



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

Perception Des Primigestes Sur Les Indications De La Césarienne Dans La Zone De Sante De Kalamu 1 Ville Province De Kinshasa Rdcongo

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

PERCEPTION DES PRIMIGESTES SUR LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE DANS LA ZONE DE SANTE DE KALAMU 1 VILLE PROVINCE DE KINSHASA RDCONGO.★

Bob SENKER NDIRIMBA ^a, Carrel KALALA KAYEMBE ^b, Laurence KHUTI BINDA ^c, Fidèle TSHIBANDA MULANGU ^d, Christ-vie LUAMBA DIAMUILA ^e, Jean Fidèle BOYOO EKANGU ^{f*}

A. Chercheur Université de Kinshasa

B. Assistant, Université Pédagogique Nationale

C. Assistante, Université Pédagogique Nationale

D. Assistant, ISTM-Morave

E. Assistante université Pédagogique Nationale.

F. Chef de Travaux, ISTM-Basankusu

Received 10 October 2022; Accepted 20 October 2022

Available online 25 October 2022

2787-0146/© 2022 IJSSASS Ltd. All rights reserved.

ARTICLE INFO

Keywords:

Perception

Primigestes

Césariennes

Zone de santé..

ABSTRACT

La césarienne est une intervention chirurgicale. Elle permet l'accouchement par voie haute. Cette intervention est réalisée lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles. Alors que certaines femmes interprèteraient négativement les indications de la césarienne et indexeraient particulièrement les professionnels de santé d'être à la base et ce serait pour un but lucratif. Alors que les résultats observés dans cette étude, nous offrent la possibilité de croire que la majorité des primipares dont la césarienne a été indiquée, auraient des antécédents des consultations prénatales non suivies pour les unes et très mal comprises pour les autres.

Introduction

Selon [Ouvrard, C. 2014], les principales causes associées à une demande maternelle de césarienne seraient la peur de la naissance, en particulier chez les primipares ; ainsi que les

mauvaises expériences lors d'une précédente grossesse. Les débats et les controverses actuels autour de la césarienne sur demande sont aussi liés à de nouvelles problématiques: la demande accrue des femmes de participation active au choix du mode

d'accouchement (autonomie de décision de la patiente) et l'éventuelle augmentation du risque de procédure juridique envers le médecin quant au choix du mode d'accouchement en cas de complications.

Dans une étude sur 1 034 femmes en début de travail, [Chauhan et al ,2014], ont montré que si la pertinence de l'échographie était supérieure à celle de l'examen clinique en cas d'accouchement prématuré, elle était comparable en cas d'accouchement à terme ou après 41 SA. Lors de l'échographie du 3^e trimestre, réalisée entre 32 et 34 SA, La césarienne peut être décidée en cours de travail quand l'accouchement par voie basse devient impossible. Elle peut aussi être pratiquée en urgence pour sauver la mère ou l'enfant. Parfois, elle peut se faire en extrême urgence. La césarienne est une intervention courante dont le déroulement est simple. Elle est devenue de plus en plus sûre mais ce n'est pas un acte anodin. Elle reste associée à une augmentation de risque pour la santé de la mère par rapport à l'accouchement par les voies naturelles. Les risques principaux sont les ruptures utérines lors des grossesses suivantes et les anomalies d'insertion placentaire (placenta prævia ou accreta). Outre ces aspects médicaux, la césarienne peut aussi avoir des conséquences psychologiques, esthétiques et sexuelles délétères [Nwosu Z.C., 2010].

[Chaignot, 2015], la césarienne peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves. En cours d'opération, des lésions d'organes de voisinage de l'utérus peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure de la

vessie, des voies urinaires, de l'intestin ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique. Dans le cas exceptionnel d'hémorragie provenant de l'utérus pouvant menacer la vie de la patiente.[Pereira G,2013], La fréquence de la césarienne pour dystocie varie d'une équipe à l'autre et représente 15 à 38 % de toute la césarienne principalement chez les primipares.

