

Techniques d'accouchement traditionnel: Facteurs favorisant la mortalité maternelle chez les pygmées dans la zone de santé de Miti-Murhesa, RD Congo

[Traditional birthing techniques: Factors contributing to maternal mortality among pygmies in the health zone of Miti-Murhesa, DR Congo]

Zihindula Rukengwa¹, Ciribagula Nkulwe¹, Kafumba Mireille¹, Tamani Makofi², and Bahizire Kayeye²

¹Département de Nutrition, Centre de Recherche en Sciences Naturelles (CRSN), Lwiro, DS, Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

²Département de Biologie, Centre de Recherche en Sciences Naturelles de Lwiro (CRSN, Lwiro), DS, Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

Copyright © 2022 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Since long; there have been several community health projects that are attempting to solve problems linked to maternal and infantile morbi-mortalities. These kinds of projects remain unfulfilled to pygmies and other people from black Africa.

This descriptive transversal study about the techniques of traditional birth, as factors which promote the motherly and infantile mortality was carried out in Miti-Murhesa health zone during a period from September 2018 to October 2019 in 4 sites (Buyungule, Cibuga, Cirharhangwa and Muyange) where Pygmies live. Traditional childbearing techniques which are applied by midwives pygmies would expose pygmies women giving birth and the new born to factors which can bring them to the death. The principal objective of this study is to contribute to the reduction of maternal and infantile mortality and morbidity of native people in Miti-Murhesa health zone. An inquiry questionnaire and focus groups were used to collect data during our field descent. We recorded several techniques and inhuman practices that are applied to pygmies' women giving birth because they have no means to access to health services and yet these pygmies' women rarely access to prenatal consultation because they are negligent and loafers.

KEYWORDS: Techniques, Birth, Mortality, Morbidity, abortion, Pygmies, Miti-Murhesa.

RESUME: Depuis un certain temps, il s'observe plusieurs projets de santé communautaire pour tenter de résoudre les problèmes liés à la mortalité et à la morbidité maternelle et infantile; chose qui, jusqu'aujourd'hui reste irréalisable chez les pygmées et d'autres peuples d'Afrique noire. Notre étude descriptive transversale a porté sur les techniques d'accouchement traditionnel chez les pygmées; comme facteurs favorisant la mortalité maternelle et infantile chez ces derniers dans la zone de santé de Miti-Murhesa. Elle a été menée durant la période de septembre 2018 à octobre 2019 dans 4 sites (Buyungule, Cibuga, Cirharhangwa et Muyange) où vivent les pygmées. Les techniques d'accouchement traditionnel appliquées par les sage-femmes considérées comme des accoucheuses traditionnelles pygmées exposeraient les accouchées et les nouveaux nés à plusieurs facteurs pouvant leur coûter la vie immédiatement ou à la longue. L'objectif principal de cette étude est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile des peuples autochtones dans la zone de santé de Miti-Murhesa. Un questionnaire d'enquête et les groupes de discussion ou focus groups ont été utilisés pour collecter les données sur le terrain. Nous avons enregistré plusieurs techniques et pratiques inhumaines appliquées aux accouchées non seulement parce qu'elles veulent mais aussi parce qu'elles n'ont pas les moyens pour accéder aux services de santé. Ces dernières accèdent rarement au service de consultation prénatale, pas parce qu'elles n'ont pas les moyens financier et matériel, mais par ce qu'elles sont négligentes et paresseuses.

MOTS-CLEFS: Techniques, accouchement, Mortalité, Morbidité, avortement, pygmées, Miti-Murhesa.

1 INTRODUCTION

Depuis un certain temps, il s'observe plusieurs projets de santé publique pour tenter de résoudre les problèmes liés à la mortalité et à la morbidité maternelle et infantile; chose qui, jusqu'aujourd'hui reste irréalisable chez les pygmées et d'autres peuples d'Afrique noire. Selon les objectifs de l'OMS et l'UNICEF à la conférence d'ALMA ATA tenue en 1978; exigeant de donner accès aux soins de santé pour tous d'ici l'an 2000, ils restent utopiques car beaucoup de population reste encore isolée aux soins comme les peuples pygmées de la zone de santé Miti-Murhesa. Cette population toujours vulnérable n'a pas des moyens pour accéder aux soins de santé. Les femmes continuent à accoucher sans aucune assistance médicale, sans médicaments et veulent accoucher tout en étant entourées de leurs semblables pygmées. Plusieurs cas d'avortements, de mortalité maternelle et infantile ont été enregistrés dans cette communauté et cela à l'absence d'un personnel de santé qualifié et non qualifié.

La situation sanitaire des Pygmées est changeante en raison des transformations de leur mode de vie traditionnelle et de leurs cultures de chasseurs-cueilleurs forestiers. Nous sommes complètement négligés et oubliés; disent les pygmées. Nos femmes n'ont même pas accès aux Sages-femmes; elles sont continuellement exposées à la mort par manque de soins durant leurs grossesses et leur accouchement. C'est un résultat de la soi-disant vie moderne dans laquelle nous sommes entraînés. Ce n'était pas comme ça quand nous vivions dans notre environnement naturel, la forêt; Nous avons tant de plantes pour faire face à ces problèmes [1].

Les femmes pygmées abandonnées à leur triste sort n'ont pas des moyens ni financier ni matériel et tombent comme des mouches avec leurs enfants sans aucune assistance médicale par un personnel médical qualifié; et pourtant l'accès à la santé est un droit comme le droit à la sécurité, à l'alimentation, à l'éducation, ... chose contraire parce qu'elles n'ont pas les moyen pour y arriver, elles ne se font pas vacciner parce qu'elles n'accèdent pas à des soins prénataux [1].

