

Facteurs associés à l'accouchement assisté par du personnel qualifié dans le département du Couffo, Bénin, 2024

Virginie MONGBO^{1*},
Essémalon SODOKIN¹,
Patrick MAKOUTODE¹,
Moussiliou PARAÏSO²,
Ghislain SOPOH³,
Edgard-Marius OUENDO¹

Résumé

Introduction : L'accouchement assisté par du personnel qualifié est un pilier de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La présente étude visait à identifier les facteurs associés à l'accouchement assisté dans ce département du Couffo, au Bénin en 2024.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, analytique, avec un volet qualitatif, ayant porté sur les accouchées d'au plus six mois, sélectionnées par échantillonnage aléatoire à quatre degrés. La variable dépendante était l'"accouchement assisté par du personnel qualifié", défini comme un accouchement réalisé dans une formation sanitaire, par un personnel qualifié (sage-femme, infirmière ou médecin). Les facteurs associés ont été identifiés par analyse bivariée et multivariée. Les données qualitatives avaient fait l'objet d'une analyse de contenu.

Résultats : Au total, 411 accouchées ont été enquêtées, âgées de 33,35 ans $\pm$ 7,54, à 46,72% non scolarisées. Les accouchements étaient à 36,01% réalisés par un personnel qualifié et 56,93%, par des aides-soignantes. Les facteurs associés à l'accouchement assisté étaient : la consultation prénatale recentrée ($p < 0,001$) ; les antécédents médicaux sur grossesses ($p = 0,020$) ; le coût de l'accouchement supérieur à 3000F ($p < 0,001$) ; la distance résidence- structure sanitaire plus proche ($p = 0,010$).
Conclusion : Dans le département du Couffo, la faible couverture en accouchement assisté par du personnel qualifié co-existe avec le problème des accouchements hors institution sanitaire (à domicile). Elle nécessite une synergie d'interventions intégrant

¹ Département "Politiques et Systèmes de Santé", Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

² Département "Promotion de la Santé" ; Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

³ Département " Santé et Environnement" ; Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

***Auteur correspondant :** Virginie MONGBO, GSM : +229 0195403790 ; e-mail : vmongade@yahoo.com ; ORCID ID : 0000-0003-4682-3339

le renforcement de la consultation prénatale recentrée et de la qualité des soins, en termes d'accessibilité et relations interpersonnelles.

Mots-clés : Facteurs associés, accouchement assisté, Bénin

Factors associated with skilled birth assistance in the department of Couffo, Benin, 2024

Abstract

Introduction: Skilled birth assistance is a key pillar in reducing maternal and neonatal mortality. This study aimed to identify factors associated with skilled birth assistance in this department in 2024.

Methods: This was a retrospective, analytical study with quantitative and qualitative components, focusing on women who had given birth up to six months postpartum, selected by four-stage random sampling. The dependent variable was "skilled birth assistance," defined as a birth performed in a health facility by skilled personnel (midwife, nurse, or physician). Associated factors were identified through bivariate and multivariate analysis. Qualitative data underwent content analysis.

Results: A total of 411 women who had given birth were surveyed, with a mean age of 33.35 ± 7.54 years, and 46.72% had no formal education. Deliveries were performed by qualified personnel in 36.01% of cases and by nursing assistants in 56.93%. Factors associated with assisted delivery were: more frequent prenatal consultations ($p < 0.001$); medical history of pregnancies ($p = 0.020$); the cost of delivery exceeding 3000 CFA francs ($p < 0.001$); and a greater distance between residence and the nearest healthcare facility ($p = 0.010$).

Conclusion: In the department of Couffo, the low coverage of births attended by qualified personnel coexists with the problem of births outside of health facilities (at home). This necessitates a synergy of interventions integrating the strengthening of refocused prenatal consultations and the quality of care, in terms of accessibility and interpersonal relationships.