Dans la littérature, les facteurs de risque de dystocie les plus communément étudiés sont : la petite taille 150cm, le jeune âge 19 ans ou, à l'opposé, l'âge 30 ou 35 ans, la nulliparité ou au contraire la parité élevée, les utérus cicatriciels [Nickel, 2013]. Le [Jeunne , C. *et al.* (2018)], Une césarienne peut être proposée si des difficultés dans le déroulement de l'accouchement sont prévisibles et susceptibles d'entraîner des conséquences pour le bébé ou la mère. Il existe des situations rares qui empêchent l'accouchement par les voies naturelles par exemple : mauvais positionnement du placenta. La césarienne programmée est alors absolument nécessaire. On notera également qu'une femme ayant eu une césarienne est exposée à un risque de 50% d'accoucher à nouveau par césarienne lors d'un l'accouchement suivant. La césarienne a un impact sur le lien mère-enfant. Les mères ayant eu une césarienne ont moins tendance à allaiter leur enfant Dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée. [L'OMS, 2020], préconise un taux de césarienne à 15%.

La césarienne est la cause d'une morbidité importante, c'est pourquoi il peut être

intéressant d'abaisser notre taux à celui recommandé par l'OMS. On notera que l'OMS a sorti de nouvelles recommandations concernant le taux de césarienne en 2016 : « La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin » afin de mieux cibler les indications pour chaque femme et de ne pas pratiquer de césarienne sans réel motif médical. Le taux de césarienne doit être étudié selon des groupes définis pas les comorbidités materno-fœtales via le score de [Robson, OMS, 2014]. La césarienne sur demande maternelle pourrait être la résultante de facteurs multiples comprenant des facteurs internes (expérience personnelle, perception de la naissance, etc.), facteurs externes (informations obtenus auprès de la famille, des amis, des médias, des professionnels de santé) mais aussi plus spécifiques (impression d'une sécurité pour l'enfant et pour la mère, notion de contrôle et de préservation).

En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses mono fœtales. Plusieurs types de facteurs, liés entre eux, peuvent influencer sur le nombre d'actes de césariennes programmées : les caractéristiques des primigestes, celles des maternités, et les pratiques médicales. Le pronostic materno-fœtal est non seulement conditionné par la césarienne mais aussi par la pathologie ayant motivé l'acte opératoire. Comme dans la plupart des pays en développement. La santé de la reproduction dans sa composante la

protection maternelle et infantile, une recommandation sérieuse est de réduire sensiblement la prévalence de césarienne. Or, parmi les pistes potentielles pouvant contribuer à la réduction de cas de césarienne et des inconvénients y afférant, la consultation prénatale occupe une place de choix. Dans nos différentes supervisions, particulièrement dans la zone de santé de KALAMU, selon les indicateurs, à notre portée, nous avons constaté que la majorité de primigestes dont la césarienne avait été indiquée, auraient des antécédents de consultations prénatales moins bien suivi. C'est ainsi que certaines d'entre elles reprochaient les professionnels de santé des différentes formations sanitaires de pouvoir indiquer la césarienne pour un but lucratif. Au regard de ce qui précède, nous nous sommes posés les questions suivantes : les primigestes de la zone de santé de kalamu I ont-elles des connaissances suffisantes sur les indications de la césarienne et quelles sont leurs Perception face à ce dernier? Nous sommes partis d'une hypothèse selon laquelle certaines caractéristiques sociodémographiques, facteurs physiologiques et psychologiques de nos enquêtées justifieraient le faible niveau des connaissances et une mauvaise perception de l'indication de la césarienne par les primigestes. Le but de cette étude est d'évaluer le niveau des connaissances et la perception des primigestes sur les indications de la césarienne. Pour y parvenir, nous nous sommes fixés les objectifs spécifiques en ces termes : Décrire les caractéristiques sociodémographiques, facteurs physiologiques et psychologiques des primigestes ;

Déterminer la fréquentation de primigestes aux CPN, déterminer avec précision le type de relation qui existerait entre les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et la perception de l'indication de la césarienne et proposer quelques pistes de solutions et suggestions.