L'accoucheuse traditionnelle est la personne qui aide la mère pendant l'accouchement et dont la compétence émane des accouchements guidés pendant son apprentissage auprès d'autres accoucheuses traditionnelles [2]. La naissance d'un enfant est un événement que l'on célèbre dans le monde entier, c'est à qui dansera, allumera un feu d'artifice ou offrira fleure et cadeau [3]; Or des milliers de femmes vivent quotidiennement la naissance d'un enfant non pas comme l'événement heureux qu'elle devrait être mais un enfer qui peut parfois leur coûter la vie [3]. Les victimes de la morbidité et de la mortalité sont les femmes pauvres et analphabètes privées de tout pouvoir politique et discriminées de tous. C'est ainsi que pour une femme de pays en développement, le risque de mourir liée à une grossesse se situe en moyenne entre 1 sur 4000 et 1 sur 10000 pour une femme de pays développés. On estime entre 60 à 80%, les femmes des pays en développement qui accouchent en dehors de toute installation moderne de soins de santé. La majorité d'entre elles accouchent avec l'aide des personnes non qualifiées, certaines sans aucune aide [3]. Chaque année, on enregistre environ 500 000 décès maternels et des millions de femmes sont sérieusement malades après accouchement [3]. Alors que, dans les pays en développement près de la moitié des accouchements se font sans la présence de personnel de santé qualifié. En Afrique, 34% seulement des mères sont assistées d'agent qualifié [3]. Alors que cette proportion est de 31% en Asie du sud et 64% en Amérique latine. Il ne suffit pas que les services de santé maternelle et infantile (SMI) existent pour qu'ils soient utilisés, même pour les femmes à qui cela a été conseillé [3]. Ceux-ci peut s'expliquer par: Les centres de santé et hôpitaux très éloignés du foyer de la femme qui ne dispose ni du temps, ni des moyens de transport, ni peut être de l'argent nécessaire pour s'y rendre. Il se peut qu'elle ne voit pas aussi l'utilité des services qui lui sont offerts. Une étude menée au Zimbabwe, certifie que les femmes d'une certaines zones rurales voulaient bien les soins prénataux dispensés par les services officiels mais préféraient accoucher chez elles [3]. La condition de la femme et sa santé sont étroitement liées. Tout effort sérieux visant à améliorer la santé de la femme doit pour réussir s'attaquer d'abord aux coutumes sociales et aux traditions culturelles qui nuisent à sa santé, simplement parce qu'elle est née femme [4]. Les gens faisaient une distinction nette entre santé physique et hygiène; qu'ils estimaient du ressort des structures en place et la santé informelle. Dans le cas de naissances, les besoins spirituels et moraux du nouveau-né avaient aux yeux des villageois, la priorité absolue et ils refusaient donc l'accouchement à l'hôpital [5]. Les techniques d'accouchements à domicile seraient les facteurs favorisant la mortalité maternelle et infantile chez les femmes pygmées dans la zone de santé de Miti-Murhesa. L'objectif principal de cette étude est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile des peuples autochtones dans la zone de santé de Miti-Murhesa, spécifiquement cette étude vise à identifier les accoucheuses traditionnelles pygmées dans la zone de santé de Miti-Murhesa, déterminer les techniques de ces dernières pendant l'accouchement, déterminer les risques de leurs pratiques, ainsi que ceux des accouchées avant et après accouchement; déterminer le taux de la couverture vaccinale de mères pygmées.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 MILIEU D'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée auprès de la population vivant aux alentours du Parc National de Kahuzi-Bièga (PNKB) dans l'aire de santé de Combo localisée dans le groupement de Miti qui est situé au Nord de la ville de Bukavu, territoire et chefferie de Kabare. L'aire de santé de Combo est l'une des aires de santé de la zone de santé de Miti-Murhesa comme l'aire de santé de Kavumu, l'aire de santé de Lwiro, l'aire de santé de M'bayo, l'aire de santé de Mushungurhi, l'aire de santé de Kahungu, l'aire de santé de Muganzo, l'aire de santé de Cifuma, l'aire de santé de Kalwa, l'aire de santé de Kajeje, l'aire de santé de Kashusha, l'aire de santé d'Itara, l'aire de santé de Mulungu, l'aire de santé de Murhesa, l'aire de santé de Buhandahanda et l'aire de santé de Bushumba. La zone de santé de Miti-Murhesa est limitée par différentes zones de santé: au Nord, la zone de santé de Katana; au sud, la zone de santé de Kabare, à l'est, la zone de santé de Katana; à l'ouest, la zone de santé de Bunyakiri et au sud-ouest, la zone de santé de Kalonge.

Cette zone de santé jouit d'un climat tropical tempéré avec une altitude caractérisée par une longue saison pluvieuse qui s'étend de mi-septembre à fin mai avec une forte pluie surtout en Avril, Mai et en Décembre et d'une saison sèche qui va de Juin en Août.

Notre étude s'étend sur quatre sites où habitent les pygmées actuellement notamment le site de Buyungule, Cibuga, Cirharhangwa et Muyange.

2.2 METHODES

Notre étude est descriptive transversale; elle couvre une période allant de Septembre 2015 en octobre 2019. La méthode consistait à identifier avant tout, toutes les accoucheuses traditionnelles pygmées reconnues dans les 4 sites, une fois identifié un questionnaire d'enquête ouvert leur a été adressé pour connaître l'âge des répondants, leur niveau d'instruction, l'ancienneté de leur métier; ce dernier nous a aidé à identifier les décès maternels et infantiles survenus, les accouchements, les avortements ainsi que les naissances. Ce questionnaire nous a encore une fois aidé à avoir une information sur la fréquentation à la consultation prénatale (CPN) et à la vaccination des mères. Nous avons ensuite passé à l'organisation des 4 groupes de discussion focalisée, un dialogue fouillé, guidé par un questionnaire ouvert a été conduit aux 5 groupes concernés, un groupe de six accoucheuses traditionnelles et 4 autres groupes des mères pygmées ayant accouchées à domicile et d'autres ayant accouchée à la maternité et pour cela un groupe de discussion contenait 8 personnes prises au hasard pour chaque site ciblé à part le groupes de 6 accoucheuses traditionnelles. Le questionnaire d'enquête était basé sur les critères suivants:

- L'environnement dans lequel a lieu l'accouchement,
- La façon de se maintenir de l'accoucheuse traditionnelle,
- Les matériels utilisés lors de l'accouchement,
- Les dispositions à prendre devant un cas de dystocie.
- Les médicaments utilisés et les techniques lors de l'accouchement.
- Le nombre de naissance guidé par an et par accoucheuse traditionnelle.

