

Connaissances, attitudes, aptitudes, pratiques des accouchements à domicile et perception des communautés sur les risques du non recours aux SONU en Afrique et au Togo : revue documentaire

Knowledge, attitudes, aptitudes, practices of home births and perception of communities on the risks of non-use of EmONC in Africa and Togo: documentary review.

Gnagna A, Seck I

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPO), Ecole Doctorale Sciences de la Vie, de la Santé et de l'Environnement (ED-SEV) : Laboratoire d'accueil: Service de santé Publique et Médecine Préventive. UCAD III, Cité Claudel villa N° 87 UCAD, BP 5005, Dakar, Sénégal, Tel: +221 33 822 63 60 ; Email sev@ucad.edu.sn

Correspondances : GNAGNAATel : +22890958410/98905971

e-mail : mariereine2018@gmail.com

Lomé/Togo

Reçu le 13 avril 2023

Accepté le 27 juin 2023

Publié le 30 juillet 2023

RESUME

Objectif : Présenter les résultats d'une revue de la littérature en Afrique et au Togo sur les déterminants connaissances, attitudes, aptitudes, pratiques et la perception des individus, des familles, des communautés sur les risques liés aux accouchements à domicile et au non recours aux SONU.

Méthode : Une recherche avancée avec MeSH à travers les opérateurs booléens et les mots-clés MeSH a été faite sur l'interface de recherche PubMed.

Résultats : Au total 42 articles explorés ont porté sur plus de 30 pays. A travers les articles analysés, il ressort que les déterminants connaissances, attitudes, aptitudes étaient des prédicteurs statistiquement significatifs de la pratique des accouchements à domicile avec des valeurs statistiques respectivement situées autour d'un $p < 0,05$; OR entre 0.06 et 2,21 et l'IC à 95% : 0.03–0.11 et 1.83–2.69. L'éloignement de la formation sanitaire, le milieu rural, la faible exposition aux médias, le manque d'information sur le plan d'accouchement, le choix du lieu d'accouchement par le mari, la confiance dans les accoucheuses traditionnelles, le coût des soins, le faible engagement communautaire à la qualité des SONU étaient des variables statistiquement significatifs de l'accouchement à domicile avec la valeur de p inférieure ou égale à 0,05 et IC à 95 %. La création de la demande des SONU ne ressort pas clairement.

Conclusion : Les déterminants étudiés ressortent souvent dans les recherches et sont imbriqués les uns dans les autres et ne peuvent être considérés isolément. La perception logique du lien entre le non recours aux SONU et les accouchements à domicile n'est pas suffisamment démontrée.

Mots clés : Accouchements à domicile, SONU, communautés, Afrique, Togo

SUMMARY

Objective: Present the results of literature review in Africa and Togo on the knowledge, attitudes, skills, practices and perception of individuals, families, communities on the risks associated with home births and the non-use of EmONC.

Material and method: An advanced search with MeSH through Boolean operators and MeSH keywords was done on the PubMed search interface.

Results: A total of 42 articles explored focused on more than 30 countries. Through all the articles analyzed, it appears that the determinants of knowledge, attitudes and skills were statistically significant predictors of the practice of home births with statistical values more or less located around AOR between 0.05 and 2.21 and 95% CI: 0.03–0.11 and 1.83–2.69. The remoteness of the health facility from the woman's home, the rural area, the low exposure to the media, the lack of information on the delivery plan, the choice of the place of delivery by the husband, trust in traditional birth attendants, lack of health insurance, the cost of care, low community engagement to quality EmONC were statistically significant variables of home birth with p -value less than or equal to 0.05 and 95% IC. The creation of demand for EmONC is unclear.

Conclusion: The determinants studied often emerge in research and are intertwined and cannot be considered in isolation. The logical perception of the link between the non-use of EmONC and home births is not always demonstrated.