Notre étude s'est effectuée en République Démocratique du Congo dans la Zone de santé de Kalamu 1 précisément à l'Aire de santé kimbangu dans le Centre de Santé et Maternité Bondeko/Bondo, et d'une durée de 3 mois pendant la période allant du 15 juillet au 15 octobre 2022. Notre étude révèle du domaine de la santé publique en général et de manière particulière dans sa filière de la prévention et réduction de fréquence de la césarienne dans la ville province de Kinshasa.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Présentation de la zone de santé

II.1.a. Situation géographique

La zone de santé urbaine de KALAMU I est une entité sanitaire décentralisée, étendue sur une superficie de 4 Km² dans la commune administrative de KALAMU, district sanitaire de la FUNA, ville Province de Kinshasa, République Démocratique du Congo. Son siège administratif (Bureau Central) se trouve sur l'avenue BAGATA

n°1, quartier Matonge2, dans l'enceinte des installations de la maison communale de KALAMU.

La zone de santé est bornée :

- Au Nord, par les zones de santé de Kinshasa et de Barumbu, séparées par la rivière zoao ;
- Au Sud, par la zone de Santé de MAKALA, séparée par l'avenue Luanza ;
- A l'Est, par les zones de santé de KALAMU II et de LIMETE, séparée par l'avenue Bongolo et l'avenue de l'Université ;
- A l'Ouest, par l'avenue Kasa-vubu qui la sépare de la zone de santé de Kasa-vubu et l'avenue Elengesa qui la sépare de la zone de santé de Ngiri-Ngiri. Cette zone de santé compte au total 10 Aires de Santé qui correspondent aux 10 quartiers des 18 quartiers administratifs que compte la municipalité. Il s'agit notamment des aires de santé suivantes : Immo-Congo ; Kauka1, Kauka2, Kauka3, Kimbangu1, Kimbangu2, Kimbangu3, Matonge1, Matonge2 et Matonge3.

3.1. CADRE DEMOGRAPHIQUE

La zone de santé KALAMU I est couverte par une population totale estimée de 175411 habitants estimés pour l'année 2021. Cette population est répartie comme suit, par cibles et par aires de santé :

Tableau 1 : REPARTITION DE LA POPULATION DE LA ZONE DE SANTE PAR CIBLES EN 2021

AIRESDES ANTE	POPULATION TOTALE	0-11mois 3,49%	FEMMESE NCEINTES 4%	6-11mois 1,9%	12-59mois 5,1%	0-59mois 18,9%	6-15ans 48%	FEMMES EN AGE DE PROCREER 21%
IMMOCONGO	6608	231	264	126	998	1249	3172	1388
KAUKA1	32406	1130	1296	615	4893	6124	15555	6805
KAUKA2	8381	299	343	163	1296	1622	4119	1802
KAUKA3	10199	356	408	194	1540	1928	4896	2142
KIMBANGU1	23519	821	941	447	3551	4445	11289	4939
KIMBANGU2	24735	863	389	470	3735	4675	11873	5134
KIMBANGU3	19219	671	769	365	2902	3632	9225	4036
MATONGE1	15950	557	638	303	2408	3015	7656	3350
MATONGE2	18395	642	736	350	2778	3477	8830	3863
MATONGE3	15999	558	640	304	2416	3024	7680	3360
TOTAL	175411	6128	6424	3337	26517	33191	84295	36819

Source : Estimation issue de la Base des données actualisée des Estimations du BCZS KALAMU1, 2021)

2.1. Type d'étude

Cette étude est du type descriptif transversal.

