

Facteurs explicatifs de mariage précoce chez les adolescentes dans l'Aire de Santé Balaw dans Zone de Santé de Budjala en RDC

[Explanatory factors of early marriage among adolescent girls in the Balaw Health Area in the Budjala Health Zone in the DRC]

Marie Jose Damose Ngandio¹ and Daniel Matili Widobana²

¹Licencié en Enseignement et Administration des soins Infirmiers (EASI), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Gemena, RD Congo

²Licencié en Gestion des Institutions de Santé, Chef des Travaux, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Gemena, 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: This study is conducted in the health zone of BUDJALA in the health area of BALAW on the explanatory factors of early marriages of adolescent girls.

To achieve the objective we have set, we asked the following research questions: what are the explanatory factors of early marriage among adolescents in the Budjala health zone, specifically those in the BALAW health area?

Our study is of the transversal descriptive type, we used the method of investigation supported by the technique of interior on the basis of a pre-established questionnaire as an instrument of data collection, the size of our sample is 320 adolescent girls living in the aforementioned health area.

In view of all the above we say that, Health interventions adapted to adolescents and young people are not taken into account, the particularities of physiological and emotional mutations of adolescents and young people, the prejudices that surround this age group, as well as that the need for their involvement in solving their problems remains a problem in the ZS of BUDJALA in particular and the DRC in general. The promotion of behaviors favorable to the sexual and reproductive health of adolescents and young people in order to contribute to the reduction of morbidity and mortality in this age group remains a battle horse for achieving the Millenium Objectives for development.

KEYWORDS: factor, marriage, precocious, adolescent.

RESUME: Cette étude est menée dans la zone de santé de BUDJALA dans l'aire de santé de BALAW sur les facteurs explicatifs des mariages précoces des adolescentes.

Pour atteindre l'objectif que nous avons fixé, nous avons posé des questions de la recherche suivantes: quels sont les facteurs explicatifs des mariages précoces chez les adolescents de la zone de santé de Budjala, précisément ceux de l'aire de santé BALAW ?

Notre étude est du type descriptif transversal, nous avons utilisé la méthode d'enquête soutenue par la technique d'intérieur sur base d'un questionnaire préétabli comme instrument de collecte des données, la taille de notre échantillon est de 320 adolescentes habitant dans l'aire de santé précitée.

Au vu de tous ce qui précède nous disons que, Les interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes ne sont pas prises en compte, les particularités de mutations physiologiques et émotionnelles des adolescents et jeunes, les préjugés qui entourent cette tranche d'âge, ainsi que la nécessité de leur implication dans la résolution de leurs problèmes reste un problème dans la ZS de BUDJALA en particulier et la RDC en général. La promotion des comportements favorables à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans cette tranche d'âge reste un cheval de bataille pour accomplir l'OMD.

MOTS-CLEFS: facteur, mariage, précoce, adolescente.

1 INTRODUCTION

Dans le monde, les adolescents traversent une phase de formation. Les jeunes contribuent de plus en plus à la croissance de la population, car la fécondité est de plus en plus précoce. La fécondité précoce comporte des risques de santé pour la mère et le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. En dehors des risques encourus par l'individu, l'activité sexuelle précoce est à la base d'une mortalité, morbidité maternelle et infantile non négligeable au niveau national. Les adolescents sont assurément le public cible, qui doit être éduqué à un changement de mentalité pour une vie sexuelle saine et responsable.

Les interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes sont un ensemble de services adaptés prenant en compte les particularités de mutations physiologiques et émotionnelles des adolescents et jeunes, les préjugés qui entourent cette tranche d'âge, ainsi que la nécessité de leur implication dans la résolution de leurs problèmes.

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales: soit é Le manque d'accès à l'information et aux services de santé d'adolescent est une des nombreuses raisons (PNSR, RDC 2010.

En RDC, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre à travers les différents programmes de santé de la reproduction. Cependant la prévalence de mariage précoce et grossesse non désirée chez les adolescents reste plus faibles à 75%. (PNSR RDC 2010 op cit)

1.1 QUESTION DE RECHERCHE

Pour y parvenir nous avons posé les questions suivantes:

Quels sont les facteurs explicatifs qui sont la base des mariages précoce des adolescentes de la zone santé de BUDJALA, précisément ceux de l'aire de l'aire sante BALAW ?