Les critères d'inclusions sont basés sur l'origine; seront inclus dans l'étude, toutes les accoucheuses traditionnelles pygmées et toutes les accouchées pygmées dans les 4 sites assistés par un personnel qualifié ou pas de Septembre 2015 à Octobre 2019; Sont exclues toutes les accouchées non pygmées, les accoucheuses traditionnelles non pygmées et les accouchées pygmées d'avant notre période d'étude.

Nous avons utilisé les variables telles que: CPN, âge, parité, profession, niveau d'instruction, vaccination; distance.

3 RESULTATS

Tableau 1. Age des accoucheuses traditionnelles pygmées

Âge	effectif	%
25 -34 ans	01	16,66
35-44 ans	01	16,66
45-54ans	01	16,66
55-64 ans	01	16,66
65-74 ans	02	33,33
≥75 ans	00	00
Total	06	100

Au vu de ce tableau, nous constatons que la majorité des accoucheuses traditionnelles pygmées sont âgées d'entre 65 ans et 75 ans.

Tableau 2. Niveau d'instruction des accoucheuses traditionnelles

Niveau d'études	Effectif	%
Analphabètes	5	83,33
Alphabétisation	1	16,66
Primaire non achève	0	0
Primaire achève	0	0
Post secondaire	0	0
Secondaire achève	0	0
Total	6	100

Il ressort de ce tableau que le niveau d'instruction de nos répondants demeure très bas; une accoucheuse soit 16,66% a au moins suivi une formation d'alphabétisation et 5 soit 83,33% ne savent lire ni écrire c'est-à-dire sont des analphabètes.

Tableau 3. Ancienneté des accoucheuses traditionnelles

Ancienneté	Effectif	%
1 à 5ans	1	16,66
6 à 10 ans	1	16,66
11 à 15 ans	2	33,33
≥ 16 ans	2	33,33
Total	06	100

Ce tableau nous montre que parmi nos répondants 2 soit 33,33% ont une ancienneté supérieure ou égale à 16 ans, 2 autres ont une ancienneté de 11 à 15 ans soit aussi 33,33% et les autres ont une ancienneté variant entre 1 à 5 ans et 6 à 10 ans soit 16,66%.

Tableau 4. Nombre des décès maternels et infantiles, avortements et dystocies enregistrées durant la période allant de Septembre 2018 à Octobre 2019

Nombre de décès maternels	01
Nombre de décès infantiles	04
Nombre d'avortements	10
Nombre de dystocies	10

Il ressort de ce tableau que les nombres d'avortements et de dystocies sont les mêmes et sont supérieurs aux nombres de décès maternels et de décès infantiles. La figure 1 ci-dessous montre la répartition de la population dans les sites de notre enquête.

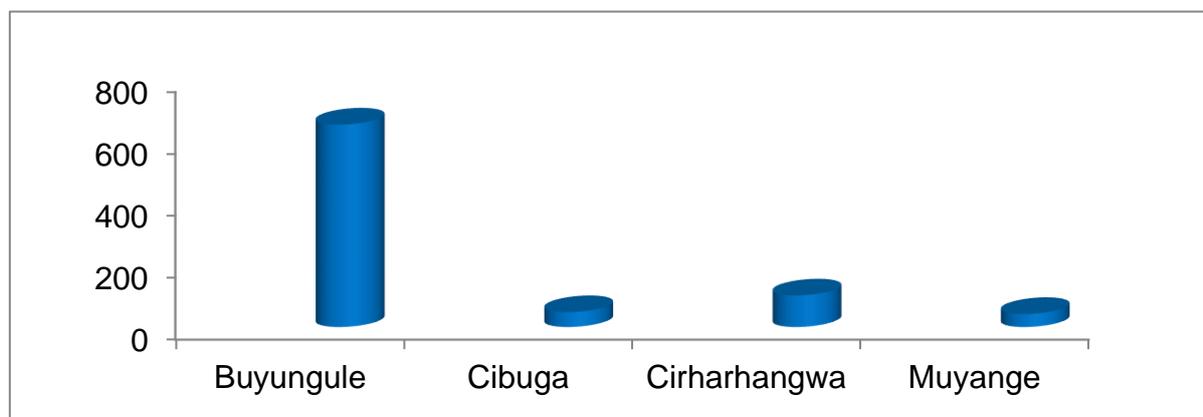


Fig. 1. Répartition de la population totale par site

Au vu de cette figure, nous constatons que la plus grande population de pygmées est concentrée dans le site de Buyungule, suivi de Cirharhangwa puis Muyange et Cibuga.

La figure 2 montre la répartition de femmes en procréation dans les sites de notre enquête.