2.2. Population de l'étude

Pour constituer notre base de sondage, nous avons fait recours aux fiches de consultation prénatale des primigestes dont la césarienne était indiquée. La population cible de notre étude est constituée des femmes primigestes. La population échantillonnée de notre étude est constituée des primigestes du Centre de Santé et Maternité Bondeko. Notre échantillonnage est de type probabiliste stratifié à plusieurs degrés. Notre choix

a porté sur les primigestes ayant débutée les CPN au Centre de Santé Bondeko dans la zone de santé Kalamu I.

2.3. Méthode, technique et instrument de collecte des données.

Dans cette étude, nous avons fait recours à la combinaison méthodologique, qui justifie la méthode d'enquête, la méthode d'analyse systémique, elle nous a aidés de situer le niveau des primigestes. De plus, la partie statistique nous a conduit à effectuer la tabulation des données et discussion des résultats y afférents. Nous avons utilisé la technique de documentation et d'interview

semi structurée pour nous faciliter la collecte des données auprès des primigestes aux sites où ils se trouvent dans la zone de santé Kalamu 1 au Centre de Santé et Maternité Bondeko.

Pour atteindre notre objectif général et d'accéder aux informations utiles pour cette étude, nous avons recouru aux fiches de consultation prénatale, cahier de CPN et au guide d'entretien ou d'interview. Ces instruments ont été conçus pour identifier les problèmes liés à la connaissance et attitude des primigestes face aux indications de la césarienne. Les données validées ont été saisies et seront analysés à l'aide du logiciel SPSS version 22. Le plan d'analyse des données sera présenté de la manière suivante : Analyse descriptive ou uni variée et Analyse bi variée.

III. RESULTATS

Tableau 1 : Profil sociodémographique

Tranche d'âge	ni	%
25 à 30 ans	14	18,9
31 à 35 ans	18	24,3
Supérieur ou égal à 36 ans	42	56,8
Total	74	100,0

L'analyse de ce tableau renseigne que 56,8% sont dans la tranche d'âge de supérieur ou égale à 36 ans.

Tableau 2 : Etat matrimonial

Etat matrimonial	ni	%
Célibataire	58	78,4
Mariée	16	21,6
Total	74	100,0

Quant à leur état matrimonial 78,4% sont célibataires et 21,6% sont des femmes mariées.

Tableau 3 : Profil éducationnel

Profil éducationnel	ni	%
Sans niveau	39	52,7
Primaire	16	21,6
Secondaire	8	10,8
Supérieur	11	14,9
Total	74	100,0

Il ressort de ce tableau que 11 primigestes soit 14,9% avaient un niveau supérieur alors que la majorité soit 52,7% étaient non instruites.

Tableau 4 : Profil spatial des enquêtées

Profil spatial des enquêtées	ni	%
Kalamu	35	47,3
Bumbu	8	10,8
Makala le destin	8	10,8
Ngiri-ngiri	19	25,7
Autres (à préciser)	4	5,4
Total	74	100

Ce tableau démontre que nos enquêtées provenaient de la commune de Kalamu avec 47,3%.

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon les nombres de CPN

Nombres de CPN	ni	%
Aucune fois	29	39,2
Au moins 1 fois	15	20,3
Au moins 2 fois	13	17,6
Plus de 3 fois	17	23,0
Total	74	100,0

Au regard de ce tableau, nous constatons qu'il y a 39,2% des primigestes qui n'ont jamais assisté aux CPN.

Tableau 6 : Répartition des primigestes selon les indications de la césarienne

indications de la césarienne	ni	%
Pré – éclampsie	26	35,1
Dystocies	15	20,3
Macrosomie fœtale	15	20,3
Mauvaise présentation	11	14,9
HTA	7	9,5
Total	74	100,0

Il ressort de ce tableau que les césariennes observées ont été indiquées pour la pré éclampsie 35,1%.

Tableau 7 : Répartition des primigestes selon les termes de la grossesse

Age de la grossesse	ni	%
---------------------	----	---

< 36 S.A	24	32,4
37 à 41 S.A	30	40,5
> 41 S.A	20	27,0
Total	74	100,0

Il ressort de ce tableau, 40,5% avaient de grossesse dont l'âge était de 37 S.A à 41 S.A.