1.2 HYPOTHESE

Pour y parvenir nous sommes émies les hypothèses suivantes:

- La pauvreté de la famille serai à le cause des mariages précoce des adolescents de l'aire de santé BALAW;
- La coutume serai l'une des cause des mariages précoce des adolescents de l'aire de santé BALAW;
- L'influence des amie sera la cause des mariages précoce des adolescents de l'aire de santé BALAW;
- L'ignorance de leur période de fécondation et danger des grossesses précoce.

1.3 BUTS ET OBJECTIFS

Le but de cette étude est de Promouvoir les comportements favorables à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans cette tranche d'âge dans l'AS BALAW dans la ZS de Budjala. L'objectif de cette étude est de rechercher les facteurs explicatifs des mariages précoces des adolescentes dans l'Aire de Santé BALAW dans la ZS de Budjala.

2 APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 TYPE, DOMAINE, ET PERIODE D'ETUDE

Cette étude est du type descriptif transversal et s'inscrit dans le domaine de la santé publique, oriente vers la sante de la reproduction dans sa branche la sante de l'adolescent. La période de l'étude va du 05 janvier au 30 juin 2021.

2.2 POPULATION CIBLE

Pour cette étude, la population est constituée des adolescentes dans la zone de santé de BUDJALA précisément dans l'aire de santé BALAW

2.3 TECHNIQUE D'ECHANTILLONAGE

Nous avons utilisé l'échantillonnage probabiliste aléatoire simple du type exhaustif.

2.4 TAILE DE L'ÉCHANTILLON

Pour obtenir La taille de nos échantillons, nous avons utilisé la formule du Ministère de la Santé qui détermine la cible des adolescents qui est estimé à 10,7% de la population totale, à partir duquel nous avons tiré la taille d'échantillon de notre population selon la table randomisé de Morgan et Kreje. Ainsi pour l'Aire de Santé BALAW avec une population totale de 29.850 habitants avec une population cible annuel de adolescents de 3194, nous avons retenu 320 adolescentes comme notre échantillon qui représente 10% de cible annuel.

2.5 METHODE, TECHNIQUES ET INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES

Pour cette étude nous avons utilisé la méthode d'enquête, l'interview a été utilisé comme technique de collecte des donnée, tandis que un guide d'entretien nous a servie comme instrument de collecte des données.

2.6 CRITERE D'INCLUSION ET D'EXCLUSION POUR LA SELECTION

Pour être retenu dans notre étude, il faut:

- Avoir une tranche d'âge de 11 à 18 ans;
- Être membre de la population de l'Aire de Santé BALAW;
- Être une adolescente
- Accepter de participer volontairement à l'enquête;
- Être présent et disponible pendant la période d'enquête.

Ceux qui ne répondent pas à ces critères sont d'office exclues de notre étude.

2.7 MATERIEL

Nous avons utilisé un questionnaire préétablit, un stylo, et les outils informatiques utilisés pour la réalisation de ce travail.

2.8 PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

2.8.1 DÉMARCHE PRÉLIMINAIRES

De manière préliminaire, pour entrer au contact avec les autorités sanitaires, les et les adolescentes dans les villages et autres personnes de l'étude, nous nous sommes servis de l'attestation de recherche délivrée par le service général académique de l'ISTM/Gemena, donnant l'accès de mener à bien notre enquête. Cette attestation a été visée par les autorités de la zone de sante de BUDJALA.

2.8.2 COLLECTE DES DONNÉES PROPREMENT DITE

Après avoir eu le visa du Médecin Chef de Zone de santé et l'Infirmier Titulaire, nous avons expliqué au préalable à l'enquêtée l'importance des réponses et l'objectif de l'étude, en le garantissant l'anonymat et la confidentialité des réponses fournies. Cette attitude a permis de garder le secret fourni de sorte qu'aucune autre personne n'a pu écouter la conversation. C'est après le consentement éclairé de l'enquête que l'interview s'est effectué. Le temps de l'interview a été évalué à 10 munîtes par personne, aussi que la réaction des enquêtés par apport à certaines questions.