Keywords: Associated factors, assisted delivery, Benin

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), chaque année, environ huit millions des femmes souffrent de complications obstétricales dans le monde et environ 585 000 en meurent (1, 2). En 2020, le ratio de mortalité maternelle était de 223,5 pour 100 000 naissances vivantes (NV) dans le monde, contre 430 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et 12 pour 100 000 NV dans les pays à revenu élevé (3). En 2023, ce ratio était de 442 pour 100 000 NV dans la région africaine, contre 197 au niveau mondial et 12 pour 100 000 NV dans les pays à revenu élevé (4). Il était de 523 décès pour 100 000 NV au Bénin, en 2022 (5). Ces statistiques montrent que la mortalité

maternelle demeure une préoccupation dans le monde, et en particulier en Afrique subsaharienne. Malgré la réduction de 39,6% enregistrée entre les années 2000 et 2023, la cible 3.1 des Objectifs de Développement Durable (ODD) qui vise à faire passer, d'ici 2030, le taux mondial de mortalité maternelle en-dessous de 70 pour 100 000 NV risque de ne pas être atteinte (6).

Pourtant, les décès maternels sont souvent liés aux complications de l'accouchement et peuvent être évités par l'assistance des agents de santé qualifiés lors des accouchements (7, 8). En effet, l'accouchement assisté permet la détection et la prise en charge précoce des complications obstétricales. C'est l'un des piliers de réduction de la mortalité maternelle, mais sa couverture n'est pas encore optimale. En 2022, elle était de 86,2% sur le plan mondial, de 71,0% sur le continent africain (9).

Dans le département du Couffo au Bénin, selon les données de l'annuaire des statistiques sanitaires de 2022, la couverture en accouchements assistés par du personnel qualifié était de 69,3% (pour 96,2% au national), avec un ratio de mortalité maternelle intra hospitalière de 109,8 décès pour 100 000 NV (10, 11).

Face à cette faible couverture en accouchement assisté par du personnel qualifié dans le département du Couffo, la présente étude a été initiée pour en identifier les facteurs associés et explorer la perception des parties prenantes, en vue d'orienter des interventions adéquates de réduction de la mortalité maternelle.

Matériels et méthodes

Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le département du Couffo, situé au sud-ouest du Bénin, comptant six communes subdivisées en 50 arrondissements et 367 villages. D'une superficie de 2404 km², le département compte une population de 938 813 habitants en 2023 dont 223 358 femmes en âge de procréer (12).

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires du département, les six communes sont réparties en deux districts sanitaires desservis par deux hôpitaux, 49 centres de santé, quatre dispensaires isolés, neuf maternités isolées et cinq formations sanitaires confessionnelles (10).

Le tableau I ci-dessous présente quelques indicateurs de santé du département, en comparaison avec le niveau national (12).

Tableau I : Quelques indicateurs de santé du département de Couffo et du Bénin en 2023

Indicateurs	Département du Couffo	Bénin
couverture en infrastructures sanitaires (%)	96,0	96,0
Ratio nombre de médecins pour 10000 habitants	0,6	2,4
Ratio nombre de sages-femmes pour 5000 femmes en âge de procréer	0,5	1,0
Ratio nombre d’infirmier(eres) pour 5000 habitants	1,4	2,7
Couverture en consultation prénatale (CPN) (%)	119,7	134,5
Couverture en CPN 4 (%)	21,1	48,4
Couverture en accouchement en institution (%)	86,3	121,7
Proportion d’accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	91,6	96,7

Source : Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin (12).

Type et période d’étude

Il s’est agi d’une étude rétrospective analytique, avec un volet quantitatif et un qualitatif, réalisée de mars à avril 2024.

Population d’étude

L’étude a porté sur les femmes ayant accouché au cours des six mois précédant la collecte des données, indépendamment du lieu d'accouchement, et sur les sage-femmes responsables des centres de santé (CS) de commune.