Key words: Home births, EmONC, community, Africa, Togo

INTRODUCTION

Les accouchements à domicile, la faible accessibilité aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), le faible engagement et l'insuffisance de mobilisation des communautés sont des facteurs persistants qui empêchent d'atteindre les résultats escomptés dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique 1. L'Afrique Subsaharienne compte plus de 50% des naissances à domicile sans les SONU de qualité 2. Les besoins satisfaits en SONU sont estimés à 28% pour les pays à faible revenu, alors qu'ils sont de 99 % pour les pays à revenu élevé 3. En matière de SONU, le Togo était considéré comme une équipe championne de la sous-région Ouest Africaine avec 42% des besoins satisfaits en SONU, mais beaucoup reste à faire pour atteindre les 100% de ces besoins satisfaits et l'ODD3 en 2030 4,5. Sur le plan national, selon le MICS6 2017, 18,8 % de tous les accouchements ont lieu à domicile. En milieu urbain, ce taux n'est que de 1,9% alors qu'il est de 29,9% en milieu rural, mais la stratégie SONU développée n'intègre pratiquement pas la création de la demande des SONU eu égard aux accouchements à domicile 6. Si le renforcement des SONU se concentre uniquement sur l'offre des services, les insuffisances dans la création de la demande n'auront-elles pas un impact négatif sur la qualité de ces SONU ? Cette étude a pour but de présenter les résultats d'une revue de la littérature à travers les recherches en Afrique et au Togo sur les déterminants de la création de la demande et de la perception des individus, des familles et des communautés sur les risques liés aux accouchements à domicile et au non recours aux SONU sur la période de 2010 à 2021.

1. Cadre conceptuel

1.1 Les SONU

Les SONU sont une des composantes clés des Soins de santé Primaire en matière de santé maternelle et néonatale 7,8. Les SONU sont des actes médicaux visant à traiter les complications obstétricales directes qui sont à l'origine de la plupart des morbidités et des décès maternels et néonataux partout dans le monde. Ces actes sont des fonctions fondamentales ou signalétiques utilisées pour classer les formations sanitaires fonctionnelles ou non selon que ces fonctions existent ou non 9. Il s'agit dès lors de maternités de référence qui ont pour mission de prendre en charge les soins obstétricaux

et néonataux essentiels incluant les SONU de base (SONUB) ou complets (SONUC) 24h/24 et 7j/7 dans les conditions de normes sanitaires et ressources humaines disponibles. Pour la disponibilité de ces SONU au sein des populations, il est recommandé au moins cinq structures sanitaires dispensant des SONU pour 500 000 habitants et dont au moins une qui dispense des SONU complets (SONUC) 9. Les fonctions SONUB sont l'administration d'antibiotiques, d'utérotoniques et d'anticonvulsifs afin de contrôler la perte de sang, les infections et les convulsions respectivement ; l'extraction manuelle du placenta, l'enlèvement de ce qui reste dans l'utérus après une fausse couche ou un avortement, l'assistance durant l'accouchement à l'aide d'un extracteur comme la ventouse ou le forceps, la réanimation du nouveau-né avec le ballon et le masque. Les maternités SONUB sont des formations sanitaires de première référence et qui doivent être en mesure de fournir l'ensemble de services obstétricaux et néonataux attendus 10. L'ensemble complet des soins obstétricaux d'urgence et des soins aux nouveau-nés, dispensés dans les hôpitaux de district ou ailleurs dans la pyramide sanitaire notamment dans les formations sanitaires avec antenne chirurgicale et comprenant toutes les fonctions de base citées ci-dessus auxquelles s'ajoutent la chirurgie obstétricale (césarienne, en particulier), les transfusions de sang sans danger et les soins aux nouveau-nés malades ou accusant une insuffisance pondérale constitue les SONUC 10.