2.8.3 L'ENQUÊTE PROPREMENT DITE

L'enquête proprement dite de la collecte des données pour cette étude s'est déroulée entre le 05 janvier au 30 juin 2021. Cette période consiste à l'interview les adolescentes.

2.8.4 PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES

Le plan d'analyse des données est passé par les étapes suivantes:

- Regroupement des données dans cette phase, nous avons repartis et regroupé les sujets en tenant compte de leurs caractéristiques sociodémographiques;
- Codification pour le dépouillement, nous avons réalisé un dépouillement manuel après codification des données;

- Détermination des paramètres pour l'analyse statistique; Cette opération consistée au traçage des tableaux dans lesquels nous avons calculé le pourcentage de fréquences.

Tout travail de recherche se heurte toujours à des difficultés concernant la fiabilité des données, la taille de l'échantillon, la confection du questionnaire et le plan d'analyse de données écrites

Quoique ça nous avons tout fait pour réduire au maximum ces facteurs, nous sommes convaincus de n'avoir pas atteint la perfection, mais nous pensons que les efforts que nous avons fournis nous ont permis de réduire sensiblement les erreurs, pour arriver aux résultats crédibles et acceptables du moins, pour une étude du type descriptible comme le nôtre.

3 PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous allons présenter les données après la récolte sur terrain sous forme des tableaux statistiques et les calculées en terme de pourcentage pour chaque indicateur que nous avons considérés enfin de les analyser, puis les interprétés.

3.1 RÉSULTATS SE RAPPORTANT AUX CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOCRATIQUES DES ENQUÊTÉS

Tableau 1. Répartition de l'échantillon en fonction des classes d'âges en année révolue

Tranches d'âge (année)	Effectifs	Pourcentage
12-14	96	30
15-16	149	46,6
17	75	23,4
Total	320	100

Au regard de ce tableau que la tranche d'âge la plus enquêtés est celle de 15 à 16 ans avec 149 soit 46,6%, la tranche d'âge allant de 12 à 14 ans représente 30% soit 96 sur 320, et enfin ceux de 17 ans représente 23,40.

Tableau 2. Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquences	Pourcentage
Aucun	36	11,2
Primaire	124	38,8
Secondaire	160	50
Total	320	100

La lecture de ce tableau nous montre que le niveau secondaire domine avec 50% soit 160 enquêtées, le niveau primaire suit avec 38,8% et enfin 11,2% sont sans niveau.

Tableau 3. Répartition de l'échantillon en fonction de l'ethnie

Ethnie	Fréquences	Pourcentage
Kunda	152	47,5
Ngombe	38	11,9
Nbanza	26	8,1
Ngbandi	36	11,3
Autres	68	21,2
Total	320	100

Dans le tableau ci, l'ethnie Kunda domine avec 47,5% soit 152 adolescentes suivie des autres non cités si haut 68 soit 21,2%, les Ngombe ont 11,9%, les Ngbandi et les Mbanza prennent la fin avec 11,3% et 8,1%.

Tableau 4. Répartition des enquêtés selon leur religion

Religion	Fréquences	Pourcentage
Catholique	115	36,8
Eglise de réveil	85	26,6
Kimbanguiste	6	1,8
Musulman	3	0,9
Protestante	111	34,7
Total	320	100

Au regard de ce tableau, il est été noter que 36,8% soit 115 sont de Catholique et 34,6% soit des protestante, l'église de réveil représente 26,6%, les kimbanguistes et les musulman ont chacun 1,8% soit 6 adolescents et 0,9%

3.2 LES VARIABLES RELATIFS AVEC LES FACTEURS EXPLICATIF DE MARIAGE PRECOSE DES ADOLESCENTES

Tableau 5. Répartition de l'échantillon en fonction de la Connaissance de l'existence de service de santé adapté aux adolescents et les jeunes

Connaissance de l'existence des services de SAAJ	Fréquence	Pourcentage
OUI	15	4,7
NON	305	95.3
Total	320	100

Au regard de ce tableau, 305 enquêtées sur 320 soit 95,3% soit n'ont pas de la connaissance de l'existence de service de SAAJ, contre 15 soit 4.3% ont de la connaissance de l'existence de ce service.