Echantillonnage

Méthodes et techniques d’échantillonnage

Les accouchées ont été sélectionnées par échantillonnage aléatoire à quatre degrés :

- 1^{er} degré : choix de trois communes sur les six du département, par choix aléatoire simple ;
- 2^e degré : choix aléatoire simple de cinq arrondissements dans chaque commune sélectionnée, à partir de la liste des arrondissements de la commune ;
- 3^e degré : Choix aléatoire simple de deux villages dans chaque arrondissement sélectionné, à partir de la liste des villages de chaque arrondissement ; soit au total 30 villages sélectionnés ;
- 4^e degré : choix du premier ménage à enquêter dans chaque village, par choix aléatoire simple, parmi les maisons situées dans la direction prise par le stylo lancé au centre du village. Les autres ménages ont été retenus de proche en proche jusqu'à l'obtention de l'effectif requis pour le village.

Les sage-femmes responsables des maternités de CS des trois communes sélectionnées ont été toutes enquêtées.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée par la formule de Schwartz ($n = [\epsilon \alpha^2 \times p(1-p)] / i^2$) avec une couverture de 69,3% en accouchements assistés par un agent qualifié dans le département du Couffo en 2022 (10), une précision de 5% et une marge de 10%, soit une taille minimale de 355 femmes ayant un enfant de 0 à 6 mois, soit 12 par village.

Variables d'étude

La variable dépendante, "accouchement assisté par du personnel qualifié" était définie par la réalisation de l'accouchement par un médecin, une sage-femme ou une infirmière.

Les variables indépendantes étaient constituées de :

- Caractéristiques socio-démographiques (âge, niveau d'instruction, statut matrimonial, religion, ethnie, profession, milieu de résidence) ;
- Antécédents gynéco-obstétricaux (observance des consultations prénatales, gestité, parité, connaissance des femmes sur les signes de danger d'une grossesse, antécédents de césarienne et de mort-nés).
- Facteurs liés au ménage (niveau socio-économique, taille du ménage, type de ménage, mécanismes de pré-paiement des soins, moyens de déplacement utilisés pour aller au CS),

- Facteurs liés au système de santé (coûts des consultations prénatales (CPN) et des accouchements, distance résidence / structure sanitaire proche, état des voies d'accès aux structures sanitaires).

Techniques et outils de collecte des données

Les données ont été collectées par administration de questionnaire et entretien de groupe avec les accouchées ; puis par entretien individuel avec les sage-femmes.

Le questionnaire et les guides d'entretien ont fait l'objet d'un pré-test, au décours de la formation des enquêteurs. Le questionnaire a été digitalisé à l'aide de l'outil Kobocollect.

Traitement et analyse des données

Les données quantitatives, générées par l'outil Kobocollect ont fait l'objet de vérification et apurement puis ont été analysées avec le logiciel STATA 15, en deux étapes.

A l'étape descriptive, les caractéristiques de tendance centrale et de dispersion ont été utilisées pour décrire l'échantillon. Le niveau socioéconomique de l'accouchée a été déterminé par un indicateur composite de bien-être économique du ménage auquel elle appartient. Il a été construit selon l'approche de Filmer *et al.* (13), sur la base des caractéristiques du ménage et de ses biens, dont le score a été calculé puis réparti en tertiles. Le premier, deuxième et troisième tertile correspondant respectivement au niveau socioéconomique faible, moyen et élevé.

A l'étape analytique, les facteurs associés ont été identifiés par régression logistique simple puis régression logistique multiple pas à pas descendante, au seuil de significativité de 5%. Dans le modèle initial de régression logistique multiple, ont été introduites les variables ayant une p-value < 20 lors de l'analyse bivariée. Les modalités de référence étaient celles à moindre risque. Le test de Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour vérifier l'adéquation du modèle final.

Les données qualitatives issues des entretiens ont fait l'objet de retranscription puis d'une analyse manuelle de contenu.

