Annexe #1.- Résultats de la régression logistique modélisant la probabilité d'accoucher dans un milieu institutionnel	30
	Annexe #2 Principales Raisons invoquées par les femmes enceintes au cours des ateliers de discussions pour l'accouchement à domicile	32

Remerciements

Nous remercions en premier lieu le Ministère de la Santé Publique et de la Population pour avoir confié la réalisation de ce travail à l'IHE. Nous remercions vivement la Ministre: Dr Florence Duperval Guillaume et le Directeur Général Dr Georges Dubuche.

Des remerciements particuliers s'adressent à tous ceux/celles qui ont contribué à la préparation de ce rapport: Mr Nernst Atwood Raphael, Dr Valéry Blot, Mme Gladys Mayard, Mme Viviane Cayemittes, Dr Blaise Sévère et Mme Claire Nicole Lebrun.

L'appui du personnel administratif et financier de l'IHE a été très apprécié. Nous remercions Mme Ertha Beaugé, Mme Rose Marie Dorsainvil et Mme Myrlande Noel.

Nos remerciements vont également au Dr Solon Beethoven Castin, et au Dr Emmanuel Aimable qui ont participé aux réunions de préparation du rapport.

Nous adressons nos vifs remerciements aussi à Dr Sophia Charles, Mme Yvrose Bonheur, Mme Marie Mirna Simon, Mr Julio Merilien, Mme Junie Thomas, Mme Vanessa Gaspard, Mme Marie Antoinette Bayard, Mme Héloïse Gérard qui ont participé à la collecte des données qualitatives.

Finalement nous remercions Dr Reynold Grand-Pierre du MSPP pour la relecture du rapport.

C'est pour nous l'occasion de rappeler que les Enquêtes Mortalité Morbidité Utilisation des Services (EMMUS) ont été financées par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI), le Fonds Mondial (FM) de lutte contre la Tuberculose, la Malaria et le VIH à travers le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Nous les remercions.

Nous ne saurions terminer sans remercier à nouveau de façon spéciale la Représentation du Fonds des Nations Unies (UNICEF) et l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) pour avoir mis à la disposition de l'IHE des fonds pour la réalisation de cette étude.

Dr Michel Cayemittes
Coordonnateur de la rédaction

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACDI: Agence Canadienne pour le Développement International

CPN: Consultation Pré natale

EMMUS: Enquête Mortalité Morbidité Utilisation des Services

FM: Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, la Malaria et le VIH

IHE: Institut Haitien de l'Enfance

IHSI: Institut Haïtien de statistique et d'Informatique

MM: Mortalite Marternelle

MSPP: Ministère de la Santé Publique et de la Population

DMS: Organisation Mondiale de la Sante

DPS: Organisation Panamericaine de la Sante

PNUD: Programme des Nations Unies pour le Developpement

SIDA: Syndrome d'Immunodeficiance Acquise

SONUB: Soins Obstetricaux et Neonatals d'Urgence de Base

SONUC: Soins Obstetricaux et Neonatals d'Urgence Complets

UNFPA: Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Emfance

USAID: Agence des Etats-Unis pour le Developpement International

VIH: Virus de l'Immunodéficiencie Humaine

RESUME

L'accouchement à domicile constitue encore le choix prédominant des femmes enceintes haïtiennes parvenues au terme de leur grossesse, ce qui a un impact négatif sur la mortalité maternelle et néonatale.

Ainsi à la requête du Ministère de la Santé Publique et de la Population, et de ses partenaires, suite à la réalisation de la dernière Enquête Mortalité Morbidité Utilisation des Services (EMMUS) en 2012 où il a été encore trouvé un fort pourcentage de femmes accouchant à la maison (63%), il a été décidé d'entreprendre une analyse en profondeur pour mieux cerner les raisons pour lesquelles le taux d'accouchement à domicile reste aussi élevé. L'étude avait donc pour objectif de déterminer chez les femmes enceintes les facteurs prédictifs du lieu d'accouchement (domicile vs institution) en vue de retracer, au moment des visites prénatales, les femmes enceintes qui ont une plus grande probabilité d'accoucher chez elles en vue de proposer des axes d'intervention pour les porter à accoucher dans une institution sanitaire.

Une approche quantitative et qualitative a été utilisée pour réaliser cette étude en profondeur. Les données collectées au cours des deux dernières EMMUS (IV et V) ont été compilées pour une analyse statistique bi et multi variée à la recherche de facteurs prédictifs du lieu d'accouchement. Ceci a été complété par une revue de la littérature et l'organisation de focus group avec des femmes des milieux urbain, semi-urbain et rural, et des interviews en profondeur avec des informateurs clés.

L'étude a montré qu'on dispose de suffisamment d'évidence pour dire que le nombre de visites prénatales, la zone de résidence, le rang de naissance, l'indice de bien-être économique, le niveau d'éducation et l'âge de la mère à la naissance de son bébé influencent le choix du lieu d'accouchement. La revue de la littérature a confirmé ces facteurs prédictifs. L'analyse qualitative a permis de mettre en évidence des obstacles d'ordre économique, socioculturel, psychologique, en rapport avec l'accouchement en milieu institutionnel et des raisons pour le choix du lieu d'accouchement ont été fournies par les répondantes.

Les résultats de l'étude en profondeur suggèrent que des facteurs variés conditionnent le choix des femmes en ce qui concerne le lieu d'accouchement. Et dans l'état actuel de dispensation des soins obstétricaux, les conditions socio-économiques et culturelles sont plutôt en faveur de l'accouchement à domicile. Cependant les dispositions suivantes permettraient à moyen et long termes d'augmenter de façon significative le taux de femmes enceintes accouchant en milieu institutionnel : 1) l'aménagement de services obstétricaux additionnels type SONUB dans les zones isolées où l'accès géographique constitue un obstacle, 2) la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour les femmes enceintes en ce qui concerne leur appréhension en rapport avec l'accouchement en milieu institutionnel, 3) un meilleur accueil 4) la mise en place d'un système de suivi pro actif des femmes enceintes en CPN, basé sur les facteurs prédictifs identifiés dans l'étude.

1. INTRODUCTION

Le pourcentage de naissances en milieu institutionnel a augmenté¹ au cours des dix dernières années tant au niveau national qu'au niveau de tous les départements. Si on se réfère aux données des deux dernières EMMUS (couvrant les périodes 2000-2005 et 2007-2012), ce pourcentage est passé de 24,7% à 35,9%, soit une majoration de 11,2 %. Au niveau des départements, les écarts évoluent dans une fourchette allant de 2,8 % (reste de l'Ouest) à 16,2% (Département des Nippes). Cependant les dernières statistiques officielles du MSPP pour l'année 2013 rapportent un total de 62,710 accouchements en milieu institutionnel² et si on extrapole ce chiffre à 72,080 pour tenir compte de la couverture de rapportage qui était de 87%, le pourcentage de femmes ayant accouché en milieu institutionnel serait de 26,4% sur la base que 273,000 naissances avaient eu lieu en 2013 selon les projections établies par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). Ce dernier pourcentage de 26,4 % serait donc plus bas que ce qui aurait pu être anticipé à partir des résultats de la dernière EMMUS (35,9 %) montrant que le taux d'accouchement en milieu institutionnel est toujours trop faible et ce problème est loin d'être en voie de résolution.

Et si le pourcentage de femmes accouchant en milieu institutionnel n'augmente pas significativement et reste à un bas niveau de façon pérenne, il ne permettra pas d'atteindre et de maintenir l'objectif de réduction de la mortalité maternelle (MM) fixé par le MSPP. Le Ministère de la Santé vise en effet à réduire le taux de mortalité maternelle à 250 pour 100000 en 2015-2016.³ Il est vrai que d'après les statistiques officielles du MSPP de 2013, le ratio de MM calculé à partir des accouchements réalisés en milieu institutionnel était de 157 pour 100,000 mais selon le Groupe inter agence, utilisant une autre méthodologie, ce pourcentage serait de 380 pour 100,000 pour la même année. La mortalité maternelle dépend certes de la qualité des soins obstétricaux, mais elle est conditionnée dans une grande mesure par le taux d'utilisation des services qui les délivrent.

Les principaux résultats de l'EMMUS V 2012 sur la santé maternelle, incluant les données relatives à l'accouchement en milieu institutionnel ont été présentés aux gestionnaires de la Direction de la Santé de la Famille du Ministère de la Santé Publique et de la Population et à d'autres partenaires de ce Ministère au cours d'un atelier de travail organisé par l'IHE avec le support d'ICF International le 10 juillet 2013 à l'Hôtel Montana. Les données collectées au cours des différentes EMMUS suggèrent que les femmes enceintes accouchant à domicile ont un profil sociodémographique déterminé, ce qui a priori devrait permettre de les retracer au moment des visites prénatales.

Les participants à cet atelier ont recommandé qu'une analyse en profondeur soit réalisée sur la problématique du lieu de l'accouchement, en vue de confirmer les différents déterminants du lieu de l'accouchement et de mieux cerner le contexte socioculturel, psychologique et organisationnel susceptible d'expliquer le comportement observé par les femmes enceintes quant au choix du lieu d'accouchement et aussi d'identifier les stratégies qui pourraient les porter à accoucher dans une institution sanitaire. L'IHE a tenu compte de cette recommandation et a donné suite à cette requête. A cette fin, plusieurs méthodes ont été utilisées pour réaliser cette analyse en profondeur : revue de la littérature, analyse statistique et analyse qualitative.

¹ Cette augmentation pourrait s'expliquer entre autres par l'augmentation de l'offre dans les camps de réfugiés, suite au tremblement de terre et aux projets de l'OMS : SOG et MATS.

² Ministère de la Santé Publique et de la population « Rapport statistique 2013 » tableau 2.3.3.1 p18es d

³ Communication personnelle du Directeur de la Direction de santé familiale du MSPP- Mai 2014.

2. OBJECTIF

L'objectif de cette analyse est de déterminer chez les femmes enceintes les facteurs prédictifs du lieu d'accouchement (domicile vs institution) en vue de retracer, au moment des visites prénatales, les femmes enceintes qui ont une plus grande probabilité d'accoucher chez elles et aussi d'identifier les stratégies qui pourraient les porter à accoucher dans une institution sanitaire.

3. MÉTHODOLOGIE

Une approche quantitative et une approche qualitative incluant une revue de la littérature ont été utilisées pour réaliser cette étude en profondeur.

3.1 Approche quantitative

Dans le but d'accroître la puissance de notre analyse sur les facteurs influençant le choix du lieu de l'accouchement, on a combiné les données des deux dernières EMMUS (IV et V). En effet, la méthodologie de collecte des données des deux dernières EMMUS étant restée la même au cours du temps, la superposition de leurs données augmente considérablement la taille de l'échantillon et conséquemment sa variabilité. Les données ont été pondérées conformément aux poids attribués lors de l'échantillonnage stratifié initial et on a procédé à différents niveaux d'analyse.

3.1.1 Analyse uni variée

Les variables catégorielles ont été présentées à travers des tableaux de fréquences simples, tandis que les variables numériques à travers des mesures de tendance centrale et de dispersion. Des tests statistiques paramétriques nous ont permis d'évaluer la normalité de la dispersion des variables numériques. Dans certains cas, on a calculé le coefficient de variation pour avoir une mesure de la dispersion relative de certaines variables.