Tableau 9 : Type de césarienne

Type de césarienne	Fréquence	Pourcentage
Urgence	24	32,4
Programmé	50	67,6
Total	74	100,0

Ce tableau démontre que la plus part des césariennes pratiquées étaient programmées soit 67,6% et suivi de la césarienne d'urgence 32,4%.

Tableau 11 : Perception des primigestes sur les indications de la césarienne

Perception	ni	%
Refus	48	64,9
Acceptation	26	35,1
Total	74	100,0

L'analyse de ce tableau nous indique que 39,2% refusent la césarienne annoncée.

Tableau 12 : connaissances des primigestes sur les indications de la césarienne

Connaissances	ni	%
Suffisante	26	35,1
Insuffisante	48	64,9
Total	74	100,0

Il découle de ce tableau que parmi 74 primigestes enquêtées, 64,9% n'ont pas suffisamment les connaissances sur les indications de la césarienne.

3.2. Analyse Bi variés

Tableau 13 : Corrélation entre type de césarienne et tranche d'Age

				Tranche d'âge		Total
		25 à 30 ans	31 à 35 ans	36 ans et plus		
Type de césarienne	Urgence	0	0	24		24
		,0%	,0%	57,1%		32,4%
	Programmée	14	18	18		50
		100,0%	100,0%	42,9%		67,6%
Total		14	18	42		74
		100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Chi-carré = 29,510 ddl=3 p=0,000.

Nous constatons dans ce tableau que les types de césarienne dépendent de la tranche d'âge. Il s'observe une différence statistiquement très significative. $X^2 = 29,510$ ddl=3 p=0,000.

Tableau 15 : corrélation entre Type de césarienne et Etat matrimonial

		Etat matrimonial		Total
		Célibataire	Mariée	
Type de césarienne	Urgence	8	16	24
		13,8%	100,0%	32,4%
	Programmée	50	0	50
		86,2%	,0%	67,6%
Total		58	16	74
		100,0%	100,0%	100,0%

Chi carre = 29,510 ddl=3 p=0,000.

Nous constatons dans ce tableau que les types de césarienne avec l'état matrimonial a une influence par rapport à notre étude. Il s'observe une différence statistiquement très significative. $X^2 = 29,510$ ddl=3 p=0,000.

IV. DISCUSSION

Ces résultats justifient que les primigestes du Centre Bondeko de Bondo, n'avaient pas des connaissances suffisantes en ce qui concernent les indications de la césarienne. Dans le profil sociodémographique au tableau 1, nous avons trouvé la tranche d'âge 36 et plus avec 56,8%, suivi

de 31 à 35 ans avec 24,3% et 25 à 30 ans avec 18,9%. Comparativement à l'étude réalisée par Baubeau ; on observe qu'en 2011 les femmes césarisées sont en moyenne un peu plus âgées que celles qui ont accouché par voie basse. Au terme de notre étude la tranche d'âge prédominante est celle comprise entre 36 ans et plus. Selon l'état matrimonial au Tableau de nos enquêtées, nous avons 78,38% des célibataires et 21,62% des femmes mariées.

Comparant nos résultats à l'étude réalisée par ILUNGA, celui-ci, renforce bien que les primigestes non mariées, ne suivent presque pas la CPN par manque des finances et accouchent dans des structures de soins parfois clandestines.

Dans le profil des primigestes ayant suivies la CPN, nous avons trouvé que 39,20% des primigestes qui n'ont pas suivies la CPN, et 17,56% ont suivie. Comparant nos résultats à celui de Bourgain et Dailland, c'est lors de la CPN qu'on peut déceler les complications de la grossesse par les sages-femmes, détecter les dystocies et mauvaises positions par les résultats de l'échographie permettant à l'obstétricien de prendre une décision en tenant compte de la santé de la gestante, soit l'obstétricien. La CPN Permet l'indication d'une césarienne avant le déclenchement du travail soit pendant le travail, ou lorsque l'accouchement traîne à se réaliser.