Tableau 6. Répartition des enquêtes selon la fréquentation de services de santé adaptés aux adolescents et les jeunes (SSAAJ)

Fréquentation des services SAAJ	Fréquence	Pourcentage
OUI	34	10,6
NON	286	89,4
TOTAL	320	100

Au regard de ce tableau, il ressort que 89,4% soit 286 sur 320 ne fréquentent pas les services SAAJ 10,6% y fréquente soit 34 sur 320

Tableau 7. Répartition des enquêtées selon les raisons de non Fréquentation des services de SAAJ

Raison de non fréquentation des services de SAAJ	Fréquence	Pourcentage
Coutume	06	1,9
Religion	118	36,9
Ignorance de l'existence de service	196	61,2
Total	320	100

Dans notre étude Ignorance de l'existence de service était la principale raison de non fréquentation des services de SAAJ soit 61,2% suivi par la religion 36,9% et la coutume 1,9%.

Tableau 8. Répartition des enquêtes en fonction du fait d'avoir eu un rapport avec un partenaire

Avoir eu un rapport sexuel avec un partenaire	Fréquence	Pourcentage
OUI	267	83,4
NON	53	16,6
TOTAL	320	100

Il dégage dans ce tableau que 83,4% des adolescents avaient eu des rapports sexuels avec son partenaire sexuels, contre 16,6% qui n'ont pas eu de rapports sexuels.

Tableau 9. Tableau 9: Répartition des enquêtées en fonction de l'opinion sur Les mariages des adolescentes

Opinion sur les mariages des adolescentes	Fréquence	Pourcentage
Approuve	54	16,8
Désapprouve	136	42,5
Sans opinion	130	40,6
Total	320	100

Ce tableau nous montre que les adolescentes ont des opinions différentes sur les mariages précoces, cela est prouvé par les résultats ci après 42,5% désapprouve et 40,6% sans opinion

Tableau 10. Répartition des enquêtées en rapport avec les raisons des mariages précoce des adolescentes

les raisons des mariages précoces des adolescentes	Fréquence	Pourcentage
Influence des amies	68	21,2
Coutume	50	15,6
L'ignorance de leur période de fécondation et danger des grossesses précoce	166	52
La pauvreté de la famille	36	11,2
Total	320	100

Ce tableau nous montre que, L'ignorance de leur période de fécondation et danger des grossesses précoce représente 166 soit 52% suivie de l'influence des amies 68 sur 320 soit 21,2 %, la coutume représente 15.6% tandis que la pauvreté de la famille 36 soit 11.2%.

Tableau 11. Répartition des adolescents selon l'utilisation de contraceptif pendant les rapports sexuel

Utilisation des contraceptifs pendant le rapport sexuel	Fréquence	Pourcentage
OUI	94	29,4
NON	226	70,6
Total	320	100

La méthode contraceptive n'est pas utilisée par 226 soit 70,6% des jeunes seulement 94 soit 29,4 % qui ont déjà utilisée la méthode contraceptive pendant le rapport sexuel.

4 DISCUSSIONS DES RESULTATS

Au terme de présentation et interprétation des données de notre étude, le problème essentielle était de savoir: quelles peuvent être les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents en matière de la planification familiale dans l'AS de BALAW dans la zone de santé de BUDJALA dans la province de SUD-UBANGI en RDC.

Après analyse des résultats présentés, nous avons constatés que:

La majorité des adolescentes étaient âgés de 15-16 ans soit 46,6% des enquêtés. L'âge moyen est de 14,5 ans avec des extrêmes de 12,5-16,5 ans.