3.1.2 Analyse bi variée

Ce type d'analyse a été réalisé à travers des tableaux de contingence, en utilisant des variables catégorielles. Ces tableaux nous ont permis de détecter les éventuelles associations existant entre des variables clés. Afin de valider le niveau d'association entre les variables de l'étude et le choix du lieu d'accouchement (milieu institutionnel vs à domicile), des tests de Chi-carré ont été conduits.

3.1.3 Analyse multi variée

Afin de prendre en considération l'apport simultané et marginal des variables dans l'analyse telles que: le nombre de visites prénatales durant la grossesse, le rang de naissance, l'âge de la mère à la première naissance, l'indice de bien-être économique, l'âge actuel de la mère, le niveau d'éducation, la religion, le nombre de naissances vivantes, l'âge des premières relations sexuelles, le milieu de résidence ainsi que le département. On a procédé à une régression logistique dichotomique modélisant la probabilité d'accoucher dans un milieu institutionnel. Les modalités de référence étant: « *Aucune visite* » pour les antécédents de visites prénatales, « *6^e enfant ou plus* » pour le rang de naissance, « *La couche la plus défavorisée* » pour l'indice de bien-être économique, « *Moins de 20 ans* » pour l'âge actuel de la mère, « *Analphabète* » pour le niveau d'éducation, « *Catholique* » pour la religion, « *Zone rurale* » pour la zone de résidence, et « *Aire métropolitaine* » pour l'aire de résidence/département. On a utilisé des seuils de signification de 5% pour valider les hypothèses d'étude pour les tests de Chi-carré. Des estimations des rapports de cotes avec des intervalles de confiance de

l'ordre de 95% ont été utilisées pour interpréter les résultats obtenus. La gestion, le traitement et l'analyse statistique des données ont été réalisées à partir de SAS 9.3.

3.2 Revue de la littérature

La revue de littérature dans le cadre de cette étude est basée sur la consultation de documents trouvés dans la littérature haïtienne et de documents trouvés sur les moteurs de recherche scholar.google.com, pubmed.com, avec les mots clés suivants : « accouchement à domicile », « grossesse », « inégalité », « facteurs », « déterminant », « milieu rural », « home birth », « déterminants », « Maternal and child health ».

3.3 Approche qualitative

Des ateliers ont été organisés avec des femmes des milieux urbain, semi-urbain et rural et des interviews en profondeur ont été réalisées avec des informateurs clés.

3.3.1 Profil des participants aux ateliers

Les participantes étaient recrutées sur une base volontaire. Les membres des organisations communautaires, des associations de femmes et des agents polyvalents travaillant dans les zones ont aidé à réaliser le recrutement, qui a eu lieu dans les milieux urbain, semi-urbain et rural.

Un total de 46 femmes a participé aux ateliers sur l'accouchement, dont 30 à Carrefour (urbain, semi urbain)⁴; et 16 à Vallue (rural)⁵. La majorité était comprise dans le groupe d'âge de 20-35 ans (soit 33 sur 46) et les autres se trouvaient dans la tranche d'âge de 36-45 ans (soit 13 sur 46). Vingt-deux (22) étaient de religion catholique et vingt-quatre (24) de confession protestante. Un peu moins de la moitié d'entre elles vivaient en union libre (soit 20 sur 46), Onze (11) étaient mariées et quinze (15) placées. Il n'y avait pratiquement pas d'analphabète (1), 26 étaient de niveau d'instruction primaire et 16 du niveau secondaire et 3 du niveau universitaire.

⁴ Centre de Carrefour et en dehors du centre de Carrefour.

⁵ Zone rurale de Petit-Goâve.

Tableau 1. Profil des participants aux ateliers de discussions

Carrefour		Valeur	
Catégories	Femmes enceintes Primipares Multipares	Femmes enceintes Primipares Multipares	Total
Groupe d'âges			
20-35 ans	24	9	33
36-45 ans	6	7	13
Religion			
Catholique	19	3	22
Protestante	11	13	24
Statut matrimonial			
Mariée	7	4	11
Placée	11	4	15
Union libre	12	8	20
Niveau d'éducation			
Analphabète		1	1
Primaire	14	12	26
Secondaire	13	3	16
Université	3		3
Nombre total de participants	30	16	46

3.3.2 Profil des informateurs clés

Les informateurs clés (trois médecins gynécologues, un psychologue et un sociologue) ont été sélectionnés dans la zone métropolitaine sur une base de convenance et avertis par e-mail et appel téléphonique sur le but de l'étude et la démarche à entreprendre pour les interviews en profondeur. Ces dernières ont été réalisées par des médecins enquêteurs.

3.3.3 Planification de la collecte

- ✓ *Formation de l'équipe de travail*

Les animatrices et facilitatrices au nombre de cinq (5) recrutées pour la collecte des informations ont reçu une orientation dont les objectifs étaient les suivants:

- Faire connaître la méthodologie de la conduite des ateliers

- Assurer la maîtrise des instruments de collecte d'information
 - Finaliser les guides de discussion
- ✓ *Élaboration des instruments de travail*

Des guides de conduite des ateliers ont été élaborés en créole. Les thèmes à investiguer étaient déterminés à partir des objectifs en priorisant les facteurs déterminants du lieu de l'accouchement rapportés dans l'EMMUS V. Les discussions étaient structurées de manière à encourager les participantes à partager très ouvertement leurs opinions et leurs expériences. Les guides contenaient plusieurs sous-thèmes permettant de creuser les questions en profondeur et d'insister sur les idées pertinentes.

Un questionnaire semi-structuré a été élaboré pour collecter les informations des interviews en profondeur.

3.3.4 Déroulement des ateliers et des interviews en profondeur

- ✓ *Ateliers*

Chaque atelier comprenait de 15 à 20 participantes. Chaque groupe était divisé en trois sous-groupes. Les discussions en atelier duraient environ 2 heures de temps et la séance plénière 1 heure.

Les ateliers ont été organisés au niveau communautaire et ont permis d'explorer les différents facteurs influençant le lieu de l'accouchement et également d'identifier les stratégies d'intervention les mieux adaptées.

Les ateliers se sont déroulés dans le milieu naturel des participantes, ce qui a permis d'avoir une meilleure idée de leur environnement social, culturel, organisationnel, de leur vécu et la signification des facteurs pouvant influencer leurs perceptions, leurs attitudes, leurs comportements et leur choix. L'interaction a permis de comprendre l'importance et le sens des facteurs qui conditionnent leurs attitudes et de faire une liste des facteurs et des combinaisons de facteurs liés au problème.

3.3.5 Traitement et analyse des données

Les informations obtenues ont été retranscrites, classées suivant les thèmes et saisies sur un logiciel de traitement de texte (Word), en vue de faciliter une analyse de contenu par objectifs. Elle a été faite de manière à dégager les grandes lignes en fonction des verbatim. L'analyse a permis de faire des recommandations et de trouver des indices et des stratégies pour orienter les responsables.

4. RESULTATS

Dans le rapport de l'EMMUS V 2012 et dans les EMMUS précédentes, divers facteurs ont été perçus comme pouvant favoriser l'accouchement en milieu institutionnel. Ce sont: les antécédents de visites prénatales, le milieu de résidence, le département sanitaire, le rang de naissance, l'indice de bien-être économique, le niveau d'éducation et l'âge de la mère à la première naissance. Dans cette section, sont présentés les résultats de l'analyse statistique et de l'étude qualitative.

4.1 Résultats de la revue de la littérature

Cette revue se propose d'aborder les raisons limitant l'utilisation des services institutionnels par les femmes enceintes au moment de l'accouchement, après avoir replacé l'accouchement dans son contexte socioculturel.

L'accouchement à domicile effectué par les matrones est une tradition fortement ancrée dans les familles haïtiennes du milieu/d'origine rural et repose sur des croyances partagées par la grande majorité de la population. C'est un acte perçu comme un

événement naturel dans la plupart des familles mais il est bien codifié et repose sur tout un ensemble de rituels ayant pour la plupart une dimension magico-religieuse. Ces rituels décrits par Oubrilant DAMUS dans son livre « Les rites de naissance en Haïti »⁶ et dont la matrone a le secret sont résumés sous forme d'un tableau à l'Annexe 3. Ces rituels ont été catégorisés en deux (2) groupes :

1. Rituels pré-obstétriques: Rituels de facilitation de l'accouchement, Rite indirect, Rituels liés aux obstacles surnaturels de l'accouchement, Rituel lié à la vérification directe de l'imminence de l'accouchement, Rituel lié à la vérification indirecte de l'imminence de l'accouchement.
2. Rituels post-partum: Rites de protection contre les mauvais-airs (loups-garous, démons), Rituels liés à la section du cordon ombilical (détermination de la taille future du sexe) , Rituels liés aux suites de couches, Rituels de purification du bébé, Rituels de purification de l'accouchée, Rituels d'initiation précocissime du nouveau-né à la culture universelle.

Tous ces rituels visent à ce que l'accouchement se passe dans de bonnes conditions pour que la mère et le bébé soient en bonne santé physique et mentale. L'application de ces rituels, de par leur symbolisme, confère un grand pouvoir à la matrone pour accoucher les femmes dans leur communauté principalement en milieu rural ou vit actuellement près de la moitié de la population haïtienne. Il est bon aussi de rappeler que même en ville, une bonne partie de la population est d'origine rurale récente et ou conserve des traditions rurales.

➤ **Antécédents de visites prénatales**

Selon l'hypothèse de A. Fayal et al⁷, «un mauvais accueil, une mauvaise prise en charge et l'absence de conseils sur le lieu de l'accouchement peuvent influencer le lieu de l'accouchement.» Une CPN tardive ou de mauvaise qualité a été retrouvée associée à l'accouchement à domicile. Les accouchements à domicile n'étaient pas liés au nombre de CPN, mais plutôt à la précocité de cette dernière. Une CPN jugée non satisfaisante était associée à un risque augmenté d'accouchement à domicile. Une CPN tardive après le premier trimestre est aussi responsable de l'accouchement à domicile. Selon ces auteurs, en définitive, c'est la qualité plutôt que le nombre de visites prénatales (CPN) qui détermine le lieu de l'accouchement.

Une autre étude conduite par Diallo F.B. et al⁸ indique qu'il existe une inadéquation entre le taux de consultations prénatales (CPN) et le nombre d'accouchements assistés dans les régions étudiées. Cela s'expliquerait par l'insuffisance de structures et surtout par l'absence d'éducation pour la santé ainsi que les carences de la surveillance prénatale. Une proportion notable de femmes ne bénéficie pas de CPN notamment les femmes pauvres en milieu rural, et la qualité des CPN est souvent loin d'être satisfaisante.

Selon les résultats d'une étude conduite par Constance Pfeiffer and Rosemonde Mwaipopo⁹, la fréquence de services de soins prénatals ne traduit pas automatiquement le recours au centre de santé pour l'accouchement. Il faut compter surtout avec les facteurs accessibilité géographique et accessibilité économique.

➤ **Milieu de résidence**

⁶ **Source:** DAMUS Oubrilant : *Les Rites de naissance en Haïti(2012)*, L'Harmattan 2012

⁷ A. Fayal et al. *Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal)*. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol.58, 2010/10, pages 323- 329.

⁸ Diallo F.B. et al. *Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée*. Médecine d'Afrique Noire, 1999,46 (1) .

⁹ Constance Pfeiffer and Rosemonde Mwaipopo. *Delivering at home or in a health facility? Health seeking behavior of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania* . BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:55.