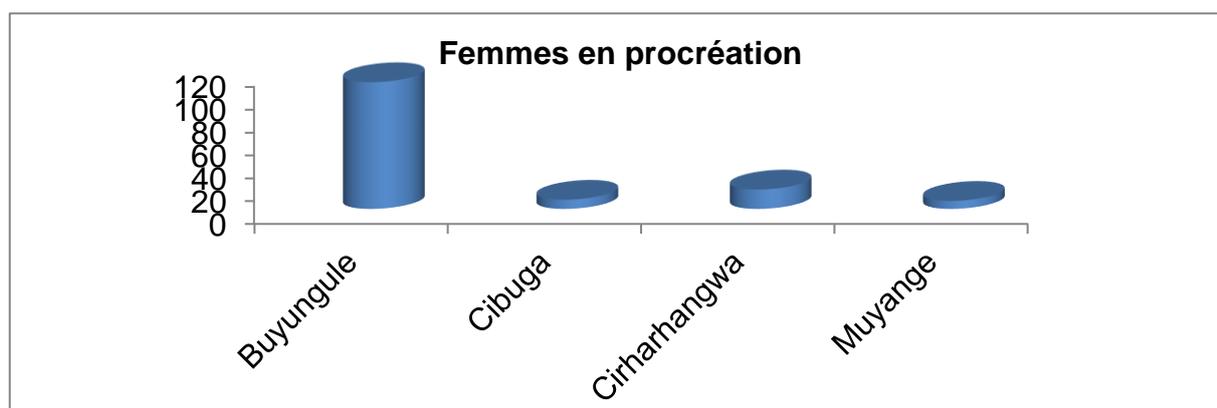


Fig. 2. Répartition des femmes en procréation par site

Cette figure nous montre que les femmes en âge de procréer sont plus concentrées à Buyungule suivi de Cirharhangwa en fin Cibuga et muyange.

La figure 3 montre le nombre d'enfants de moins de 5 ans dans les sites de notre enquête.

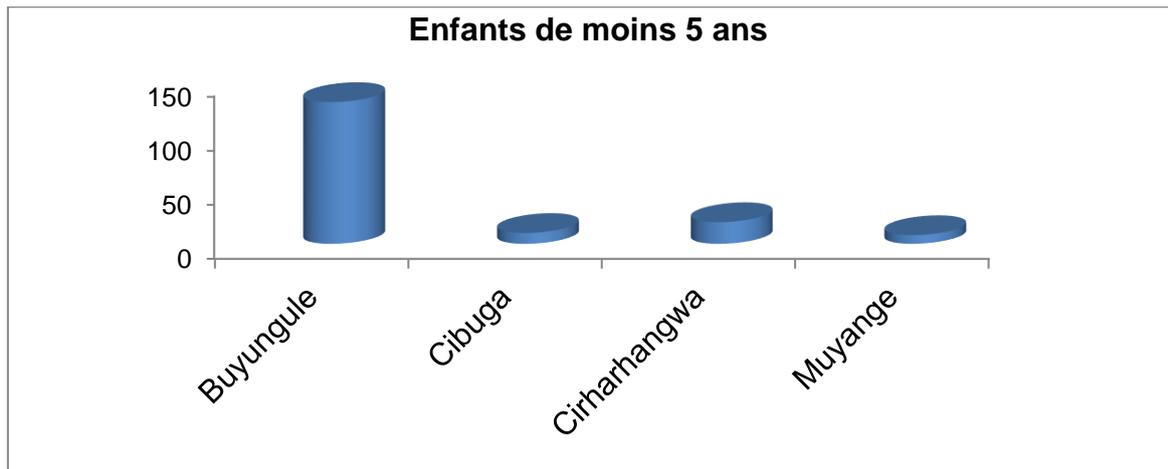


Fig. 3. Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans les sites de notre enquête

De cette figure, nous remarquons que Buyungule compte plus d'enfants de moins de 5 ans, suivi de Cirharhangwa et en fin Cibuga et Muyange.

La figure 4 montre le nombre d'accoucheuses dans les sites de notre enquête.

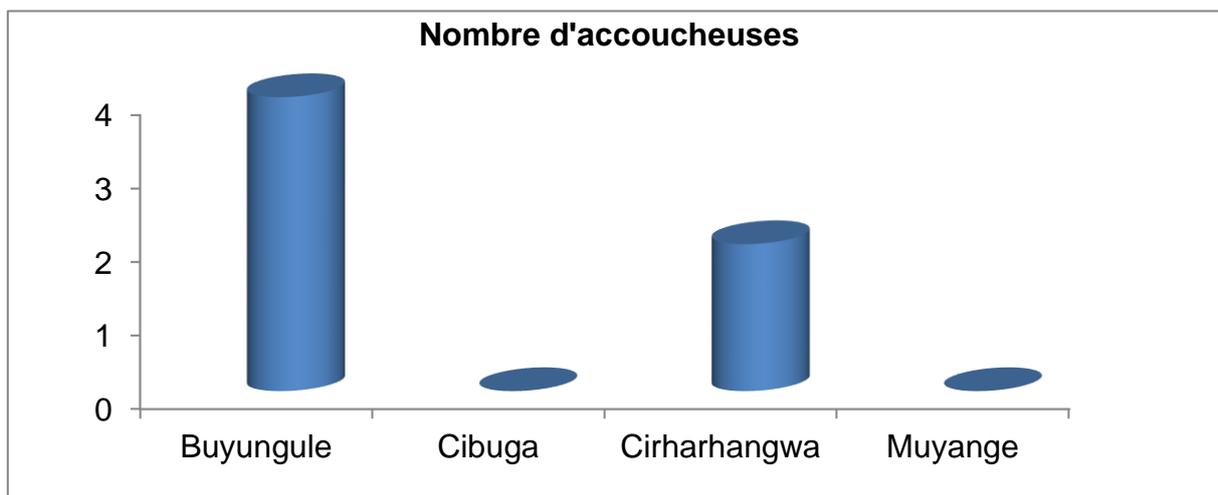


Fig. 4. Nombre d'accoucheuses dans les sites de notre enquête

En interprétant cette figure, nous constatons que Buyungule compte plus d'accoucheuses traditionnelles, suivi Cirharhangwa par rapport à Cibuga et Muyange.