1.2 Les déterminants étudiés

- **Attitudes** : L'attitude est considérée ici comme étant l'état d'esprit d'un individu, d'une famille ou d'une communauté ou tout autre acteur lié par la santé maternelle et néonatale au regard d'une situation sanitaire, d'une action de santé ou à d'autres personnes et qui influencent l'adoption des bonnes ou mauvaises pratiques 11. L'attitude se réfère à une disposition, une capacité ou une facilité particulière qu'il faut posséder pour s'approprier ou non du savoir-faire nécessaire à l'accomplissement d'une action souhaitée qui influe sur le comportement d'un individu ou groupe d'individus,

sur la mise en place de modes de vie sains, d'un comportement de recherche de soins et l'observation des recommandations reçues en matière de soins de santé maternelle et néonatale 12.

- **Connaissances** : Les connaissances en promotion de la santé sont définies comme un ensemble d'informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée. Elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question de santé spécifique et portent tant sur la capacité pour l'individu à définir le concept étudié, mais aussi à énoncer les différents éléments qui le constituent tels la prévention, la transmission, le traitement 13.

- **Aptitudes** : Les aptitudes sont des compétences personnelles, interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux individus de maîtriser et de diriger leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci en lien avec les spécificités socioculturelles qui influencent l'adoption de bonnes ou mauvaises pratiques 11, 13.

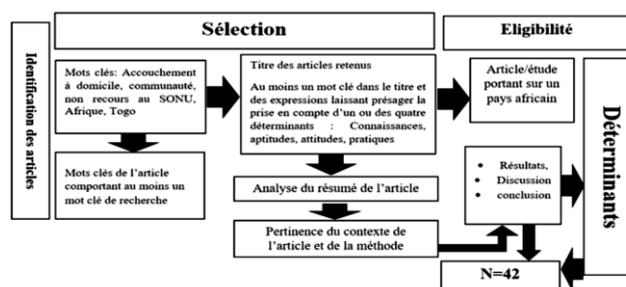
- **Les pratiques**

Les pratiques sont des actes réels accomplis par une personne, une famille ou une communauté en situation et dans son contexte, c'est aussi l'application, l'exécution et la mise en action des règles. Les pratiques exposent ou préservent face au problème de santé étudié. Ils constituent le principal indicateur de promotion de la santé 11.

METHODOLOGIE

Pour la recherche sur la thématique abordée dans cette étude, nous avons utilisé l'interface de recherche PubMed qui est une version libre accès de Medline, une base de données bibliographique qui répertorie les articles des revues scientifiques notamment la recherche avancée avec MeSH en procédant par la définition et l'utilisation de mots clés étant donné que les descripteurs MeSH sont des termes uniques choisis pour représenter les concepts dans la base de données. Un choix préalable n'avait pas été fait au début de notre recherche incluant tel ou tel pays. Les mots-clés utilisés pour notre recherche sont les suivants « Accouchement à domicile Connaissances, attitudes, aptitudes, pratiques », « Accouchement à domicile perception des communautés sur les risques du non recours aux SONU », « Accouchement à domicile et SONU et communauté », « SONU Connaissances, attitudes, aptitudes, pratiques des accouchements à domiciles et perception des communautés ».