Les conclusions d'une étude menée par Javel SA et al¹⁰ au Pakistan soulignent que les femmes en milieu rural sont plus susceptibles d'accoucher à domicile que les femmes en milieu urbain. Selon cette étude, 72,5% des femmes en milieu rural ont accouché à domicile et 46% pensent que ce n'est pas nécessaire d'accoucher en milieu institutionnel. Cette perception s'expliquerait par des barrières culturelles et l'insuffisance de ressources pour les soins.

D'après une étude de l'OPS/DMS ICIESA¹¹ en 2007 en Haïti 74,9% des femmes du département du Sud accouchent à domicile, notamment celles vivant en milieu rural dont la proportion atteint 83,9%.

Les données de l'étude qualitative menée par Constance Pfeiffer et Rosemarie Mwaipopo¹² ont révélé que le principal facteur influençant le choix de la femme vivant en milieu rural pour son lieu d'accouchement est sa perception du bien-être retrouvé à domicile. Le niveau d'éducation et aussi le jeune âge semblent aussi influencer son choix.

➤ **Accessibilité géographique**

L'accessibilité géographique a été étudiée par B. Wroch et al dans le cadre d'une enquête menée auprès des ménages des quartiers précaires de Yamoussoukro et Mami-Fatai dans la commune de Yopounga sur un échantillon de 241 femmes. Les résultats de cette enquête indiquent que l'éloignement de la zone de résidence limite l'utilisation des services d'accouchement en milieu institutionnel (le taux d'accouchement à domicile, est plus élevé à Manie-Fatai qu'à Yamoussoukro. Le centre de santé le plus proche de ce quartier se trouve à 1,5 kilomètre, alors que Yamoussoukro se trouve à 300 mètres¹³.

Les résultats d'une étude transversale et analytique menée par A. Fayet et al sur un échantillon de 380 femmes dans le district sanitaire de Gossas, indiquent que la prévalence de l'accouchement à domicile était de 24%. Les facteurs liés à l'accouchement à domicile étaient: l'absence de transport (OR=2,11[1,13-5,01]) et la distance éloignée de plus de 5 km d'une structure sanitaire (OR=2,68[1,56-4,16])¹⁴.

Une enquête communautaire a été réalisée par Anwar I et al pour étudier, en fonction de facteurs socioéconomiques clés, les iniquités dans le recours aux soins de base de l'accouchement, à une césarienne pour l'accouchement et aux services de soins postnatals sur un échantillon de 2, 164 accouchements¹⁵. Les résultats ont montré qu'il existait des iniquités sanitaires substantielles: l'éloignement du centre et la zone de résidence.

Une étude faite par l'OPS/DMS dans le département du Sud d'Haïti¹⁶ montre que la distance entre l'institution de santé et la résidence de la femme est un obstacle à l'accouchement institutionnel.

¹⁰ Javel SA et al. *Correlates of preferences for home or hospital confinement in Pakistan: evidence from a national survey*. BMC Pregnancy Child birth. 2013 June 24; 13:137.

¹¹ Etudes sur les déterminants du choix des femmes habitants le Département du Sud sur la motivation à accoucher chez elles ou dans les institutions de santé. OPS/DMS ICIESA-2007

¹² Constance Pfeiffer and Rosemonde Mwaipopo. *Delivering at home or in a health facility? Health seeking behavior of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania*. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:55.

¹³ Bi Wroch et al. *Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune Yopounga (Abidjan, Côte d'Ivoire)* Sante Publique 5/2009 (volume 21), p499-506.

¹⁴ A. Fayet et al. *Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal)*. Revue d'Epidémiologie et de Sante Publique, vol.58, 2010/10, pages 323- 329, tabl. rés., 33réf., ISSN 0398-7620, FRA.

¹⁵ Anwar I et al. *Iniquités dans les services de soins maternels: données émanant des programmes d'assistance à domicile des naissances pour du personnel qualifié au Bangladesh*. Bulletin of WHO, vol 86, no 4, 2008, pages 252-259.

¹⁶ Etude sur les déterminants du choix des femmes habitant le Département du Sud sur la motivation à accoucher chez elles ou dans les institutions de santé. OPS/DMS ICIESA-2007.

Une étude conduite par Diallo FB et al indique qu'en Guinée, l'éloignement de la structure sanitaire était le motif de l'accouchement à domicile pour 58,41% des femmes¹⁷.

➤ **Niveau d'éducation**

Les résultats d'une enquête menée par Bi Vroch et al¹⁸ auprès des ménages des quartiers précaires de Yamoussoukro et Mamie-Fatai dans la commune de Yopounga sur un échantillon de 241 femmes ayant déjà accouché indiquent que « Sur le total des femmes enquêtées, 40% étaient analphabètes et 40% avaient un niveau primaire », 64,37% des femmes ne connaissaient pas les risques liés à l'accouchement à domicile. Le faible niveau d'instruction des femmes ne leur permettait pas souvent de comprendre que le dépistage de certaines anomalies liées à la grossesse nécessitait des examens para cliniques.

De l'avis de Rafatou Houndekon et Gora Mboup¹⁹, les femmes instruites sont plus nombreuses à accoucher dans les établissements sanitaires. En effet, 28% des mères n'ayant aucune instruction ont accouché à domicile contre 12% chez celles ayant un niveau d'instruction primaire, et 19% seulement chez celles ayant un niveau d'instruction plus élevé.

Dans le département du Sud d'Haïti²⁰, 90% des femmes sans aucune éducation ont accouché à domicile contre 95% des femmes avec un niveau universitaire qui accouchent en milieu institutionnel. Ainsi, plus le niveau d'études est faible plus le taux d'accouchement domiciliaire est élevé.

Une étude descriptive réalisée dans l'État de Kaduna sur un échantillon de 496 femmes ayant accouché indique qu'il y a un rapport statistique significatif entre l'éducation formelle et l'accouchement à domicile ($P < 0.05$)²¹.

Les auteurs d'une autre étude Etude descriptive réalisée à Sabuwar Unguwa, dans l'État de Kaduna au nord du Nigeria²² sur un échantillon de 496 femmes ayant accouché, indiquent qu'il y a un rapport statistique significatif entre l'éducation informelle et l'accouchement à domicile ($p < 0.05$).

Une étude rétrospective conduite au Sénégal sur un échantillon de 11,479 femmes indique que la probabilité d'accouchement à domicile était inversement associée et de façon statistiquement significative au niveau d'instruction ou de bien-être économique²³.

➤ **Rang de naissance**

Les résultats d'une enquête menée par Bi Vroch et al²⁴ auprès des ménages des quartiers précaires de Yamoussoukro et Mamie-Fatai dans la commune de Yopounga sur un échantillon de 241 femmes, font ressortir qu'il y a deux fois plus de chance pour une femme qui

¹⁷ Diallo F.B. et al. *Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée*. Médecine d'Afrique Noire, 1999,46 (1)

¹⁸ Bi Vroch et al. *Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune Yopougon* (Abidjan, Côte d'Ivoire" Sante Publique 5/2009 (volume 21), p499-506.

¹⁹Rafatou Houndekon et Gora Mboup. *Santé de la mère et de l'enfant*. URL:<http://measuredhs.com/pubs/pdf/FR133/09Chapitre 9.pdf>

²⁰ Etudes sur les déterminants du choix des femmes habitants le Département du Sud sur la motivation à accoucher chez elles ou dans les insitutions de santé. OPS/DMS ICIESA-2007

²¹ S. H. Idris, U. M. Gwarro et A. U. Shehu. *Determinants of Place of Delivery among women in a Semi-Urban Settlement in Zaria, Northern Nigeria*. Annals of African Medicine. Vol. 5. No. 2; 2006; 68-72.

²² S.H. Idris, U.M.D Gwarzo and A.U. Shehu. *Determinants of place of delivery among women in a semi-urban settlement in Zaria, Northern Nigeria*. Annals of African Medicine Vol.5, No.2; 2006: 68-72.

²³Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique – Vol. 61 – No S4 – p. 316- Inégalités socio-économiques et accouchement a domicile au Sénégal – EM|consulte.

²⁴Bi Vroch et al. *Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune Yopougon* (Abidjan, Côte d'Ivoire" Sante Publique 5/2009 (volume 21), p499-506.

est à son deuxième enfant d'accoucher à domicile. Le test de Chi² indiquait qu'il y avait un lien significatif entre la parité et le lieu d'accouchement: Chi² =6,96 p=0,008." Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes pensent qu'ayant l'expérience de l'accouchement, elles peuvent se passer des services de la maternité.

Une étude sur les déterminants de la sous-utilisation des services de santé pendant l'accouchement au Burundi indique que l'utilisation des soins prénataux et des soins à l'accouchement diminue avec la parité²⁵

Cette constatation a été faite également dans une étude mixte rétrospective et transversale qualitative sur un échantillon de 1,000 femmes ayant eu au moins une visite de CPN en République de Guinée. Cette étude révèle qu'en Guinée, ce sont les grandes multipares qui accouchent le plus à domicile²⁶.

➤ *Indice de bien-être économique*

Une enquête communautaire réalisée au Bangladesh sur les facteurs socioéconomiques clés, les iniquités dans le recours aux services d'assistance à l'accouchement, à une césarienne pour l'accouchement et aux services de soins postnatals sur un échantillon de 2164 accouchements indique que les écarts entre riches et pauvres pour le recours aux services de soins maternels restaient importants : odds ratio ajusté (OR)=2,51 (intervalle de confiance à 95%, IC=1,68-3,76)²⁷.

L'étude menée au Kenya par John Kitui²⁸ et al montre que les femmes des ménages les plus riches et celles ayant une couverture d'assurance étaient plus susceptibles d'accoucher dans un établissement de santé.

Les résultats d'une étude rétrospective (2005-2010) menée au Sénégal auprès d'un échantillon de 11,479 femmes indiquent que la probabilité d'accouchement à domicile était inversement associée et de façon significative au niveau d'instruction ou de bien-être économique²⁹.

➤ *Facteurs économiques*

La revue de la littérature a mis en évidence que les facteurs économiques influençaient l'accouchement en milieu institutionnel. Les résultats d'une enquête menée auprès d'un échantillon de 421 femmes des quartiers précaires de Yamoussokro et Mami-Fatai dans la commune de Yopounga indiquent que le coût des soins a été signalé par les femmes comme facteur influençant le choix du lieu d'accouchement. Plus de la moitié des femmes qui ont donné leur avis sur la question ont trouvé le coût de l'accouchement trop élevé, sans compter le racket qui y a contribué pour beaucoup. Le test de Chi² indiquait qu'il y avait un lien entre le type de revenu du conjoint et le lieu de l'accouchement: Chi² =9,64 p=0,001. Le faible niveau de vie limite l'accès des femmes au centre de santé.³⁰

²⁵ Nkurunziza. *Accouchement en structures de soins au Burundi: vers la compréhension d'un paradoxe sanitaire*. Centre de recherche en démographie et société. URL : <http://iussp2009.princeton.edu/papers/90140>.

²⁶ Diallo F.B. et al. *Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée*. Médecine d'Afrique Noire, 1999,46 (1)

²⁷ I. Anwar, M Sami, N Akhtar, ME Chowdhury, U Salma, M Rahman, M Koblinsky. *Iniquité dans les services de soins maternels : données émanant des programmes d'assistance à domicile des naissances par du personnel qualifié au Bangladesh*. Bulletin de l'DMS, Volume 86, avril 2008, 241-320.

²⁸ John Kitui et al. *Factors influencing place of delivery for women in Kenya: an analysis of the Kenya demographic and health survey, 2008 - 2009*. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:40.