La figure 5 montre le nombre de décès maternels dans les sites de notre enquête.

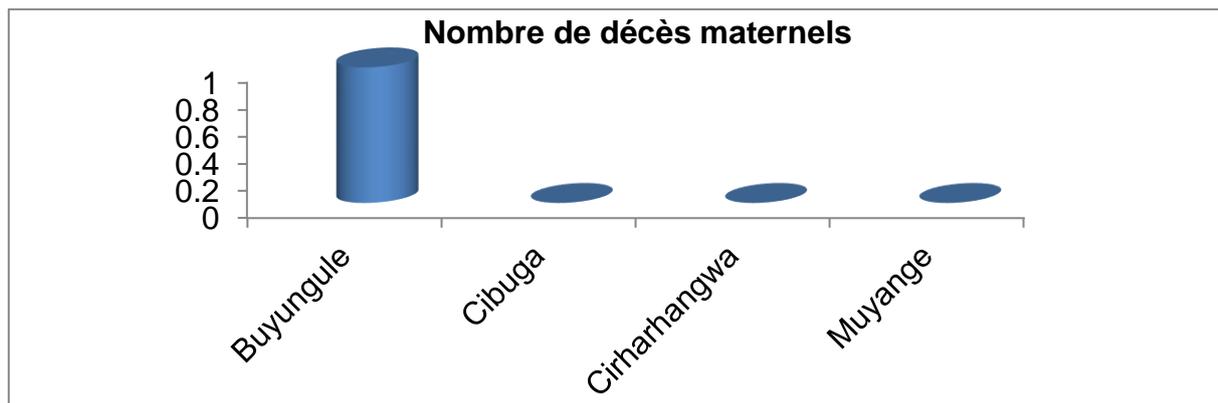


Fig. 5. Nombre de décès maternels dans les sites de notre enquête

Au vu de cette figure, nous constatons que c'est à Buyungule où il y a eu un décès maternel mais ce décès maternel signalé ne couvre pas le taux des décès maternel des pygmées plutôt ça couvre le cas de décès enregistré au cours de la profession des accoucheuses traditionnelles.

La figure 6 montre le nombre de décès infantiles dans les sites de notre enquête.

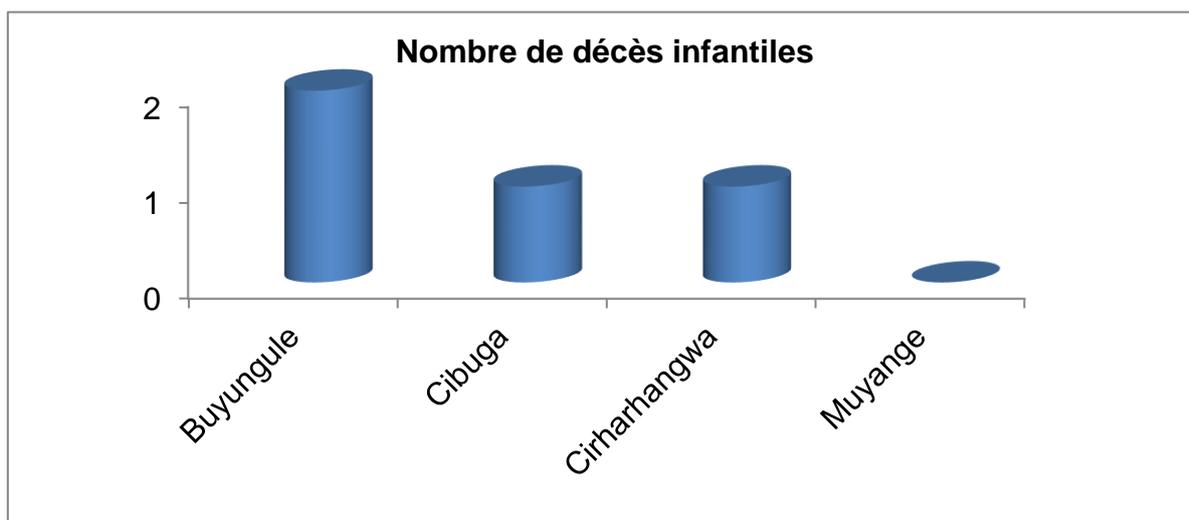


Fig. 6. Nombre de décès infantiles dans les sites de notre enquête

Pour cette figure, nous constatons que c'est à Buyungule où il y avait eu plus de cas de décès infantiles suivi de Cibuga et Cirharhangwa; de même le cas de décès infantile signalés ne couvre pas le taux de mortalité infantile des pygmées plutôt les cas enregistrés par les accoucheuses traditionnelles.

La figure 7 montre le nombre d'avortements dans les sites de notre enquête.