Figure :Diagramme de sélection des articles

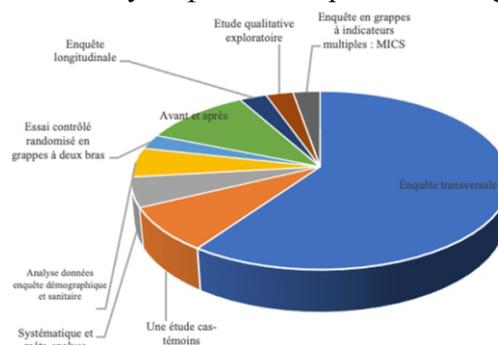


RESULTATS

Tableau :Sources des articles et pays

Pays	Nombre d'étude	Source
		1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370742/
		2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32460736/
		3. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28705188/
		4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32046677/
		5. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31113407/
		6. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35087152/
		7. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32489302/
		8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30255784/
		9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30255783/
Ethiopie	15	10. https://doi.org/10.1186/s12884-020-02989-7
		11. http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/55
		12. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615014/
		13. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13104-019-4450-6.pdf?pdf=button
		14. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6308731/pdf/EH52804-0403.pdf
		15. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6308736/
Ghana	3	1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26446143/
		2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33339526/
		3. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163492/
Tanzanie	3	1. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-02967-z
		2. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-2728-2
		3. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26730461/
Nigéria	2	1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27571552/
		2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32538946/
Uganda	2	1. https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1362826
		2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26538084/
Kenya	1	1. http://www.african-med-journal.com/content/series/25/2/15/full
Liberia	1	1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22954031/
South Soudan	1	1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7189725/pdf/12894_2020_Article_2910.pdf
Egypte	1	1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7322893/
Malawi	1	1. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2084-7
Mozambique	1	1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28770025/
Sierra Leone	1	1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25886036/
Erythré	1	1. https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23550/report.pdf;sequence=1
Sénégal, Ethiopie, Malawi, Rwanda, Tanzanie, Zambie, Namibie, Ghana, République Démocratique du Congo	1	1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34059443/
14 Pays de l'Afrique de l'Ouest dont le Togo	1	1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268225/pdf/12959_2020_Article_1204.pdf
64 pays du monde dont 36 pays Africains, Argentina, Guatemala, India, Kenya, Pakistan and Zambie	1	1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC581368/
Togo	5	1. http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/83
		2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3219794/
		3. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33000458/
		4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28501539/
		5. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34550552/
		6. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27856038/

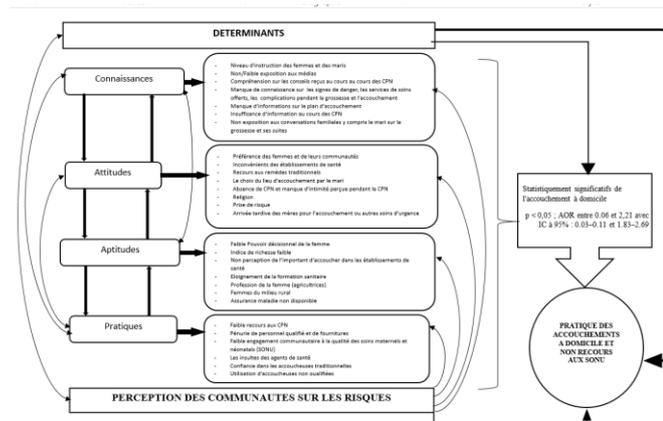
Figure : Répartition des types d'études des 37 articles analysés pour l'Afrique sans le Togo



La figure 3 ci-dessus présente les différents types d'études et leur proportion pour les 37 articles analysés pour l'Afrique sans le Togo.

La figure 4 ci-dessous quant à elle, présente les différents déterminants et les différentes variables qui les composent. Ces déterminants sont liés les uns aux autres et les limites de où commence l'un et ou fini l'autre sont difficiles à déterminer. A travers tous les articles analysés, il ressort que les déterminants connaissances, attitudes, aptitudes étaient des prédicteurs statistiquement significatifs de la pratique de l'accouchement à domicile avec des valeurs statistiques plus ou moins situées autour de $p < 0,05$; OR entre 0,06 et 2,21 et l'IC à 95% : 0,03–0,11 et 1,83–2,69. En fonctions des différentes variables qui les composent, ces déterminants sont significativement associés à l'accouchement à domicile et donc au non recours au SONU par les femmes, les familles et leurs communautés. Ces déterminants ont un point d'achoppement qui sont les CPN de qualité qui renforcent les connaissances, les attitudes et les aptitudes des femmes, des familles et des communautés pour conduire aux pratiques de soins voulues pour les femmes et leurs nouveau-nées. Il ressort ainsi que le contenu de la qualité des CPN est composés des variables regroupés sous les différents déterminants. Il a été trouvé que l'exposition aux conversations familiales avait une association statistiquement significative ($p < 0,05$) avec un accouchement institutionnel plus élevé, des soins postnatals précoces, des soins hygiéniques du cordon ombilical et thermiques pour le nouveau-né.