²⁹ Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. Vol. 61 - No S4 - 316 - *Inégalités socioéconomiques et accouchement à domicile au Sénégal* - EM consult.

³⁰ Bi Vroch et al. *Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire)* Santé Publique 5/2009 (volume 21), p499-506.

Dans l'étude de l'OPS/DMS ICIESA-2007³¹, il est montré que 78 % des femmes qui n'ont aucun revenu accouchent à domicile, mettant en évidence une relation entre le choix du lieu de l'accouchement et la situation de la femme par rapport à l'emploi. Dans cette étude, « la limitation financière » est la cause la plus invoquée pour justifier le choix des femmes d'accoucher chez elle, soit 65% des femmes interviewées.

➤ *Facteurs d'ordre psychosocial*

Une enquête menée auprès des ménages sur un échantillon de 421 femmes des quartiers précaires de Yamoussoukro et Mamie-Fatai dans la commune de Yopounga en Côte d'Ivoire, révèle qu'il y avait deux fois plus de risque de voir un accouchement se dérouler à domicile quand l'accueil est mauvais à la maternité (longues files d'attente dans les structures sanitaires ivoiriennes dues non seulement à l'insuffisance du personnel de santé, mais aussi au retard qu'accusent les agents de santé quant aux heures d'ouverture). Et trois fois plus de risque d'accoucher à domicile quand la femme est convaincue qu'on ne prendra pas soins d'elle à la maternité. La qualité de la prise en charge, l'utilisation abusive de certaines pratiques médicales telles que l'épisiotomie, l'absence d'assistance psychologique ainsi que la prescription intempestive de section césarienne ont été également identifiées parmi les facteurs déterminants de l'accouchement en milieu institutionnel.³²

L'enquête³³ dans le département du Sud d'Haïti révèle une réticence des femmes à utiliser les services de l'institution pour l'accouchement par crainte de certains gestes des prestataires de soins tels que l'épisiotomie (56.4%), le toucher vaginal (33.7%) et la section césarienne (25%). La mauvaise perception de ces procédures par les femmes de ce département, notamment de l'épisiotomie limite l'accouchement en milieu institutionnel.

Ce facteur a été également mis en évidence au Malawi dans une étude descriptive qualitative à travers des entrevues semi-structurées sur la perception des soins avant l'accouchement. Les participantes à l'enquête percevaient comme étant de mauvais soins, ceux donnés par les prestataires qui criaient en fournissant les services. Elles pensent que les prestataires doivent être amicaux pour fournir les soins et ne pas être grossiers.

➤ *Facteurs socioculturels*

La revue de la littérature a permis d'identifier les facteurs socioculturels comme déterminant de l'accouchement en milieu institutionnel à travers une enquête qualitative par entretiens semi-directifs individuels réalisée dans le sud de l'Algérie par Yves Coppieters et al³⁴. Les résultats de cette enquête indiquent que la décision de recours aux soins ne se construit pas toujours de façon autonome par la femme. Dans certains cas, l'influence de l'entourage familial peut être déterminante dans le choix d'une structure de soins donnée. La mère ou la belle-mère font souvent valoir leur savoir, leur expérience pour imposer leur décision de recours aux soins, même si elles ne résident pas avec leur fille ou leur belle-fille.

³¹ Etude sur les déterminants du choix des femmes habitant le Département du Sud sur la motivation à accoucher chez elles ou dans les institutions de santé. OPS/DMS ICIESA-2007.

³² Bi Vroch et al. « *Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopounga (Abidjan), Côte d'Ivoire*. Santé Publique 5/2009 (vol 21), p 499-506.

³³ Etudes sur les déterminants du choix des femmes habitants le Département du Sud sur la motivation à accoucher chez elles ou dans les institutions de santé. OPS/DMS ICIESA-2007

³⁴ Yves Coppieters et al. Analyse des *facteurs de la mortalité maternelle dans le sud algérien*. Santé Publique 5/2011 (Vol. 23) p. 413-426. URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-5-page-413.htm.

Une étude transversale a été réalisée par Achille LANZY, M. Julien MBAMBI au Congo, sur un échantillon de 1458 personnes choisies parmi la population d'autochtones de la République du Congo sur l'ampleur de l'inaccessibilité et la non utilisation des services de santé de la reproduction et ses conséquences. Les résultats de cette étude indiquent que les soins dispensés par les guérisseurs traditionnels sont aussi jugés satisfaisants par une proportion de 43,3% d'autochtones ayant répondu. Les raisons invoquées ont divers aspects : l'efficacité des traitements traditionnels comme seul recours thérapeutique en forêt, l'éloignement de l'hôpital, le coût moins élevé des traitements traditionnels et la coutume³⁵.

Le facteur socioculturel a été également mis en évidence dans une étude mixte, rétrospective réalisée en Guinée³⁶ pour la collecte des données générales et dans une étude transversale qualitative sur un échantillon de 1000 femmes ayant fait au moins une CPN et les chefs de familles. Les coutumes et les traditions ont été invoquées en 3^{ème} ou 4^{ème} rang dans la décision d'accoucher à domicile, soit par la mère ou le chef de famille.

4.2 Résultats de l'analyse statistique

En compilant les données des deux dernières EMMUS (IV et V), on a obtenu un total de 25.044 répondantes parmi lesquelles 9.225 avaient accouché avant le début de la dernière enquête.

4.2.1 Analyse uni variée

Pour cet échantillon, on remarque (cf. tableau # 2) que la moyenne d'âge à la première naissance est de 20.6 (intervalle de confiance à 95% 20.54 – 20.81) années; et celles des premières relations sexuelles de 23.5 (intervalle de confiance à 95% 22.56 – 24.36) années.

Tableau # 2 : Intervalles de confiance à 95% autour de la moyenne des variables quantitatives clés					
Variables	N	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
Nombre total d'enfants jamais nés	9225	3.257695	0.045475	3.1684256	3.3469648
Age de la mère à la première naissance	9225	20.680254	0.070507	20.5418458	20.8186614
Age aux premières relations sexuelles	9225	23.459864	0.459287	22.5582619	24.3614657

4.2.2 Analyse bi variée

Tous les facteurs considérés pris un à un, présentés dans le tableau ci-dessous, influencent l'accouchement dans un milieu institutionnel.

³⁵ Dr Achille LANZY, M. Julien MBAMBI. *Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction par les peuples autochtones en République du Congo*, UNFPA, Brazzaville Février 2013.

³⁶ Diallo F.B et al. *Problèmes médicaux et socio culturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales (CPN) et d'accouchements assistés dans les 4 régions naturelles de la Guinée*. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (1).

Tableau # 3 : Evaluation de l'association entre l'accouchement dans un milieu institutionnel et des facteurs potentiellement clés

Variabes	Total Participants (N = 9225)	Accouchement en Milieu Institutionnel (N = 2730)	P-value
Zone Urbaine	3396 (36.8%)	1706 (62.5%)	<.0001
Groupe d'âge	6070 (65.8%)	1958 (71.7%)	<.0001
Antécédents de visites prénatales : 4+	5568 (60.6%)	2239 (82.7%)	<.0001
Indice de bien-être économique: Le plus élevé	1136 (12.3%)	821 (30.1%)	<.0001
Niveau d'éducation : Secondaire	2528 (27.4%)	1393 (51.0%)	<.0001
Département de résidence : Ouest	1975 (21.4%)	862 (31.6%)	<.0001

4.2.3 Analyse multi variée

Le tableau en *Annexe* /présente les résultats de l'analyse multi variée obtenus à partir d'une régression logistique dichotomique modélisant la probabilité d'accoucher dans un milieu institutionnel. Après épuration des données, un total de 9,166 répondantes a été retenu pour les suites de l'analyse. L'estimation de la variance a été ajustée utilisant le degré de liberté des variables considérées.

Analyse de l'apport marginal des variables considérées

Hormis la religion (p-value 0.0804) et l'âge aux premières relations sexuelles (p-value 0.0759), chacune des variables introduites dans le modèle, prise individuellement, fournit un apport significatif à l'explication du choix du milieu institutionnel pour l'accouchement.

Analyse de l'apport simultané des variables considérées

Nous analysons l'apport simultané, toute chose étant égale ailleurs, des variables introduites dans cette étude.

➤ Antécédents de visites prénatales

Une femme ayant effectué de 1 à 3 visites prénatales lors d'une grossesse a une cote 2,5 fois plus élevée pour accoucher en milieu institutionnel (intervalle de confiance à 95% :1.79 – 3.56) comparativement à celle n'ayant jamais eu d'antécédents de visites prénatales, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Et à mesure que le nombre de visites prénatales augmente, la cote d'une femme de choisir un milieu institutionnel pour accoucher, augmente de 5 fois (intervalle de confiance à 95 % :3.62 – 6.83), en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

On dispose de suffisamment d'évidence statistique pour suggérer que les antécédents de visites prénatales influencent le choix d'accoucher en milieu institutionnel.

➤ Milieu de résidence (zone de résidence)

L'analyse statistique indique que la cote d'une femme résidant dans une zone urbaine d'accoucher dans un milieu institutionnel augmente de 26% (intervalle de confiance à 95% de l'OR: 1.002 – 1.579), comparativement à celle résidant dans une zone rurale, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

On dispose de suffisamment d'évidence pour suggérer que la zone de résidence influence le choix d'accoucher en milieu institutionnel.

➤ *Département ou Aire de résidence*

L'analyse statistique révèle qu'une femme résidant dans le département du Nord-Ouest voit sa cote d'accoucher dans un milieu institutionnel diminuer à 59% (intervalle de confiance à 95% : 0.364 – 0.943) comparé à une femme résidant dans l'Aire Métropolitaine de Port- au-Prince en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Une femme résidant dans le département du Nord-Est voit sa cote d'accoucher dans un milieu institutionnel diminuer à 58% (intervalle de confiance à 95% : 0.336 – 0.984) comparativement à celle résidant dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Une femme résidant dans le département des Nippes voit sa cote d'accoucher dans un milieu institutionnel diminuer à 54% (intervalle de confiance à 95% : 0.298 – 0.738), comparativement à celle résidant dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Une femme résidant dans le département de l'Artibonite voit sa cote d'accoucher dans un milieu institutionnel diminuer à 56% (intervalle de confiance à 95% : 0.343 – 0.908) comparativement à celle résidant dans l'Aire Métropolitaine de Port- au- Prince en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Une femme résidant dans le reste du département de l'Ouest voit sa cote d'accoucher dans un milieu institutionnel diminuer à 55% (intervalle de confiance à 95% : 0.360 – 0.845), comparativement à celle résidant dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Une femme résidant dans le département du Sud-Est voit sa cote d'accoucher dans un milieu institutionnel diminuer à 48% (intervalle de confiance à 95% : 0.288 – 0.793), comparativement à celle résidant dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Une femme résidant dans le département du Nord voit sa cote d'accoucher dans un milieu institutionnel diminuer à 47% (intervalle de confiance à 95% : 0.298 – 0.738), comparativement à celle résidant dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Une femme résidant dans le département de la Grande-Anse voit sa cote d'accoucher dans un milieu institutionnel diminuer à 47% (intervalle de confiance à 95% : 0.278 – 0.781) comparativement à celle résidant dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

On dispose de suffisamment d'évidence pour suggérer que la zone de résidence influence le choix d'accoucher en milieu institutionnel.