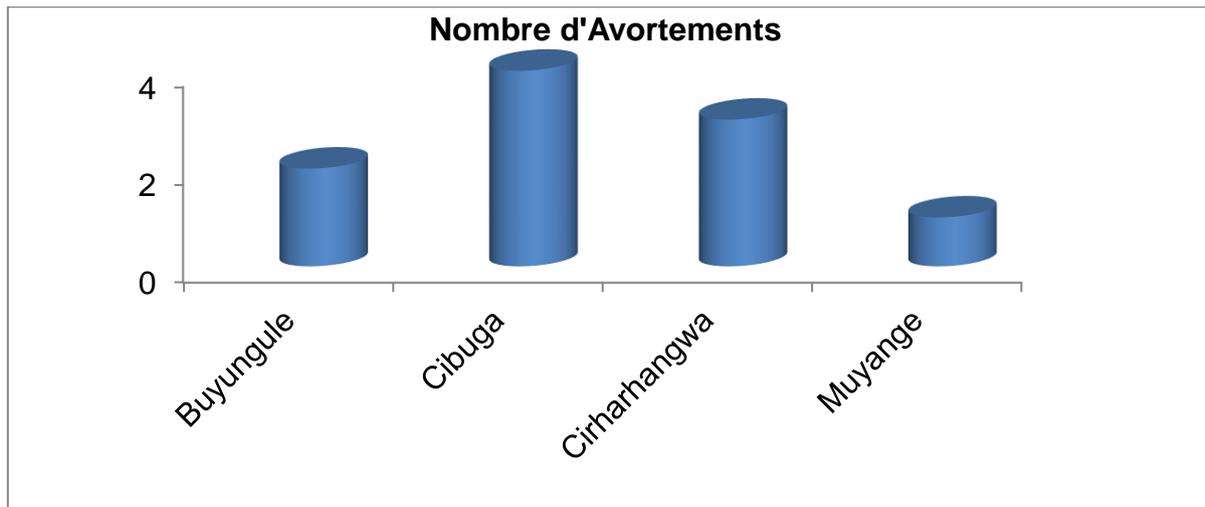


Fig. 7. Nombre d'avortements dans les sites de notre enquête

Cette figure, nous représente le nombre de cas d'avortement enregistrés pendant leur carrière et le plus grand nombre d'avortement était signalé à Cibuga, suivi de Cirharhangwa puis Buyungule et enfin Muyange.

Cependant, le graphique ci-dessous montre l'évolution des paramètres étudiés en fonction des années de la population totale (PT), du nombre de femmes en procréation, du nombre d'enfants de moins de 5 ans, du nombre d'accoucheuses, du nombre de décès maternels, du nombre de décès infantiles et du nombre d'avortements.

L'évolution de ces paramètres sur les pygmées dans nos sites d'étude indique que ces paramètres sont en nombre élevé en 2018 dans chaque site. Ceci s'explique par le fait qu'au fur et à mesure que les années augmentent, la population aussi augmente et tous ces paramètres évoluent dans le temps selon l'évolution de la population.

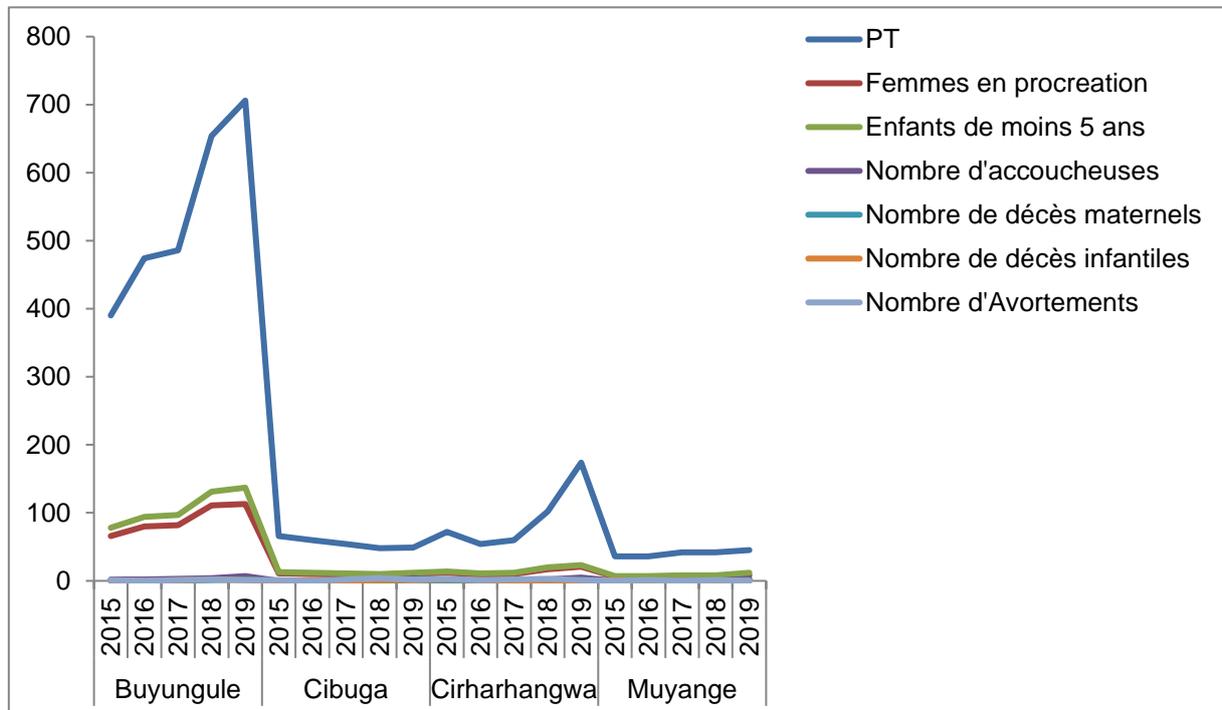


Fig. 8. Evolution des paramètres étudiés en fonction des années 2015 à 2019

RÉSULTATS ENREGISTRÉS AU COURS DE FOCUS GROUPS

Les dystocies enregistrées et complication enregistrées au cours de leurs carrières sont telles que:

L'hémorragie, La rétention placentaire et L'hémorroïde lors de l'accouchement comme grands problèmes aux quels les accoucheuses traditionnelles se heurtent au cours de leur pratiques.