Dans le profil éducationnel, nous avons trouvé que 14,87% des enquêtés n'avaient pas des connaissances suffisantes. Comparativement à l'étude menée à Kisangani dans la zone de santé de Kabondo par Useri Bukunga qui avait trouvé 45% qu'ont des connaissances suffisantes. Selon les indications au tableau sur le profil des enquêtés selon leurs indications de la césarienne, nous avons trouvé que la pré-éclampsie occupait 35,1% contrairement aux autres indications chez les primigestes.

Comparant notre étude à celui de Ouard [2014], les principales causes associées à une demande maternelle de césarienne seraient là pour la

naissance, en particulier chez les primigestes ; ainsi que les mauvaises expériences lors d'une précédente grossesse. Selon le terme dans ce tableau en parlant des indications de la césarienne chez les primigestes selon le terme de la grossesse, il y a 24,32% des primigestes dont la grossesse était < 36 S.A et 59,45 de 37 à 41 S.A. ; nos résultats se rapprochent à l'étude sur 1034 femmes en début de travail, Chauhan et Al (2014), ont montré que la pertinence de l'échographie était supérieure à celle de l'examen clinique en cas d'accouchement prématuré.

Selon Bouamana H. au CHU Hassan II à souligner que les principales indications de la césarienne chez les primigestes étaient dominées par les dystocies. Nous constatons dans notre étude, que les types de césarienne dépendent de la tranche d'âge. Il s'observe une différence statistiquement très significative. $X^2 = 29,510$ ddl=3 $p=0,000$. A l'issue du tableau parlant de la perception ou les attitudes des primigestes sur les indications de la césarienne et le tranche d'âge, nous constatons que l'âge a une influence sur les la perception des primigestes lorsqu'on l'annonce l'indication de la césarienne. Il s'observe une différence statistiquement très significative. $X^2 = 29,510$ ddl=3 $p=0,000$. Concernant la perception des primigestes sur les indications de la césarienne et l'état matrimonial ; Il s'observe une différence statistiquement très significative. $X^2 = 29,510$ ddl=3 $p=0,000$.

V. CONCLUSION

Le refus des consultations prénatales conduit à la prise de décision et une indication tardive de la césarienne et parfois dans un état critique et exposé ainsi aux risques aussi bien maternel que fœtaux. Dans notre étude, la première indication de la césarienne était la dystocie. Eu égard de la problématique où nous nous sommes posés les questions de savoir la perception des femmes sur l'indication de la césarienne dans la Zone de santé de Kalamu 1 (cas de l'Aire de santé kimbangu dans le Centre de Santé et Maternité Bondeko/Bondo) et si les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées auraient-elles des relations avec leur perception sur l'indication de la césarienne. Nous avons formulé les hypothèses selon lesquelles : la perception de l'indication de la césarienne par ces femmes serait négative et il existerait une relation entre les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et leur perception sur l'indication de la césarienne.

Ainsi pour atteindre notre but, nous nous fixons les objectifs spécifiques de Décrire les caractéristiques sociodémographiques des primigestes ; Déterminer la fréquentation de primigestes aux CPN ; Déterminer le type de relation qui existe entre certaines variables ; Proposer quelques pistes de solutions et suggestions. La méthode utilisée est l'enquête descriptive ; les techniques utilisées ont été respectivement l'analyse documentaire et l'interview qui nous ont permis la collectes les données sur terrains auprès des primigestes. Le traitement de données a été fait avec

un logiciel SPSS version 22.00 ou ces dernières ont été saisies, codifiée , nettoyées à l'aide de l'Excel et exportées pour une analyse tant descriptive qu'analytique à l'aide de test de chi carré dont le niveau de signification était fixe au $P > 0,05$. La population cible de notre étude était des primigestes de la zone de santé de kalamu I cas de l'aire de santé kimbangu au centre hospitalière et maternité Bondeko/Bondo avec l'échantillon de 74 sujets. Après avoir collecté et analysé les données, nous concluons que d'une manière générale nos enquêtées ont des connaissances sur la césarienne mais leur perception sur l'indication de la césarienne est très mauvaise. C'est ainsi que quelques suggestions ont été formulées