Figure : Prédicteurs statistiquement significatifs de l'accouchement à domicile et liens de causalité des déterminants issus de la recherche



Sources : Auteurs du présent article et des articles objets d'étude

Un modèle de méta-analyse à effet aléatoire a été utilisé dans l'une des études pour examiner l'association entre l'absence de visite prénatale et l'accouchement à domicile en raison de

l'hétérogénéité significative parmi les études incluses ($IC = 94 \%$, $p = 0,001$), il a été révélé que les femmes qui n'ont pas de visite prénatale étaient 3,64 fois plus susceptibles d'accoucher à domicile par rapport aux femmes qui ont eu une visite prénatale. Ceci a également été démontré dans la plupart des articles analysés ici.

L'éloignement de la formation sanitaire du domicile de la femme, la faible exposition aux médias, le manque d'information sur le plan d'accouchement, le choix du lieu d'accouchement par le mari, le faible pouvoir décisionnel de la femme, l'indice de richesse faible, la confiance dans les accoucheuses traditionnelles, l'absence d'assurance maladie, la religion, les insultes des agents de santé à l'endroit des femmes enceintes, le faible engagement communautaire à la qualité des soins maternels et néonataux (SONU) sont entre autres les variables statistiquement significatifs de l'accouchement à domicile avec la valeur de p inférieure ou égale à 0,05 et IC à 95 %.

L'article qui a porté sur la méta-analyse des enquêtes démographiques et de santé de 67 pays à revenu faible ou intermédiaire sur la période de 2000-2019 a montré que sur les douze pays ayant des proportions de naissances à domicile supérieures à 50 %, sept se trouvaient dans la région de l'Afrique subsaharienne sur les 36. Les pays à plus forte prévalence d'accouchement à domicile étaient le Tchad (78 %, IC à 95 % : 0,77-0,79), l'Éthiopie et le Niger (70 %, IC à 95 % : 0,69-0,71) pour cette partie du monde. Il ressort que la pauvreté et le faible niveau ou l'absence d'instruction étaient significativement liés à l'accouchement à domicile et vient conforter les analyses des autres études. Une étude a démontré que suite au renforcement des connaissances des familles et des accoucheuses traditionnelles au Liberia, il y a eu une différence significative dans les urgences signalées précocement à l'instar du saignement abondant après l'accouchement par les accoucheuses traditionnelles formées sur compétences vitales à domicile (moyenne = 5,26, SD = 1,88) que chez les non formées (moyenne = 2,73, SD = 1,97, la valeur de $p < 0,001$). Si on considère les déterminants aptitudes et attitudes, une étude menée au Soudan du Sud a montré que tous les paiements antérieurs effectués pour l'accouchement dans l'établissement de santé doublaient le risque d'accouchement à domicile ($p = 0,021$). La mauvaise qualité perçue des soins par les communautés en raison de l'absence de personnel de santé et du manque de fournitures corrélé à l'attitude des soignants suscite la peur de la discrimination fondée sur le statut

social et économique des femmes ont été identifiés comme un obstacle majeur à l'accouchement en établissement. Au Ghana, une analyse qualitative a montré que la mauvaise attitude des infirmières et sages-femmes, le manque et le coût du transport, le coût des kits d'accouchement, les croyances et pratiques traditionnelles étaient des causes d'accouchements à domicile, il en est de même pour les femmes qui n'ont pas été exposées à l'information (OR = 13,64, $p < 0,001$). Les actions en faveur de l'implication des hommes par une amélioration de leurs connaissances sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et les périodes post-partum en Tanzanie a permis une nette amélioration de la prise de décision partagée sur le lieu de l'accouchement (46,8 % contre 86,7 %), montrant un effet net de 38,5 % (IC : 28,0 à 49,1 ; $p < 0,0001$). La richesse du ménage et l'éducation des femmes étaient les facteurs les plus importants de l'inégalité dans les visites prénatales et les accouchements en établissement de soins. La couverture sanitaire universelle est considérée comme l'un des principaux vecteurs de réduction des inégalités d'accès aux soins de santé maternelle et néonatale. Il a été trouvé que le prédicteur le plus puissant de l'accouchement en établissement dans les zones rurales desservies était la proximité d'un centre de santé et où les femmes vivant à moins de trois kilomètres avait 3,7 (IC à 95 % 1,7, 7,9) fois la probabilité d'un accouchement en établissement de soins