➤ *Rang de naissance*

Les résultats de l'analyse statistique indiquent qu'une femme accouchant de son premier enfant, (intervalle de confiance à 95% : 3.025 – 17.084) a une cote 7.2 fois plus élevée pour accoucher dans un milieu institutionnel, comparativement à celle accouchant de son sixième enfant ou plus, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Le rang de naissance influence inversement la cote d'une femme d'accoucher dans un milieu institutionnel. En effet, plus le nombre d'enfants augmente, moins élevée devient la cote d'accoucher en milieu institutionnel, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle passant de 7.2 pour le rang 1 à 1.9 pour le rang 5.

On dispose de suffisamment d'évidence pour suggérer que le rang de naissance influence le choix d'accoucher en milieu institutionnel.

➤ ***Indice de bien-être économique***

L'analyse statistique des données relatives à l'indice de bien-être économique révèle que la cote d'une femme ayant l'indice de bien-être économique le plus élevé d'accoucher dans un milieu institutionnel est 9.6 fois (intervalle de confiance à 95% : 6.716 – 13.581) supérieur à celle ayant l'indice le plus bas, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

A noter cependant que la diminution de la cote n'est pas proportionnelle à la diminution de l'indice de bien-être économique.

On dispose de suffisamment d'évidence pour suggérer que le rang social, exprimé par l'indice de bien-être économique, influence le choix d'accoucher en milieu institutionnel mais pas de façon proportionnelle.

➤ ***Niveau d'éducation***

Les résultats de l'analyse statistique montrent que la cote d'une femme ayant fait des études primaires pour accoucher dans un milieu institutionnel, augmente à 1.37 (intervalle de confiance à 95% : 1.094 – 1.718), comparativement à celle d'une femme analphabète, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

La cote d'une femme ayant fait des études secondaires d'accoucher dans un milieu institutionnel augmente à 2.40 (intervalle de confiance à 95% : 1.876 – 3.066), comparativement à celle d'une femme analphabète, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

La cote d'une femme ayant fait des études supérieures d'accoucher dans un milieu institutionnel augmente à 12.52 (intervalle de confiance à 95% : 6.43 – 24.38), comparativement à celle d'une femme analphabète, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Le niveau d'éducation influence positivement la cote d'une femme d'accoucher dans un milieu institutionnel. On remarque qu'un niveau d'éducation plus élevé augmente proportionnellement la cote d'accoucher en milieu institutionnel, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

On dispose de suffisamment d'évidence pour suggérer que le niveau d'éducation influence le choix d'accoucher en milieu institutionnel.

➤ ***Age de la mère à la naissance***

L'analyse statistique des données se rapportant à ce facteur souligne qu'une augmentation d'une année dans l'âge de la mère à la naissance, entraîne une augmentation de 2,9% (intervalle de confiance à 95% : 1.006 – 1.053), dans la cote d'accoucher dans un milieu institutionnel, en contrôlant tous les facteurs pris en compte dans le modèle.

Même si ce facteur intervient moins comparativement aux autres, on dispose d'une certaine évidence pour suggérer que l'âge d'une femme à la naissance de son bébé influence le choix d'accoucher en milieu institutionnel.

Utilisons maintenant les résultats de cette étude dans le cadre d'une simulation. Pour ceci, supposons que deux femmes enceintes ayant les profils suivants :

Caractéristiques	Femme 1	Femme 2
Age	38	38
Age aux premières relations sexuelles	19	19
Age à la première naissance	20	20
Nombre de visites prénatales	0	4
Zone de résidence	Rurale	Urbaine
Département de résidence	Nord-ouest	Nord-ouest
Nombre de grossesse à terme avant cette dernière	4	4
Nombre de naissances vivantes	6	6
Niveau d'éducation	Analphabète	Niveau supérieur
Indice de bien-être économique:	Couche la plus défavorisée	Couche la plus aisée
Religion	Protestante	Protestante

Il existe quatre points différenciant les deux femmes :

- La première n'a jamais effectué de visites prénatales, tandis que la seconde en a effectué 4;
- La première réside dans une zone rurale, tandis que l'autre vit dans une zone urbaine;
- La première est analphabète, tandis que la seconde a fréquenté l'Université;
- La première provient de la couche la plus défavorisée, tandis que l'autre d'une couche aisée de la population;

En utilisant le modèle, la probabilité que la première femme (comparativement à la seconde) d'accoucher dans un milieu institutionnel est de **2.3%** comparativement à **94.7%**.

4.3 Résultats de l'analyse qualitative

L'analyse qualitative a porté sur les obstacles d'ordre général identifiés pour l'accouchement en milieu institutionnel et a cherché à comprendre le «rationale» de certains facteurs sociodémographiques retrouvés dans le profil des parturientes accouchant à la maison.

4.3.1 Résultats d'ordre général

Pour ce qui concerne les femmes enceintes et leur entourage, les obstacles identifiés, pour l'accouchement en milieu institutionnel, dans les ateliers et les rencontres avec les informateurs clés, sont d'ordre économique, socioculturel, psychologique et économique.

➤ *Sur le plan économique*

- La femme doit trouver de l'argent pour se rendre à l'hôpital, parce que les centres hospitaliers sont éloignés de la communauté. Le faible revenu des femmes et/ ou de leurs conjoints/familles ne leur permet pas de couvrir les frais de

transports publics et les soins fournis dans les services de Maternité. L'accouchement à la maison ne coûte pas autant. On n'a pas besoin de beaucoup d'argent pour faire appel à la matrone. Elle accepte même de faire des accouchements à crédit;

- La femme doit préparer sa valise d'accouchement- si l'accouchement doit avoir lieu dans une institution de santé. La valise doit contenir des layettes neuves pour le bébé, des vêtements, de belles serviettes, des articles de toilette en rapport avec le nombre de jours qu'elle va passer à l'hôpital. La famille doit apporter de la nourriture, pas n'importe quelle nourriture.

➤ ***Sur le plan socioculturel***

- Dans la famille haïtienne, la naissance d'un enfant est considérée comme une bénédiction et il est important de l'accompagner de rites religieux pour la protection de la mère et du nouveau-né. L'accouchement à la maison favorise la réalisation de ces rites et l'observance de certains traitements traditionnels. Certaines pratiques, sous le contrôle des grands-parents sont incontournables. Parmi ces dernières, on peut citer : les bains de feuilles, les bains de vapeur, la tisane avant l'accouchement, les prières de délivrance, l'appel aux anges gardiens des enfants ;
- Concernant ces pratiques, les informateurs clés ont souligné que les tabous et les traditions font partie de la vie des familles ; c'est une connaissance qui se transmet de génération en génération. Elles deviennent des habitudes ancrées dans la vie de chaque femme. Au moment de l'accouchement, si ces rituels et ces pratiques ne sont pas réalisés, la femme et son enfant sont considérés comme manquant de quelque chose. Donc, il est normal que les familles, en particulier les femmes, soient réfractaires à certaines pratiques en cours dans le milieu hospitalier qui ne coïncident pas avec leurs croyances et coutumes. Il ne sera pas facile de briser ces traditions liées à l'accouchement, elles sont vieilles de plusieurs générations ; Les raisons de préférence des matrones vs personnel médical et ou paramédical sont nombreuses et présentées en détail en Annexe 2a.

➤ ***Sur le plan psychologique***

Les femmes ressentent une sensation de bien-être au sein de leur entourage immédiat du fait qu'elles sont traitées avec beaucoup d'égards et on compatit à leurs souffrances, alors que dans les institutions de santé, ce serait le contraire. Les femmes perçoivent de manière traumatisante les procédures médicales et l'environnement des salles d'accouchement en milieu institutionnel. Elles estiment que leur intimité n'est pas respectée et elles ont toutes sortes de peurs. Les femmes sont plus à l'aise avec les matrones et se sentent plus confortables chez elles; la compagnie de la matrone leur semble plus familière, elles peuvent partager sans crainte leur inquiétude.

➤ ***Sur le plan de l'organisation des services***

Les remarques suivantes ont été exprimées au cours des ateliers de discussion sur l'organisation des services d'accouchement:

- Manque d'espace dans la maternité, pas assez de lits disponibles;
- Accueil insatisfaisant;
- Manque de personnel disponible à la réception pour recevoir les femmes enceintes, et des fois, elles n'arrivent même pas à trouver un médecin pour la consultation;
- Manque d'attention, manque d'assistance pour la femme qui accouche, de ce fait la femme enceinte se sent délaissée;
- Transfert sur la femme venue accoucher et sur les gens qui l'accompagnent des frustrations du personnel;
- Les prestataires tiennent trop compte de l'apparence des femmes enceintes et des gens qui les accompagnent et lancent parfois à leur égard des propos déplacés;

De même des propos « méchants » sont parfois lancés à l'endroit des femmes qui ne viennent pas avec tous les examens médicaux demandés en particulier pour le test de dépistage du VIH (Mwen pap mete men mwen nan san sida pou moun).

4.3.2 Résultats d'ordre spécifique

En relation avec les facteurs sociodémographiques retrouvés dans le profil des parturientes accouchant à la maison, certaines raisons ont été avancées pour les documenter :

➤ **Visites prénatales**

Les visites prénatales préparent les femmes, elles sont renseignées sur leur grossesse. Les femmes qui bénéficient de ces visites sont sensibilisées sur la maternité sans risque et les dangers liés à l'accouchement à domicile. Un lien étroit se développe entre le personnel soignant et la femme. Les visites prénatales offrent l'opportunité d'éduquer la femme sur ce qu'elle doit faire pour sa sécurité, le bien-être de son enfant et les avantages de l'accouchement en milieu hospitalier. Un lien de confiance se crée entre le personnel et la femme enceinte.

➤ **Age**

- Les jeunes filles de 14-17 ans sont stigmatisées par le personnel médical lors des visites prénatales ou de l'accouchement. On leur reproche leur imprudence, ce qui ne les encourage pas, elles-mêmes ou leurs paires à venir accoucher dans une institution ;
- Elles ne vont pas accoucher à l'hôpital pour éviter de se faire critiquer par les pairs ou parce que leurs parents ne leur donnent pas les moyens pour aller à l'hôpital.

➤ **Parité**

- Plus les femmes ont des enfants, plus elles ont tendance à accoucher à la maison. En effet la famille pense que s'il y a un problème de fétiche, la matrone peut facilement le contrôler. De plus les répondantes pensent qu'après le premier enfant, le tissu vaginal est déjà dilaté et les accouchements de ce fait se font facilement.

➤ **Niveau instruction**

- Au cours des ateliers, les participantes ont souligné que les femmes qui ont un niveau d'instruction plus élevé ont plus tendance à accoucher à l'hôpital, parce qu'elles sont mieux informées, étant capables de lire les informations sur la santé de la reproduction et plus susceptibles de comprendre les risques de l'accouchement à domicile ;
- Au cours des interviews en profondeur, à la question de savoir pourquoi les femmes qui ont un niveau d'instruction élevé ont tendance à accoucher en milieu hospitalier plus que celles qui ont un niveau moins élevé, les informateurs clés ont fourni les arguments suivants :
 - Quand le niveau d'éducation dépasse le cycle du primaire, les femmes sont plus aptes à recevoir les informations et à les accepter dans une certaine mesure malgré la persistance de certaines coutumes dans le milieu. Les femmes éduquées comprennent mieux les risques encourus et cherchent à savoir comment les prévenir ;
 - Le niveau d'éducation change la perception et la prise de décision. La femme éduquée est sensibilisée et connaît les signes de danger liés à l'accouchement à domicile. Plus la femme est instruite, plus elle ne prendra pas le risque d'accoucher à la maison, plus elle cherchera des informations et acceptera les changements.