❖ **Aux autorités publiques et sanitaires**

- Améliorer la capacité d'accueil du service de gynéco-obstétrique ;
- Intensifier des séances de communication pour le changement de comportements sur l'intérêt des CPN et accouchent assistés
- Renforcer la scolarisation des filles

❖ **Aux personnels de santé**

- Améliorer la qualité du CPN en se basant sur la CPN recentrée.
- Référent les patients à temps vers les structures appropriés en cas de grossesse ou accouchement à risque.
- Eviter l'utilisation abusive des utéro-toxique
- Sensibiliser les femmes primigestes sur l'intérêt du CPN.

❖ **Aux femmes et à la communauté**

- d'aller régulièrement au CPN
- Adhérer aux principes de la CPN recentrée.
- Reconnaître les signes de danger et se rendre rapidement au centre le plus proche
- Mettre l'accent sur l'hygiène.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amuli Jiwe et Ngoma Mademvo, Santé Communautaire, 2^{ème} Licence, ISTM/KIN, Inédit, 2014.
2. Bernard et Geneviève Pierre, Dictionnaire Médical pour les régions
3. Bibiche West, Connaissances et utilisations des méthodes Bruxelles 1966.
4. CHANHAR et All. , Ecographie et examens paracliniques,Ed.2014.
5. Dackam R., Rapport FNUAP 2009 ; 2013 et 201 de Bordeaux, Frange 2011.de Miami, 1986.
6. Développement d'une zone de santé, Article scientifique (Etude congolaise, Kinshasa 2007). Édition 2012
7. Enquête démographique et de santé R.D. Congo, 2007
8. Florie PIROT, Gynécologie Obstétrique, Ed. France. 2020
9. J.LANSSAC, Dystocies Dynamiques, ed. PUF ,2016
10. Jamont C., Ethique de la sexualité pour notre temps, Edition
11. KATAKO M. J., Notes de cours de Bio statistique II, ISTM/KIN,
12. Keiffer L. et Coll., Méthodes de rajeunissement, Edition Paris 1966.
13. MADEE R., Notions de sémiologie médicale, UNIKIN, Inédit, 2006.
14. MANZAMBI K. J., Notes de cours de laboratoire de Santé Publique,
15. Maseka C., Déterminants du non utilisation des méthodes
16. MBUYAMBA, Notes de cours d'éléments de sémiologie clinique, Mécanique, Edition Paris 1996.
17. NDWITE ALBERT, Pondération a partir de la philosophie des idiots, revue philosophique UPN/KIN 2014.
18. NWOSU Z.S., Aspects Médicaux de la césarienne ,Ed.2010.
19. OMS, Les dispositifs intra utérins et la planification familiale, 1983.
20. OUVRARD. C , Demande Maternelle de la césarienne,Ed.PUF,2014.
21. PEREIRA G. Césarienne chez les primipares, Ed. PUF,2013.
22. Programme national de santé de la reproduction, 2004
23. ROBSON ,Césarienne sur demande Maternelle,Ed. France,2014
24. Tandu Umba, De la théorie à la pratique, Edition PUK 2006.
25. UNICEF, Savoir pour sauver, édition 2001, 2002, 2003, 2011.
26. UNICEF, Situation de l'enfant dans le

monde, 1999, 2000, 2001.

27. Willy A. et Grese H., L'Infidélité conjugale, Edition Paris 1986.

*** Perception Des Primigestes Sur Les Indications De La
Cesarienne Dans La Zone De Sante De Kalamu 1 Ville Province
De Kinshasa Rdcongo.**

Received 10 October 2022; Accepted 20 October 2022

Available online 25 October 2022

2787-0146/© 2022 IJSSASS Ltd. All rights reserved.