Considérations éthiques

L'étude a été conduite après l'obtention de toutes les autorisations administratives. Tous les participants étaient informés de la nature et des objectifs de l'étude et ont donné leur consentement éclairé. Les

données ont été collectées et analysées dans le respect de l’anonymat et de la confidentialité.

Résultats

Description de l’échantillon

Au total 411 accouchées ont été enquêtées dans les trois communes sélectionnées (Aplahoué, Dogbo, Klouékanmé). Elles étaient en moyenne âgées de 33,35 ans $\pm$ 7,54 ans. Le tableau II présente leurs caractéristiques sociodémographiques. Il en ressort que la majorité des accouchées était dans la tranche d’âge de 30 et 39 ans (45,50%), non scolarisée (46,72%) et vivait en union libre (80,54%).

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des accouchées, département du Couffo au Bénin, 2024 (n = 411)

Variables	Effectifs	%
Age (ans)		
15-19	10	2,43
20-29	138	33,53
30-39	187	45,50
40-49	76	18,49
Statut matrimonial		
Célibataire	14	3,41
Union libre	331	80,54
Mariée	26	6,33
Divorcée	07	1,70
Veuve	33	8,03
Religion		
Chrétienne	202	48,91
Musulmane	02	0,49
Traditionnelle	208	50,61
Ethnie		
Fon	36	8,76
Goun	02	0,49
Mina	08	1,95
Yoruba	04	0,97
Adja	361	87,83
Niveau d’instruction		
Non scolarisée	192	46,72
Primaire	162	39,42
Secondaire	52	12,65
Universitaire	5	1,22
Profession		
Artisane	105	25,55
Commerçante	75	18,25
Elève/Étudiante	1	0,24
Agricultrice	160	38,93
Fonctionnaire	9	2,19
Femme au ménage	61	14,84

Couverture en accouchement assisté par du personnel qualifié

La figure 1 ci-dessous présente la répartition des accouchées selon le profil du professionnel de santé ayant assisté. On peut en conclure qu'environ 36,01% des accouchements ont été réalisés par du personnel qualifié (0,97% de médecin, 31,63% de sage-femmes et 3,41% d'infirmières), la majorité (56,93%), par des aide-soignantes et 7,06% par des matrones et autres (considérés comme accouchements à domicile).

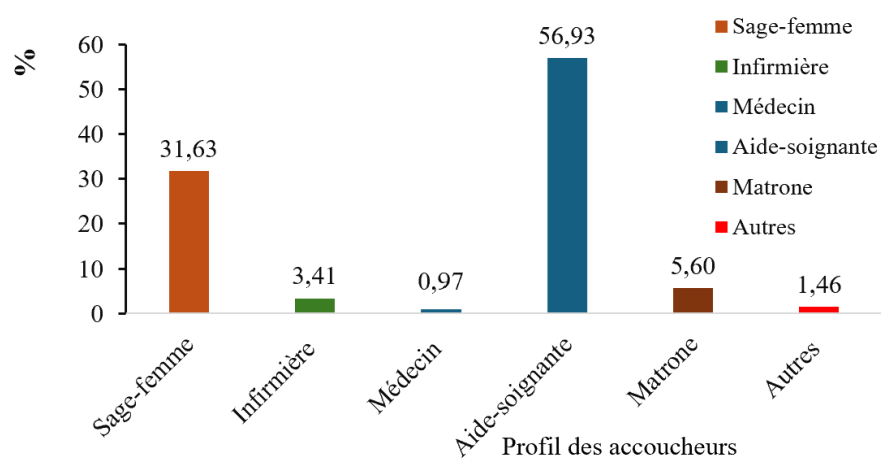


Figure 1 : Répartition des accouchées selon le profil du professionnel de santé ayant assisté, département du Couffo au Bénin, 2024 (n = 411)

Facteurs associés à l'accouchement assisté par du personnel qualifié :

❖ *Analyse bivariée*

Le tableau III résume les facteurs associés à l'accouchement assisté par du personnel qualifié, à l'issue de l'analyse bivariée. Il en ressort que ces facteurs étaient liés aux ménages, au système de santé et aux antécédents gynéco-obstétricaux.