A. L'ATTITUDE À PRENDRE DEVANT UN CAS DE DYSTOCIE

- **Devant un cas d'hémorragie:** l'accouchée est obligée de prendre une quantité suffisante d'eau soit 1 litre et demi d'eau qu'elle estime à une assiette de 22cm.
- **Perte des contractions:** Pour susciter les contractions, de l'eau chaude est versée sur le ventre de la mère en couche.
- **Devant un cas d'une rétention placentaire:** cette dernière est retirée par les deux doigts du pied droit.
- **Pour l'épision:** nous utilisons une lame de rasoir neuve ou pas sans suturer la plaie, si l'accouchement intervient dans la brousse nous utilisons une écorce de bambou tranchant.
- **Dans le cas des positions comme siège, transversale:** nous administrons à l'accouchée les médicaments comme: Tulipier du Gabon (*Cifubula*), *Crassocephalum Montuosum* (*Cifula*).
- **Devant un cas d'un bébé asphyxié:** l'eau froide est aspergée sur son corps petit à petit, le masser avec une feuille de colcase (tarot) un peu chaude, nous lui donnons deux cuillères de la bouillie et de l'eau à boire administrée de bouche en bouche. Une fois nous tâtons résoudre le problème et s'il persiste nous transférons la parturiente mais s'il n'y a pas des gens pour le transporter on l'abandonne à Dieu.
- **L'environnement dans lequel a lieu l'accouchement:** Il nous a été révélé que l'accouchement peut se passer n'importe où selon les circonstances, soit dans la maison, soit derrière la maison ou soit dans la brousse.
- **La préparation de l'accoucheuse traditionnelle avant l'accouchement:** Nous nous préparons en matériels tels que: La lame de rasoir ou une écorce de bambou ou de fosse cane pour couper le cordon ombilical de l'enfant; le savons, la baselle blanche (*Ndelema*) comme lubrifiant facilitant le passage de l'enfant pendant l'accouchement; Après accouchement le bébé est mis directement dans les linges pour éviter l'hypothermie.

B. LA DISTANCE DU VILLAGE PAR RAPPORT AU CENTRE DE SANTÉ

Quand nous avons voulu savoir si le centre de santé était éloigné par rapport au village; nos enquêtés ont répondu que depuis le village c'est-à-dire nos sites d'étude jusqu'au centre de santé, il y a au moins 1km soit 20 à 30 minutes de marche.

C. NON UTILISATION DES STRUCTURES SANITAIRES EN PLACE

Quand nous avons voulu savoir pourquoi les structures sanitaires en place ne sont pas utilisées; nos enquêtés ont répondu: «Nous avons les soucis de les utiliser mais nous n'avons pas les moyens, quelques unes fréquentent la CPN mais la plupart d'entre-elles préfèrent accoucher à domicile. Une fois à la maternité nous ne trouvons pas personne pour nous rendre visite et nous n'avons pas à qui laissé d'autres enfants. Une fois au centre de santé de chez nous, nous sommes directement transférés alors que nous n'avons pas d'argent et notre centre de santé n'a pas d'accoucheuses. Nous voulons bien utiliser les structures sanitaires mais les plus viables sont éloignées de nous. Nous serons très heureuses d'être formées et de nous voir œuvrer dans les structures sanitaires modernes réplique une accoucheuse traditionnelle rencontré dans le site de Buyungule.

D. POSITION LORS DE L'ACCOUCHEMENT

La position des accouchées varie selon l'environnement dans le quel on se trouve soit demi à genou, soit couchée soit courbée.

E. LES SOINS PRÉNATAUX

En rapport avec les soins prénataux personne n'avait une connaissance en cette matière, seulement 4 à 7 jours après l'accouchement, les accouchées rentrent dans leur vie active et reprennent tous les travaux.

4 DISCUSSIONS

Après la présentation de nos résultats dans le tableau numéro 1, nous venons de constater selon nos enquêtes que l'âge de nos répondants varie entre 25 ans et 75 ans soit 16,66% et 33,33%; nous avons toujours remarqué que plus l'accoucheuse traditionnelle est âgée plus sa renommée augmente dans sa communauté [1]. Selon toujours nos enquêtés, nous avons remarqué que le niveau d'instruction très bas des nos enquêtés qui se présentent avec un taux d'analphabétisme évalué à 83,33%; ceci s'explique par le fait que notre population cible est négligée et ne s'intéresse pas elle à l'éducation et elle vit dans un pays du tiers monde comme dit: « l'analphabétisme féminin est cité par l'UNESCO comme un problème endémique dans le trois quart du monde [2] ». On estime à 68% la proportion des femmes illettrées dans le monde en développement, le taux étant élevé en Afrique [2]; en règle générale l'analphabétisme est plus élevé dans les campagnes que dans les villes [2]. Ainsi le recensement effectué en 1981 en Inde a montré que pour 214 millions des femmes qui vivent dans les campagnes, Le taux des analphabètes était de 18% contre 48% pour 73 millions des citadines [6]. En ce qui concerne la mortalité maternelle, il est certain que l'instruction joue un rôle important, et il est désormais urgent d'approfondir les recherches pour préciser les liens entre les facteurs favorisant la mortalité maternelle [6]. Dans la même optique, il est à remarqué que l'ancienneté de nos enquêtés varie entre 5ans et 25 ans soit un pourcentage de 16,66% et 33,33% respectivement.