Niveau d'instruction des adolescentes : niveau secondaire domine avec 50%, niveau primaire représente 38,8% cela est comparable aux résultats obtenus par Odile NYALOLUKO dont 47,4% dans son travail sur les facteurs explicatifs de la prostitution des adolescentes dans le quartier du Congo en 2016

La majorité des enquêtés sont des catholique et protestante avec 36,8%et34,7%, les églises de réveil avec 26,6% et cela a un impact négatif sur utilisation des méthodes contraceptive,

Etant donné que l'AS de Balaw est rural, les majorités de la population sont de l'ethnie kunda 47,5%.

Au regard de ce tableau, 305 enquêtées sur 320 soit 95,3% soit n'ont pas de la connaissance de l'existence de service de SAAJ, contre 15 soit 4.3% ont de la connaissance de l'existence de ce service.

Au regard de tableau no 5, il ressort que 89,4% soit 286 sur 320 ne fréquentent pas les services SAAJ 10,6% y fréquente soit 34 sur 320

Dans notre étude le tableau no 7 nous montre l'absence de besoin était la principale raison de non fréquentation des services de SAAJ soit 61,2% suivi par la religion 36,9% et la coutume 1,9%.

Il dégage dans ce tableau no 8 que 83,4% des adolescents avaient eu des rapports sexuels avec son partenaire sexuels, contre 16,6% qui n'ont pas eu de rapports sexuels. Ce taux est comparable à celui de O. NYALOLUKO (2016) op cit qui avait trouvé 58,2%.

Le tableau no 9 nous montre que les adolescents ont des opinions différentes sur les mariages précoces, cela est prouvé par les résultats ci après 42,5% désapprouve et 40,6% sans opinion.

Le tableau no 10 nous montre que, L'ignorance de leur période de fécondation et danger des grossesses précoce représente 166 soit 52% suivie de l'influence des amies 68 sur 320 soit 21,2 %, la coutume représente 15.6% tandis que la pauvreté de la famille 36 soit 11.2%. cela a dit suite à leurs ignorance sur les bien fondés, des avantages de protège la santé, de la famille, pourquoi pas de la société tout entière, comme étant dit dans la stratégie nationale sur le mariage des adolescentes en 2010 ou la RD Congo et aussi dans le conférence de CAIRE en 1994 parmi les composantes internationale qui fait de la santé des adolescents et des jeunes leur cheval de bataille pour la SR, dans son deuxième composante.

Il ressort de tableau no 11 que La méthode contraceptive n'est pas utilisée par 226 soit 70,6% des jeunes seulement 94 soit 29,4 % qui ont déjà utilisée la méthode contraceptive pendant le rapport sexuel. Malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, les campagnes de sensibilisation organisés par ONGD DKT, une grande majorité des Celle-ci pensent qu'ils n'ont pas besoin d'utilisées une méthode contraceptive, Comparativement aux résultats de NZAMOLA F. (2012)

Nous voici au terme de notre travail mené dans la zone de santé de BUDJALA dans l'aire de santé de BALAW sur les facteurs explicatifs des mariages précoce des adolescentes.

Pour atteindre l'objectif que nous avons fixé, nous avons posé des questions de la recherche suivantes: quels sont les facteurs explicatifs des mariages précoce chez les adolescents de la zone de santé de Budjala, précisément ceux de l'aire de sante BALAW ?

Notre étude est du type descriptif transversal, nous avons utilisé la méthode d'enquête soutenue par la technique d'intérieur sur base d'un questionnaire préétabli comme instrument de collecte des données, la taille de notre échantillon est de 320 adolescentes habitant dans l'aire de santé précitée.

Au vu des résultats obtenus, nos deux hypothèses sont confirmées

- La première hypothèse est confirmée selon laquelle L'ignorance de leur période de fécondation et danger des grossesses précoce, est observé dans le tableau no10 et no 11dont 70.6% n'utilise pas le service de SAAJ et 52% ont dit cela dans le tableau no10, et aussi le tableau no 7 dont les adolescentes ignore l'existence de service de SAAJ
- La deuxième est aussi confirmé selon lequel L'influence des amie sera la cause des mariages précoce des adolescents de l'aire de santé BALAW sera est confirmé dans le tableau no 10 dont 68 adolescentes soit 21.8 ont répondues favorablement;

Par contre deux hypothèses sont infirmées selon lesquelles:

- La pauvreté de la famille sera à la cause des mariages précoces des adolescents de l'aire de santé BALAW sera observé dans le tableau no10 avec un faible pourcentage 11.2%;
- La coutume sera l'une des causes des mariages précoces des adolescents de l'aire de santé BALAW, le résultat de tableau no 10 nous donne un faible pourcentage 15.6%;

Nous signalons en passant que dans le tableau no 5 que 305 adolescentes soit 95.3% n'ont pas de connaissance d'existence de service de SAAJ et aussi ont répondu qu'elles ont eu des rapports sexuels avec leurs partenaires.