Au Togo, une étude a montré que le taux de mortalité fœtale per-partum de 65,12 ‰ est dû à l'absence des CPN et aux accouchements à domicile et que la réduction de la fréquence des mortinaissances dépendait d'une action populaire devant impliquer à la fois les décideurs de la santé, les populations et la collectivité. Pour le réseau SONU du Togo de 2013, si la marche et les déplacements motorisés sont considérés, malgré une couverture respective 81 % et 96,6 % de la population à la limite de 1 heure et de 2 heures, il ressort que l'accès physique aux SONU pour les femmes qui n'ont pas les moyens de s'offrir un transport motorisé reste inéquitable.

DISCUSSION

Les résultats de nos recherches trouvent une similitude avec l'étude menée par Adde KS et al sur les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) les plus récentes de 28 pays de l'Afrique Subsaharienne entre 2010 et 2018 qui a montré que les femmes riches avaient une probabilité plus élevée (ORA = 3,31, IC à 95 % = 3,10–3,53)

d'accoucher dans un établissement de santé que celles plus pauvres, que les femmes ayant fait des études supérieures (OR = 4,45, IC à 95 % = 3,87 à 5,10) et les femmes dont les partenaires avaient fait des études supérieures (OR = 1,51, IC à 95 % = 1,40 à 1,62) étaient plus susceptibles d'accoucher en établissement de santé que celles qui n'avaient pas d'éducation, les femmes qui écoutaient la radio presque tous les jours (AOR = 1,10, IC à 95 % = 1,00-1,21) et celles qui regardaient la télévision presque tous les jours (AOR = 1,86, IC à 95 % = 1,64-2,10) avaient une probabilité plus élevée d'accoucher dans une formation sanitaire par rapport à celles qui n'écoutaient ni la radio et ni ne regardaient pas du tout la télévision. Il est également ressorti de cette étude que les femmes qui n'avaient pas de difficultés par rapport à la distance séparant leurs domiciles des établissements de santé (AOR = 1,47, 95 % IC = 1,43–1,52) avaient une probabilité plus élevée d'accoucher dans une formation sanitaire que celles qui avaient des difficultés à s'y rendre 14.

Les résultats de la présente recherche trouve également des points de similitudes avec ceux de la recherche menée par Regassa et al à travers l'analyse des données des enquêtes démographiques et sanitaire de 11 pays d'Afrique de l'Est avec un échantillon total pondéré de 126 107 femmes incluses dans l'étude et les variables définies avec un rapport de cotes ajusté et un intervalle de confiance à 95 % et une valeur de $p < 0,05$ dans le modèle mixte linéaire généralisé et ont été signalées entre autre comme facteurs significativement associés à l'accouchement à domicile le niveau d'instruction (connaissance), le lieu de résidence (aptitude et attitude), le pays de résidence (aptitude et attitude), l'indice de richesse (aptitude), l'exposition aux médias (connaissance) 15. Les proportions élevées des accouchements à domicile sans assistance qualifiée démontrent que des efforts sont encore à consentir pour la création de la demande des SONU par les familles et communautés 12. Un partenariat franc et durable entre les formations sanitaires, les agents de santé et les communautés induira un changement de comportement des uns et des autres dans le respect mutuel et résoudra le problème des pratiques routinières constituant un obstacle majeur à la prestation institutionnelle des soins de santé maternelle et néonatale 16.