Les résultats de notre enquête par rapport aux dystocies enregistrées entre autres l'hémorragie, les avortements, la rupture utérine, l'anémie qui sont les facteurs connus comme favorisant la mortalité maternelle dans le monde; ce résultat peut être comparé à une étude menée par Bernard *et al.* en Bangladesh en 1985 qui a prouvé que l'incidence des dystocies varie d'un pays à un autre. une étude effectuée au Cameroun a révélé l'existence d'une dystocie dans 3% des accouchements, contre 2,3% dans une étude menée au Brésil [7] et entre 5,8 et 13,5% dans plusieurs études portant sur les pays d'Asie du sud-est; AU Bangladesh, les accouchements dystociques étaient responsables de 10 à 17% des décès maternels selon les études communautaires et 11% en Guinée, l'accouchement dystocique et ses séquelles sont les principales causes de décès maternels en Afrique tropicale [6,8]. Partant des groupes des discussions, le groupe des accoucheuses traditionnelles nous a révélé qu'au cours de leur carrière, elles ont enregistrés 10 avortements, 4 décès infantiles, 1 cas de décès maternel et 10 cas de dystocies et cela dès 2015 jusqu'en 2018. Selon nos enquêtes, nous avons eu à constater beaucoup de pratiques qui peuvent entraîner le décès de la mère et du nouveau-né chez les pygmées entre autres: La pratique de couper le cordon ombilical avec un morceau de bambou ou avec une lame de rasoir souillée, la pratique d'épision avec les matériels insalubres ou souillés sans suturer la plaie, l'environnement dans le quel a lieu l'accouchement, la façon d'utiliser les orteils en cas de rétention placentaire, les médicaments traditionnels utilisés pour la mère et pour le nouveau-né, etc; peuvent entraîner en grande partie des infections graves qui peuvent causer les décès de la mère ainsi que celui de l'enfant. Toujours dans les mêmes groupes de discussions, certaines mères pygmées ont éprouvées l'importance d'accoucher à la maternité contrairement aux autres qui se sentent aisé d'accoucher à domicile sans critique et sans beaucoup d'exigence. Dans les groupes des discussions choisis au hasard, sur 32 mères pygmées ayant un jour accouché, seulement 6 avaient un jour accouché à la maternité et les 26 autres à domicile. Un autre groupe nous a révélé que la distance du centre de santé ou de l'hôpital importe peu car nous nous y rendons à la CPN et le 1km qui nous sépare du centre de santé ou le 4 km qui nous sépare de l'hôpital ne constituent en aucun cas un problème plutôt le manque des moyens et la mauvaise volonté, la négligence du personnel soignant et nos habitudes culturelles qui sont à la base de tout ceci et encourage à quelques uns d'accoucher à domicile et d'en courir tous les risques possibles. Le groupe des accoucheuses traditionnelles (AT) voudrait une formation dans une structure moderne et souhaite œuvrer pour la communauté dans un endroit approprié et salubre.

5 CONCLUSION

Au terme de cette étude avons constaté beaucoup d'événements tragiques et disons qu'il est rare que la mort résulte uniquement de complication clinique de la gestation ou de l'accouchement. Lorsque les complications surgissent, la vie de la parturiente dépend de la rapidité d'accès à un traitement professionnel de qualité; mais il faut prévenir ces complications. C'est dans ce domaine de prévention que les services de santé pourra prendre en compte la vie des femmes et de leur environnement social, économique et culturel qu'il faut que nous nous préoccupions; choses qui ne sont pas prises en compte chez les pygmées.

C'est ainsi que nous avons remarqué lors des groupes de discussions que 6 mères pygmées seulement ont accouchées un jour à la maternité et d'autres 26 n'ont jamais consulté la maternité pour un motif d'accouchement; alors que selon l'OMS, la femme doit effectuer 4 visites à la consultation Périnatale (CPN) pour une grossesse et doit accoucher avec une assistance d'un personnel qualifié chose contraire aux pygmées qui fréquentent rarement le service de santé maternelle et qui s'exposent ainsi aux risques de mourir et de perdre leurs enfants. Le cas de 4 décès maternel enregistré et le 21 cas de décès infantiles ainsi que les avortements constatés et les pratiques inhumaines que nous avons constaté au cours de notre étude constituent en grande partie un problème de santé publique au quel tous les acteurs de la santé doivent chercher à résoudre pour sauver ce peuple oublié ou négligé de tous.

Ainsi, le gouvernement Congolais est recommandé d'instaurer un système de santé qui pourra permettre à tout le monde d'accéder aux soins de santé et plus particulièrement le peuple autochtone; d'organiser une formation d'encadrement pour les accoucheuses traditionnelles pygmées et les intégrer dans les structures sanitaires de la place; au personnel médical et paramédical de multiplier les séances des sensibilisations dans cette communauté pygmée pour l'amélioration et l'utilisation de service de santé pour tous et de bien faire leur travail dans le respect des règles professionnelles et enfin aux pygmées de collaborer avec les autres peuples et mettre en pratique les conseils qui leurs sont donnés par ces peuples en matière de santé publique.

REMERCIEMENT

Nous exprimons nos sincèrement remerciements à tous les cadres scientifiques du département de Nutrition et plus particulièrement à ceux de la section de la protection maternelle et infantile ainsi que tous nos collaborateurs pygmées pour tous leurs efforts fournis dans la réalisation de ce travail.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Il n'y a pas de conflit d'intérêt entre les auteurs.

REFERENCES

- [1] OMS. Les accoucheuses traditionnelles, Rapport, Genève, 1993: 220 p.
- [2] Erica R et Sue A. La prévention des décès maternels OMS Genève, 1999: 230 p.
- [3] Mutabirwa J. Pregnancy, child health, Mather and child care among the indigenous people of Zimbabwe, *International journal of gynecology and obstetrics*, 23, 4, 1985: 275-285.
- [4] Lyong C. More than a medical issue *Women's, World*, 6: 30-42.
- [5] Rat M. S. Determinants of utilization of maternal and child health service, Dhaka, International institute of population Reach and Training and USAID, 1981: 289 p.
- [6] Khan A.R. Maternal mortality in rural Bangladesh. *The Jamalpur district studies in family planning*, 17, 1, 1986: 7-12.
- [7] Family Health International (FHI). Successful TBA project in Brazil improves health care inexpensively. *Network* 4, 4, 1983: 1-2.
- [8] Bernard R.P. et Sastrawinata S. Maternal and perinatal death in Indonesia University Obstetrics. Risk display for selected social and biological determinant. In Lasser R et al., ed. *primary health care in the makin*. Heideberg and Brln (Ouest), Springer, 1985: 23 p.