Au vu de tout ce qui précède nous disons que, Les interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes ne sont pas prises en compte, les particularités de mutations physiologiques et émotionnelles des adolescents et jeunes, les préjugés qui entourent cette tranche d'âge, ainsi que la nécessité de leur implication dans la résolution de leurs problèmes reste un problème dans la ZS de BUDJALA en particulier et la RDC en général.

La promotion des comportements favorables à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans cette tranche d'âge reste un cheval de bataille pour accomplir l'OMD.

Pour prendre en charge les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes dans des services de santé adaptés aux adolescents jeunes (SSAAJ), dans une approche conviviale au vu de notre résultat, nous suggérons:

5 SUGGESTIONS

5.1 A L'ETAT CONGOLAIS

1. Mener des campagnes d'information et de sensibilisation pour combler l'ignorance des adolescents tout en respectant leurs découvertes personnelles, les aidera à faire le lien entre l'acte sexuel et les conséquences nuisibles à leur épanouissement.
2. Promouvoir la pratique de la contraception en levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses pour améliorer la prévalence contraceptive chez les adolescentes. Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles pour les jeunes. Les programmes doivent déterminer où se trouvent les lacunes dans les services et quel segment des jeunes ils peuvent le mieux atteindre.
3. Identifier les lacunes dans les prestations des services et régler les obstacles entravant l'accès. Déterminer où se situent les lacunes et où se trouvent les opportunités pour atteindre les jeunes mal desservis, de façon rentable.

5.2 AUX JEUNES

- S'informer au près de prestataires des soins qualifiés ou les pères éducateurs avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception, etc.
- Discuter avec les parents, les amis des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent des occasions des mariages et grossesse précoces et un obstacle à leur développement.

5.3 AUX PERSONNELS SOIGNANTS

D'intensifier l'éducation sanitaire (IEC) (aux près de la population en générale et les adolescents en particulier). Organiser des séminaires et conférences en matière de santé de la reproduction, et surtout sur la santé sexuelle des jeunes pour réduire les risques que traversent les jeunes.

5.4 AUX PARENTS

Dépasser les tabous sexuels, religieux, socioculturels pour permettre aux adolescents d'affronter leur sexualité d'une manière responsable.

5.5 AUX AUTORITÉS SCOLAIRES

Intensifier les matières sur l'éducation à la vie en commençant par le degré terminal de l'école primaire et aussi du niveau secondaire.

REFERENCES

- [1] Timing et espacement idéals des grossesses: Guide de poche à l'intention du personnel de santé, des responsables de programmes sanitaires et de dirigeants communautaires. Extending Service Delivery Project, 2010.
- [2] Savoir pour sauver. Quatrième édition. UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, PAM et Banque mondiale. New York: UNICEF, 2010.
- [3] RATSART DE TAING et J Courte Joie: Maternité et santé dépôt l'égal N° 3.721-7588; LImeté Kinshasa: 1999, Page 113 et 115 (Coll diriger par Jacques Courte Joie).
- [4] Merger J Levy Melchior: précis d'obstétrique 4ème édition Maison et cie Paris 1974. Page 94.
- [5] Bernard et Pierre: Dictionnaire médical pour les régions tropicales édition 2012.
- [6] Maternité sans risque, les soins liés à un accouchement normal, Genève, 1997.
- [7] Développement et Santé, Stéphane Saint-Léger Gynécologue-obstétricien, CHI André-Grégoire, Montreuil, France n° 148, août 2000.
- [8] OMS (1995), Approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque, (Ed) 1 Genève.2002. Page 817.