➤ **Milieu de résidence**

Les femmes en milieu rural accouchent en majorité à la maison, à cause du manque de services dans la communauté et du fait que les moyens de transport sont rares et surtout très chers, alors que les matrones sont disponibles. De plus, les matrones ont parfois des liens avec la famille.

5. DISCUSSIONS

En ce qui concerne l'objectif fixé, à savoir déterminer les facteurs prédictifs du lieu de l'accouchement et identifier les stratégies qui pourraient porter les femmes à accoucher dans une institution sanitaire, il apparaît à la lecture de la revue de la littérature, des trouvailles de l'analyse statistique et de l'analyse qualitative que l'objectif fixé a été atteint.

En ce qui concerne la méthodologie, on peut se poser les questions suivantes :

Qu'en est-il de la validité et de la capacité prédictive du modèle retenu pour l'analyse quantitative statistique?

A partir des résultats du test de ratio de vraisemblance, on dispose d'assez d'évidence statistique (p -value < 0.0001) suggérant que le modèle convient au phénomène étudié. De plus, les statistiques de *Sommer's D* et *Gamma* étant toutes les deux supérieures à 0.05, le modèle sied aux données utilisées.

Quoique les données recueillies proviennent d'une étude observationnelle, on remarque que l'aire sous la courbe (AUC) est très élevée: 84.1%. Cela traduit la forte capacité prédictive du modèle utilisé.

Qu'en est-il de la validité des informations recueillies lors de l'analyse qualitative?

Les informations représentent l'opinion d'un nombre limité de quelques groupes de personnes. Les contraintes budgétaires n'ont pas permis de couvrir un plus grand nombre de personnes et de départements, ce qui limite la représentativité. Cependant, même quand le nombre de groupes de personnes était restreint, il est à remarquer que les informations abondaient dans le même sens d'une commune à l'autre. Également, les informations obtenues auprès des informateurs clés ne présentaient pas de grandes différences.

Il n'est pas nécessaire d'interroger beaucoup d'individus pour comprendre un phénomène social.

La limitation de l'étude qualitative ne se situe pas dans le nombre de personnes interrogées, mais plutôt dans la manière de les interroger et d'analyser leurs propos, du savoir-faire des enquêteurs. Ceux-ci étaient chevronnés, ce qui conforte dans l'idée que les ateliers avaient été bien menés.

Il faut reconnaître que l'étude qualitative apporte une vision plus proche des représentations sociales, elle permet de comprendre comment se sont construites les perceptions.

Elle permet également de définir la réalité des pratiques et les besoins particuliers des individus.

Discussion des Résultats

Les résultats de l'étude en profondeur suggèrent que divers facteurs conditionnent le choix des femmes en ce qui concerne le lieu d'accouchement. Chaque facteur à lui seul pourrait en principe constituer une raison suffisante pour expliquer le choix du lieu d'accouchement. Cependant, dans la réalité les différents facteurs s'intriquent contribuant à influencer dans un sens ou dans l'autre le choix de la femme d'accoucher ou non en milieu institutionnel.

Des facteurs prédictifs du lieu d'accouchement ont été clairement déterminés à savoir: les visites prénatales, le rang de naissance, le milieu de résidence, le niveau d'éducation, le niveau économique, l'âge à la première naissance, les perceptions de l'offre de service institutionnels.

Le nombre visites prénatales influence le choix des femmes à accoucher en milieu institutionnel. En effet, plus le nombre de visites prénatales effectuées durant une grossesse augmente, plus la cote d'accoucher dans un milieu institutionnel augmente. L'étude de Diallo F.B et al indique aussi qu'il y a un lien entre le taux de visites prénatales et le nombre d'accouchements assistés. De plus, d'après les résultats de notre étude, les femmes perçoivent les visites prénatales comme un moyen d'être sensibilisées sur la maternité sans risque et les dangers liés à l'accouchement. Cependant, il est important de noter qu'en plus du nombre de CPN, il faut aussi porter une attention sur la manière de faire, autrement dit sur la pratique des CPN. En effet, l'étude de A. Fayal et al³⁷ montre qu'une CPN tardive ou de mauvaise qualité est associée à l'accouchement à domicile. La qualité des CPN, la manière dont est sensibilisée la femme enceinte lors de ses visites prénatales ou lors des visites domiciliaires aura donc un impact sur son choix du lieu d'accouchement.

La parité des femmes est un autre facteur à prendre en considération lorsqu'il s'agit de donner naissance. Plus grande est la parité, plus grande est la tendance à accoucher à domicile. Autrement dit, plus le nombre d'enfants augmente, moins élevée devient la cote d'accoucher en milieu institutionnel. Ce que corrobore l'étude de Nkurunziza qui montre que l'utilisation des soins prénataux et des soins à l'accouchement en institution diminue avec la parité³⁸, de même que l'enquête menée par Bi Vroch et al³⁹ qui fait ressortir qu'il y a deux fois plus de risque pour une femme qui est à son deuxième enfant d'accoucher à domicile. Ces trouvailles correspondent à la pratique de nos mères relatée dans les interviews dans la mesure où elles pensent qu'après le premier enfant, le tissu vaginal est déjà dilaté et que les accouchements subséquents se feront plus facilement. De plus en donnant naissance à la maison, la mère est assurée de l'effet protecteur de la matrone pour son enfant et pour elle, au cas où un mauvais sort leur serait jeté. L'habitude d'accoucher (mettre au monde un enfant au moins une fois dans sa vie), diminue la peur chez une parturiente de l'aboutissement de son accouchement. Elle a alors moins peur des risques. Par conséquent, décider d'accoucher à domicile fait partie des risques « naturels » qu'une femme enceinte expérimentée se permet de prendre. Il est important de mentionner que la survenue du 1^{er} enfant dans la famille a une importance capitale surtout si l'âge de la mère est avancé, aussi la naissance de ce dernier sera entouré de mesures particulières à savoir s'organiser pour que la naissance le fasse en milieu institutionnel, sous surveillance médicale. Effectivement les ateliers ont fait ressortir que « la minorité de femmes du milieu urbain qui accouchent à l'hôpital, le font surtout pour le premier enfant ». Toutefois l'expérience positive ou négative des femmes qui accouchent dans les structures publiques déterminera le choix d'y retourner ou de ne pas y retourner pour les prochaines grossesses. En milieu rural, d'après les entrevues en profondeur, les femmes qui choisissent d'accoucher à domicile le font indépendamment du rang de naissance.

La zone de résidence, le milieu où évolue la femme enceinte entre en ligne de compte dans la prise de décision sur le lieu d'accouchement. Il est évident que le fait de résider dans une zone urbaine influence le choix d'accoucher dans un milieu institutionnel. Ceci peut être expliqué par un plus grand accès aux services obstétricaux dans ce milieu, comparativement à un accès moindre dans une zone rurale. En milieu rural, les femmes accouchent en majorité à la maison. Dans notre enquête à Vallée, zone rurale, la grande majorité des femmes rencontrées ont accouché à domicile pour les raisons suivantes: manque de services disponibles dans la communauté, faute de moyens de transport et coût élevé du transport ou encore comme marque de confiance pour leur matrone avec qui, elle a parfois des liens. L'étude de B. Vroch et al indique aussi que l'éloignement de la zone de résidence est un frein à l'utilisation

³⁷ A. Fayal et al. *Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal)*. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol.58, 2010/10, pages 323- 329.

³⁸ Nkurunziza. *Accouchements structures de soins au Burundi: vers la compréhension d'un paradoxe sanitaire*. Centre de recherche en démographie et société. URL : <http://iussp2009.princeton.edu/papers/90140>.

³⁹ Bi Vroch et al. *Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune Yopougan (Abidjan, Côte d'Ivoire)* Santé Publique 5/2009 (volume 21), p499-506.

des services d'accouchement en milieu institutionnel, ce qui va dans le sens des résultats de l'enquête de l'OPS/DMS ICIESA⁴⁰ en 2007 en Haïti.

Certes, les routes accidentées, l'éloignement de la zone de résidence par rapport à la structure de santé, le nombre insuffisant d'institutions, le manque d'informations peuvent limiter l'utilisation des services de maternité. Cependant, d'autres facteurs concomitants peuvent favoriser la naissance à domicile, soit le déclenchement nocturne des contractions, la brièveté de l'accouchement, mais aussi les raisons d'ordre culturel qui jouent un rôle important. Bon nombre de femmes en Haïti, s'identifient au lieu de leur provenance natale, motif pour lequel elles laissent le milieu urbain pour aller donner naissance en milieu rural. Elles veulent respecter la tradition familiale et les rites culturels, d'autant plus que l'entourage familial crée une situation de confiance et de bien-être.

Le niveau d'éducation des femmes pèse sur leur décision du choix du lieu d'accouchement. En effet, l'analyse des résultats statistiques nous permet d'avancer qu'un niveau d'éducation plus élevé augmente proportionnellement la cote d'accoucher en milieu institutionnel. La femme instruite a une plus grande capacité d'appréhender les dangers liés à l'accouchement. Aussi, Bi Vroch et al⁴¹ dans leur étude a montré que parmi les femmes qui ont accouché à domicile, plus de la moitié étaient analphabètes ou de niveau primaire. Le faible niveau d'instruction des femmes rendait donc difficile la compréhension que le dépistage de certaines anomalies passait par des examens para cliniques. De plus, lors des discussions et des entrevues, les participants ont souligné le rôle de l'éducation mais surtout le niveau d'éducation, dans la compréhension de tout ce qui entoure la grossesse et l'accouchement : gestes et comportements des prestataires, instructions reçues des prestataires. Et dans ce sens, Rafatou Houndekon et Gora Mboup⁴², dans leur étude, ont montré que plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, moins elle accouche à domicile. Le degré de compréhension de la femme sur les dangers liés à l'accouchement à domicile, est lié à son niveau d'éducation. La femme instruite est informée sur la santé de la reproduction et connaît les risques de l'accouchement à domicile. Plus la femme est éduquée plus grandes seront les chances qu'elle accouche en milieu institutionnel. Ces résultats concordent avec ceux trouvés dans l'EMMUS IV (2005-2006). Cependant, un autre aspect fort intéressant est ressorti des entrevues. Bien que le niveau d'instruction dans le choix du lieu de l'accouchement joue un rôle, le poids des coutumes intervient aussi, ce qui explique qu'une femme avec plusieurs années d'études peut décider d'accoucher à domicile. Rappelons que les comportements adoptés dans la société haïtienne par bon nombre d'individus et de mères en particulier sont loin d'être basés sur l'évidence scientifique mais plutôt sur des croyances. Celles-ci entretiennent toute une série de mythes qui alimentent les rites de l'accouchement tels que décrits par Oibrillant DAMUS dans son livre « *Les rites de naissance en Haït* »

Le niveau économique de la femme enceinte est un facteur conditionnant la décision du lieu d'accouchement. Plusieurs assertions vont dans ce sens ; par exemple, l'enquête communautaire au Bangladesh de I. Anwar et al indique que les écarts entre riches et pauvres pour le recours aux services de soins maternels étaient importants. Le revenu est une barrière à l'accès aux soins pour la prise en charge de la femme enceinte. L'étude de l'OPS/DMS ICIESA-2007⁴³, indique que « la limitation financière » est la cause la plus invoquée pour justifier le choix des femmes qui décident d'accoucher à domicile. La femme accouchant en milieu institutionnel doit prévoir les frais de transport, les dépenses pour la préparation de la valise d'accouchement, les frais de consommation pour elle-même et l'accompagnateur (trice). De ce fait, le coût d'accouchement à la maison est moins élevé dans la mesure où ces dépenses ne

⁴⁰ Etudes sur les déterminants du choix des femmes habitant le Département du Sud sur la motivation à accoucher chez elles ou dans les institutions de santé. OPS/DMS ICIESA-2007.