CONCLUSION

La demande des soins de santé maternelle et néonatale repose sur la prise en compte des déterminants connaissances, aptitudes, attitudes et

les pratiques des individus, des familles et des communautés ainsi que la une faible perception et appréciation des signes de danger qui ne favorisent pas le recours aux établissements de soins pour les accouchements afin de bénéficier des SONU de qualité. Ces déterminants sont imbriqués les uns dans les autres et ne peuvent être considéré isolement. Pour ce qui concerne les SONU et l'implication des communautés, des recherches supplémentaires doivent être conduite pour établir les liens de causalités en considérant les déterminants étudiés ici. Les aptitudes, connaissances, attitudes et les pratiques ressortent assez souvent dans les recherches, mais la perception logique du lien entre le non recours aux SONU et les accouchements à domicile n'est pas toujours démontrée. Si l'offre des soins est largement abordée à travers les recherches, la demande l'est moins.

REFERENCES

1. **USIAD, MCHIP, JHPIEGO.** Guide de mise en œuvre de programme soins obstétriques et néonataux essentiels (SONE). 2012. p. 14.
2. **Nkurunziza M.** Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins Le cas du milieu rural burundais. Éditions Presses de Sciences Po 2015 ; 2(74-75) :85-100.
3. **Holmer H, Oyerinde K, Meara JG, Gillies R, Liljestrand J, Hagander L.** The global met need for emergency obstetric care: a systematic review. *BJOG* 2015 ; 122(2) : 183-189.
4. **Ministère de la Santé,** de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins du Togo. Rapport du monitoring SONU Période : 2ème semestre 2019 et 1er semestre 2020. 2020 : 46.
5. **Organisation Ouest Africaine de la Santé.** Rapport annuel 2016 de l'OOAS. 2017 : 28.
6. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) : *MICS6 TOGO, 2017, Rapport final.* Lomé, Togo. 2018 :608.
7. **Brun M, Monet JP, Moreira I, et al.** Améliorer les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national de maternités de référence. United Nations Population Fund (UNFPA). 2020 :168.
8. **World Health Organization.** Soins de santé primaires, Cinquante-cinquième session Point 12 de l'ordre du jour. 2008. 2021 :7.
9. **AMDD, OMS, UNFPA, UNICEF.** Surveillance des soins obstétricaux d'urgence, manuel d'utilisation. Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS. 2009 :173.
10. **UNFPA.** Une intervention pressante : dispenser des soins obstétricaux d'urgence et des soins aux nouveau-nés. 2012 :8.
11. **Essi MJ, Njoya O.** Point de vue L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. *Health Sci. Dis*; 2013, 14(2):3.
12. **Organisation mondiale de la Santé,** Département Pour une Grossesse à Moindre Risque : Collaborer avec les individus, les familles et les communautés. WHO Press WHO/MPS/09.05. 2010 :67.
13. **Goutille F.** Connaissances, attitudes et pratiques dans l'éducation au risque : mettre en œuvre les études CAP. Catherine Clavel, Catherine Dixon Handicap International - Pôle Publications Professionnelles. 2009:42.
14. **Adde KS, Dickson KS, Amu H.** Prevalence and determinants of the place of delivery among reproductive age women in sub-Saharan Africa. *PLoS ONE* 2020; 5(12):14.
15. **Regassa LD, Tola A, Weldesenbet AB, Tusa BS.** Prevalence and associated factors of home delivery in Eastern Africa: Further analysis of data from the recent Demographic and Health Survey data. *SAGE Open Med* 2022;10 (1-10):10.
16. **Bayo P, Belaid L, Tahir EO et al.** Midwives do not appreciate pregnant women who come to the maternity with torn and dirty clothing”: institutional delivery and postnatal care in Torit County, South Sudan: a mixed method study. *BMC Pregnancy and*