⁴¹ Bi Vroch et al. *Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune Yopougon* (Abidjan, Côte d'Ivoire" Sante Publique 5/2009 (volume 21), p499-506.

⁴² Rafatou Houndekon et Gora Mboup. *Santé de la mère et de l'enfant*. URL: <http://measuredhs.com/pubs/pdf/FR133/09Chapitre 9.pdf>.

⁴³ Etudes sur les déterminants du choix des femmes habitants le Département du Sud sur la motivation à accoucher chez elles ou dans les institutions de santé. OPS/DMS ICIESA-2007

sont pas nécessaires ou moindres et qu'elles peuvent bénéficier d'un crédit pour les services de la matrone. Ce fait est confirmé par l'étude de John Kitui⁴⁴ et al qui a montré que les femmes avec une couverture d'assurance et celle des ménages les plus riches avaient une plus grande probabilité d'accoucher dans un établissement de santé. Donc, le faible niveau de vie est un frein à l'accessibilité des soins pour ces femmes. Le pouvoir d'achat est donc un obstacle majeur à l'utilisation des services en santé, d'autant plus qu'en Haïti, le mode de paiement direct est le plus répandu dans les points de prestation de service. Le choix d'accoucher à domicile se fera de manière préférentielle, surtout lorsqu'on sait que le revenu journalier du peuple haïtien est de 2 US par jour pour la très grande majorité de la population. En référence à l'analyse statistique, il a été montré qu'une femme avec un indice de bien-être économique élevé, a une plus grande chance de choisir d'accoucher dans un milieu institutionnel.

La maturité de la mère au moment de l'accouchement influence son comportement : à mesure que l'âge de la mère à la naissance de son bébé augmente, plus grande devient sa chance d'accoucher dans un milieu institutionnel. On utilisera deux arguments pour supporter ce constat. D'une part, une première grossesse tardive est plus précieuse qu'une grossesse au cours de son jeune âge. D'autre part, à partir d'un certain seuil, plus une première grossesse est tardive, plus elle comporte de risque. Une grossesse catégorisée comme risquée, nécessite un suivi prénatal plus régulier. Or, comme on l'a démontré à partir des résultats présentés plus haut, les antécédents de CPN fréquentes influencent positivement le choix d'accoucher dans un milieu institutionnel.

Un mauvais accueil au point de services est un frein majeur à l'utilisation des services. Brioch et Al l'a mis en évidence dans son étude. En Haïti, c'est l'un des problèmes cruciaux au niveau des maternités, une femme enceinte en travail, en plus de sa douleur, subit souvent une pression psychologique de la part des prestataires de soins. En effet, la femme qui est en train d'accoucher est parfois injuriée, reçoit même des tapes lorsqu'elle n'est pas très coopérative. Par contre, à domicile, elle aurait vécu, une toute autre expérience dans un environnement plus affectueux et plus détendu. Ajoutons que l'image négative qu'elle perçoit parfois des services de santé en clinique prénatale peut déjà la décourager pour venir dans l'institution lors de l'accouchement qui pour elle est un événement naturel mais tellement précieux.

De plus, la césarienne est perçue comme un acte à subir, si elle doit se rendre au centre pour aller accoucher. Il y a une certaine tendance à penser que le gynécologue ne va pas permettre à la femme d'accoucher par voie basse, qu'il va profiter de la grossesse pour gagner de l'argent, en pratiquant une section césarienne sans nécessité. Cette opinion véhiculée entre les femmes enceintes favorise l'accouchement à domicile.

6. IMPLICATIONS/ RECOMMANDATIONS

Ce travail nous a permis de déterminer les facteurs qui agissent sur le choix du lieu d'accouchement des femmes haïtiennes. Augmenter la proportion de femmes accouchant dans un milieu institutionnel approprié est d'une importance capitale si on veut réduire les taux de la mortalité maternelle et de mortalité néo natale.

- ◆ Pour porter les femmes à accoucher en milieu institutionnel, il faudrait penser prendre à *long terme* certaines **mesures d'ordre général** au niveau de l'état en ce qui concerne le transport (au moins pour les femmes enceintes), le paiement de l'acte médical.
 - Des frais de transport pourraient être donnés aux femmes enceintes allant en consultation prénatale à partir de la deuxième visite et quand elles vont accoucher ou encore certains taptap/taxis pourraient avoir un contrat avec le MSPP pour assurer le transport gratuit des femmes enceintes vers les institutions sanitaires ;

⁴⁴John Kitui et al. *Factors influencing place of delivery for women in Kenya: an analysis of the Kenya demographic and health survey, 2008 - 2009*. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:40.

- Face aux problèmes économiques de la population, le paiement direct est le moyen le plus inéquitable de financer la santé. Aussi, l'assurance est-elle le moyen le plus juste pour assurer une plus grande couverture et l'équité dans le financement des soins. Un plan d'assurance national au moins pour les femmes enceintes assurerait à toutes, l'accès gratuit aux services de santé et d'accouchement en particulier ;
- ◆ Pour porter les femmes à accoucher en milieu institutionnel, il faudrait penser aussi à prendre certaines **mesures d'ordre spécifique à moyen terme** au niveau du MSPP :
 - Il serait intéressant que le MSPP élabore une campagne soutenue d'information institutionnelle et communautaire pour encourager les femmes enceintes dès le premier trimestre à faire le cycle complet des visites prénatales (au moins quatre) et pour les informer systématiquement sur les avantages de ce suivi, de l'accouchement en milieu institutionnel ainsi que sur les différentes étapes du processus d'accouchement . Les messages devraient adresser spécifiquement les obstacles et appréhensions concernant l'accouchement en milieu institutionnel soulevés les participantes à l'occasion des « focus group » réalisés lors de cette étude (voir Annexe 2). L'avis de sociologue et de psychologue devrait être recherché lors de la conception de ces messages ;
 - Il faudrait veiller à améliorer la qualité des services de CPN en s'assurant de la compétence des ressources humaines à tous les échelons, du respect des procédures et des normes définies par le Ministère et de la disponibilité effective des intrants. A cet effet, il conviendrait pour plus de détails, de revisiter le rapport sur *l'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de santé 2013* réalisé par l'IHE et qui traite de la question au chapitre 6. Une fiche signalétique avec les éléments de suivi de la qualité des services CPN devrait être remplie pour chaque institution chaque six mois par un représentant des Directions départementales sanitaires concernées et les failles détectées corrigées. Les valeurs trouvées en 2013 dans la base de données de cette évaluation pourraient servir à calculer une ligne de base;
 - Il serait également opportun d'aménager des services obstétricaux additionnels type SONUB dans les zones isolées et où l'accès géographique constitue un obstacle avec un système de référence adéquat vers les institutions de type SONUC. A cet effet, il conviendrait pour plus de détails, de revisiter le rapport sur *l'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de santé 2013* (EPSSS) réalisé par l'IHE et qui traite de la question au chapitre 7. Egalement une fiche signalétique avec les éléments de suivi de la qualité des services d'accouchement devrait être remplie pour chaque institution sanitaire concernée par qui de droit et les failles détectées corrigées. Les valeurs trouvées en 2013 dans la base de données de cette évaluation pourraient servir à calculer une ligne de base.
 - Un système de suivi pro actif des femmes enceintes comprenant les éléments suivants pourrait être mis sur place:
 - ✓ Développement d'un système de score à partir des variables prédictives de l'étude pour déterminer la probabilité du lieu d'accouchement et un seuil d'alerte ;
 - ✓ Elaboration d'un plan de suivi taillé sur mesure en fonction du score obtenu et d'autres renseignements fournis par la femme enceinte ;
 - ✓ Développement d'un système d'incitatif (à déterminer) pour porter les femmes enceintes à venir accoucher en milieu institutionnel ;
 - ✓ Etablissement du score de chaque femme enceinte dès sa première visite en CPN, enregistrement de ce score dans son dossier et mise à jour du score à chaque visite subséquente ;

- ✓ Ciblage systématique des femmes enceintes à risque se trouvant dans les zones de desserte, des agents de santé communautaires polyvalents ;
- ✓ Encadrement de ces femmes dès le début du 8^e mois de la grossesse et mise à leur disposition des incitatifs retenus ;
- ✓ Mise en place des maisons d'accueil à proximité des maternités pour faciliter le transit des femmes enceintes ;

Le développement de ce système pourraient faire l'objet d'une mini recherche opérationnelle sur une très courte période avant la mise en œuvre du système de suivi.

7. CONCLUSION

Les résultats de la revue de la littérature, de l'analyse statistique des données des EMMUS IV et V, ceux de l'analyse qualitative permettent de faire les constats suivants :

- Les visites prénatales comme facteur associé à l'accouchement en milieu institutionnel est en accord avec les conclusions exprimées dans les articles consultés. Globalement, on peut conclure que les résultats de l'analyse statistique des données des EMMUS IV et V et de la revue de la littérature autorisent à penser qu'il existe un lien entre le nombre de visites prénatales et le choix des femmes enceintes d'accoucher en milieu institutionnel ;
- Le lieu de résidence comme facteur associé à l'accouchement en milieu institutionnel est en accord avec les données recueillies au cours des ateliers et les conclusions exprimées dans les articles consultés. Ces résultats autorisent à penser qu'il existe un lien entre le milieu de résidence et le choix des femmes enceintes d'accoucher en milieu institutionnel ;
- L'association entre la zone de résidence (département) et l'accouchement institutionnel n'a pas été confronté aux données tirées de la littérature. Cela ne diminue pas pour autant l'importance de l'association trouvée dans cette analyse ;
- Le rang de naissance comme facteur associé à l'accouchement en milieu institutionnel est en accord avec les données recueillies au cours des ateliers et des entrevues en profondeur et celles rapportées dans les articles consultés. Ces résultats autorisent donc à penser qu'il existe une association entre le rang de naissance et le choix des femmes enceintes d'accoucher en milieu institutionnel.
- L'indice de bien-être économique comme facteur associé à l'accouchement en milieu institutionnel est en accord avec les déclarations recueillies au cours des ateliers et des entrevues en profondeur et les trouvailles de la revue de la littérature. Tout cela autorise à penser qu'il existe un lien entre l'indice de bien-être économique et le choix des femmes enceintes d'accoucher ou de ne pas accoucher en milieu institutionnel ;
- Le niveau d'instruction comme facteur associé à l'accouchement institutionnel s'accorde parfaitement avec les données des articles consultés ;

Il faut finalement rappeler le poids énorme des facteurs socio culturels et il est important de les adresser de façon spécifique au cours des activités d'encadrement, d'information et d'éducation destinées aux femmes enceintes lors des visites prénatales et au cours de l'accouchement. A cette fin, il serait opportun de développer des messages appropriés avec l'aide de psychologues et de sociologues se basant sur les trouvailles spécifiques identifiées au cours de cette étude.

Il est illusoire de penser que des changements majeurs dans les domaines socio culturel et socio économique sont à portée de main.. Il faudra du temps pour ramener les pratiques courantes d'accouchement dans l'ère de la modernité, mais il est permis d'espérer qu'avec la mise en place du système de suivi proposé et l'amélioration continue de la qualité des services en CPN et en salle

d'accouchement incluant un renforcement effectif de la qualité de l'accueil et la prise en compte systématique des appréhensions des mères, le taux d'accouchement en milieu institutionnel devrait s'améliorer substantiellement.

Annexe #1.- Résultats de la régression logistique modélisant la probabilité d'accoucher dans un milieu institutionnel

Effet	Estimation du rapport des côtes	Intervalle de confiance à 95% de l'estimateur du rapport des côtes	
20-34 ans vs < 20 ans	0.938	0.682	1.290
35-49 ans vs < 20 ans	1.260	0.809	1.963
Antécédents de visites prénatales : 1-3 vs Aucune	2.522	1.788	3.556
Antécédents de visites prénatales : 4+ vs Aucune	4.970	3.616	6.830
Zone urbaine vs Zone rurale	1.258	1.002	1.579
Artibonite vs Aire métropolitaine	0.558	0.343	0.908
Centre vs Aire métropolitaine	0.702	0.425	1.159
Grand-Anse vs Aire métropolitaine	0.466	0.278	0.781
Nippes vs Aire métropolitaine	0.536	0.335	0.858
Nord vs Aire métropolitaine	0.469	0.298	0.738
Nord-est vs Aire métropolitaine	0.575	0.336	0.984
Nord-Ouest vs Aire métropolitaine	0.586	0.364	0.943
Ouest vs Aire métropolitaine	0.551	0.360	0.845
Sud vs Aire métropolitaine	0.805	0.470	1.379
Sud-est vs Aire métropolitaine	0.478	0.288	0.793
Rang 1 vs Rang 6	7.189	3.025	17.084
Rang 2 vs Rang 6	3.589	1.692	7.611
Rang3 vs Rang 6	2.486	1.328	4.654
Rang 4 vs Rang 6	1.895	1.124	3.196
Rang 5 vs Rang 6	1.888	1.210	2.948
Indice de bien-être économique: Le plus élevé vs Le plus bas	9.551	6.716	13.581
Indice de bien-être économique: Moyen vs Le plus bas	3.342	2.565	4.353
Indice de bien-être économique: Quatrième vs Le plus bas	4.962	3.596	6.847

Effet	Estimation du rapport des côtes	Intervalle de confiance à 95% de l'estimateur du rapport des côtes	
Indice de bien-être économique: Second vs Le plus bas	1.756	1.355	2.276
Niveau d'éducation: Primaire vs Analphabète	1.371	1.094	1.718
Niveau d'éducation: Secondaire vs Analphabète	2.393	1.867	3.066
Niveau d'éducation: Supérieur vs Analphabète	12.525	6.433	24.386
Religion: Autre vs Catholique	1.335	1.002	1.779
Religion: Protestant vs Catholique	1.150	0.998	1.325
Religion: Vodouisant vs Catholique	1.026	0.420	2.505
Le nombre de naissances vivantes	1.141	1.007	1.294
Age à la première naissance	1.029	1.006	1.053
Age aux premières relations sexuelles	0.997	0.993	1.000

Annexe #2 Principales Raisons invoquées par les femmes enceintes au cours des ateliers de discussions pour l'accouchement à domicile

Annexe 2 a : Raisons avancées par les femmes enceintes pour choisir d'accoucher à domicile avec l'aide des matrones:

- Au moment des douleurs, les matrones font appel à deux ou trois personnes pour soutenir la femme, du point de vue psychologique la femme se sent soulagée;
- La matrone prend soin d'elles : elle donne des tisanes, fait le massage, presse le ventre de la femme, donne de la soupe si elle estime que la femme enceinte est faible;
- Les matrones font des prières au moment de l'accouchement;
- Les matrones ont beaucoup de patience, elles tolèrent les cris et les bruits faits par les femmes en travail;
- Avec la matrone, elle reçoit l'appui de sa famille et de son mari. Toute la famille peut participer à l'accouchement fait par la matrone. Les parents veulent se sentir au cœur d'un événement si important pour leur famille. La femme qui accouche à la maison participe aux décisions de la matrone et elle est informée de chaque étape du travail.
- Elle ne subit pas l'accouchement même si elle a de la douleur. Elle n'a pas à se conformer aux règles d'un personnel médical, qui en général, n'explique « rien » à la femme même si elle demande des informations ;
- Le paiement ne constitue pas un problème. La matrone se contente de ce que possède la famille sans avoir à se plaindre de quoi que ce soit ;
- La matrone est considérée comme un membre de la famille, elle vient à la maison de temps en temps, la femme n'a pas à se déplacer;
- L'accouchement à domicile est un travail où l'implication quotidienne de la matrone est indispensable et semble être grandement récompensée par la reconnaissance de la famille envers la matrone ;
- Chez les matrones, il n'y a pas de table d'accouchement, pas de « ti bourik »⁴⁵. Cela se fait sur une chaise, sur un lit ou un support dur par terre.

⁴⁵Nom donné en créole à la table d'accouchement et qui fait peur aux accouchées

Annexe 2 b : Raisons avancées par les femmes enceintes pour ne pas accoucher en milieu institutionnel :

Attitudes et comportements des prestataires vis-à-vis des parturientes

- Les femmes ne se sentent pas bien accueillies par le personnel de service;
- Manque d'assistance, de support de la part des prestataires au moment de l'accouchement; le personnel se montre très impatient et est irrité contre les femmes en souffrance, ignorant leur détresse;
- Certains prestataires donnent des fessées aux femmes et les traitent mal, leur lançant des propos injurieux;
- Les médecins ne tolèrent pas le bruit et les cris des femmes qui accouchent et celles qui font du bruit sont réprimandées sévèrement;
- Le personnel juge trop souvent les femmes et les gens qui les accompagnent sur les apparences et ils leur lancent parfois des propos déplacés;
- Le personnel est irrité et malpoli à l'endroit des femmes qui ne viennent pas avec tous les examens médicaux demandés (surtout quand il s'agit de test de détection du VIH et les accouchées sont réprimandées Mwen pap mete men mwen nan san sida pou moun);

Coût trop élevé à l'hôpital

- Les femmes doivent préparer leur valise d'accouchement qui doit contenir des layettes neuves pour le bébé, elles doivent avoir des vêtements, de belles serviettes, des articles de toilettes selon le nombre de jours qu'elles vont passer à l'hôpital. La famille doit aussi apporter de la nourriture et pas n'importe quelle nourriture!
- Le transport coûte cher. Pour se rendre à l'hôpital elles sont obligées de payer le transport en moto parce que les centres hospitaliers sont éloignés de la communauté.

Organisation des services

- A l'hôpital, les femmes sont obligées de monter sur une table pour l'évaluation et l'accouchement, ce qu'elles n'aiment pas;
- Elles passent trop de temps à l'hôpital et dès fois elles n'arrivent même pas à trouver un médecin pour les prendre en charge;
- Il n'y a pas assez d'espace dans la maternité, pas assez de lit disponible;
- Il n'y a pas assez de personnel disponible, un membre du personnel s'occupe parfois de plusieurs femmes à la fois et les femmes passent trop de temps à attendre une assistance.

Perception que la césarienne est parfois recherchée par les médecins

- Les femmes pensent que les médecins leur donnent certains médicaments qui vont faire grossir le bébé, ce pour les porter à faire une césarienne.

Rite de naissance en Haïti

Rituels pré-obstétriques	Définitions
1) Rituels de facilitation de l'accouchement	Ensemble de rituels visant à accélérer le processus de l'accouchement. Ex. L'absorption de la mousse du savon et la tisane, le changement de position du fœtus, le savonnage du ventre (massage) de la femme, le « simple »...
2) Rite indirect	Le rite indirect est un rite qui consiste à accéder auprès d'une puissance surnaturelle (par exemple le Grand-Maître) par l'intermédiaire de la prière en vue de lui demander son aide. L'accomplissement de ce rituel traduirait la croyance de l'acteur au pouvoir du dieu auquel il s'adresse. La prière, en tant que rite indirect, s'effectue dans des circonstances particulières. Elle témoigne de la dépendance de l'Homme vis-à-vis des forces immatérielles.
3) Rituels liés aux obstacles surnaturels de l'accouchement	Les rituels liés aux obstacles surnaturels de l'accouchement sont des rituels réalisés contre l'effet maléfique du « serment » ou du « pacte », lequel se manifeste pendant l'accouchement. Si le serment devient un obstacle, cela signifie que la parturiente ne respecte pas la promesse qu'elle a faite à l' esprit . La prière rituelle réalisée par le pikèt-liv a pour but de neutraliser l'effet maléfique du « serment ».
4) Rituel lié à la vérification directe de l'imminence de l'accouchement	On entend par rituel lié à la vérification directe de l'imminence de la naissance, le fait par la matrone d'explorer la cavité vaginale de la parturiente à l'aide de sa main pour observer le trajet du fœtus vers le milieu extra-utérin ou pour savoir s'il y a un obstacle naturel qu'elle appelle « zokontre ».
5) Rituel lié à la vérification indirecte de l'imminence de l'accouchement	Le rituel lié à la vérification indirecte de l'imminence de la naissance est un rituel qui est accompli par la matrone après l'apparition du « sang » (des pertes vaginales) pour s'assurer si le fœtus est apte à vivre hors de l'utérus grâce à des informations cénesthésiques concernant les différents mouvements effectués par le fœtus (mouvements fœtaux) dans le milieu intra-utérin.
Rituels post-partum	Définitions
6) Rites de protection contre les mauvais-airs (loups-garous, démons)	Ensemble de rituels visant à protéger la vie du nouveau-né contre les loups-garous ou les démons. Il s'agit de rendre amer le sang du bébé de crainte que ces derniers ne le boivent. Le sang symbolise la vie. Ex. Mixture de sang et de liquide d'aloès, mixture de sang et de café amer.
7) Rituels liés à la section du cordon ombilical	C'est le fait d'utiliser une paire de ciseaux ou une lame de rasoir pour couper le cordon ombilical. Ce rituel est le lieu de détermination de la taille future du sexe de l'enfant. <i>(NDLR quand le cordon est coupé au delà de 2 pouces, le sexe du garçon sera long et gros et le sexe de la fille sera gros)</i> . C'est le lieu de programmation de la croissance progressive de l'organe sexuel du bébé.
8) Rituels liés aux suites de couches	C'est le fait de mettre le cordon ombilical et le placenta hors d'atteinte des esprits malveillants.
9) Rituels de purification du bébé	C'est le fait de débarrasser la bouche du bébé des mucosités (baves mousseuses), de lui débarrasser le corps des impuretés. Les rituels de purification concernent aussi les ablutions du bébé et le saupoudrage de son corps.
10) Rituels de purification de l'accouchée	Ce sont des actes rituels qui ont pour objectif d'éliminer les sangs coagulés qu'on considère comme impurs du ventre de l'accouchée. Ex. L'absorption du thé de « lachòy » et d' « assorossi », des antibiotiques...
11) Rituels d'initiation précocissime du nouveau-né à la culture universelle	Ensemble d'actes rituels par lesquels on vise à rapprocher le bébé de l'humain en le distinguant ainsi du bébé animal. Ex. Le fait de faire les ablutions du bébé, de l'habiller et de le mettre au lit immédiatement après la naissance participe de la culture universelle.

Source : DAMUS Oubrilant : *Les Rites de naissance en Haïti(2012) page 193 à 195, Edition L'Harmattan*