Tableau III : Facteurs associés à l’accouchement assisté par du personnel qualifié, département du Couffo au Bénin, 2024 (n = 411)

Variables	Accouchement assisté par du personnel qualifié		OR	IC 95%	p-value
	Oui n (%)	Non n (%)			
Facteurs liés aux ménages					
Nombre de personnes dans le ménage					
1-5	89 (60,14)	130 (49,43)	1		
6 et plus	59 (39,86)	133 (50,57)	1,54	1,03 ; 2,32	0,04
Existence d'un mécanisme de pré-paiement des soins					
Oui	16 (10,81)	5 (1,90)	1		
Non	132 (89,19)	258 (89,10)	1,16	0,06 ; 0,45	< 0,001
Facteurs gynéco-obstétricaux					
Consultation prénatale recentrée					
Oui	61 (41,22)	223 (84,79)	1		
Non	87 (58,78)	40 (15,21)	7,95	4,97 ; 12,71	< 0,001
Pathologies sur grossesse					
Oui	29 (19,59)	189 (71,86)	1		
Non	119 (80,41)	74 (28,14)	10,48	6,44 ; 17,05	< 0,001
Facteurs liés au système de santé					
Voies d'accès aux structures sanitaires					
Praticables	136 (91,89)	178 (67,68)	1		
Non Praticables	12 (8,11)	85 (32,32)	5,41	2,84 ; 10,31	< 0,001
Dépenses pour CPN (FCFA)					
≤ 600	62 (41,89)	50 (19,01)	1		
> 600	86 (58,11)	213 (80,99)	3,07	1,96 ; 4,81	< 0,001
Dépenses pour accouchement (FCFA)					
≤ 3000	70 (47,30)	42 (15,97)	1		
>3000	78 (52,70)	221 (84,03)	4,72	2,98 ; 7,49	< 0,001
Distance domicile / structure sanitaire (km)					
≤ 5	115 (77,70)	151 (57,41)	1		
> 5	33 (22,30)	112 (42,59)	2,58	1,64 ; 4,09	< 0,001

❖ *Analyse multivariée*

Les facteurs associés à l'accouchement assisté par du personnel qualifié, retenus de l'analyse multivariée sont présentés au tableau IV ci-dessous.

Tableau IV : Modèle multivarié final des facteurs associés à l'accouchement assisté par du personnel qualifié, département du Couffo au Bénin, 2024 (n = 411)

Variables	OR ajusté	IC 95%	p-value
Consultation prénatale recentrée			
Oui	1		
Non	2,86	1,66 ; 5,08	< 0,001
Pathologies sur grossesse			
Oui	5,45	2,92 ; 10,18	0,020
Non	1		
Voies d'accès aux structures sanitaires			
Praticables	1		
Non praticables	12,06	5,1 ; 28,47	< 0,001
Dépenses pour accouchement (FCFA)			
≤ 3000	1		
>3000	4,73	2,19 ; 10,25	< 0,001
Distance domicile / structure sanitaire (km)			
≤ 5	1		
> 5	2,99	1,61 ; 5,56	0,010

L'analyse du modèle final permet de déduire que l'accouchement assisté par du personnel qualifié dans le département du Couffo en 2024 était associé à cinq facteurs dont la consultation prénatale recentrée, les antécédents de pathologies au cours de la grossesse, la praticabilité des voies, les dépenses liées à l'accouchement et la distance entre la résidence des gestantes et la structure sanitaire la plus proche. Ainsi, connaissant les variables "antécédents de pathologies au cours de la grossesse", "praticabilité des voies", "dépenses pour un accouchement",

et "distance résidence/structure sanitaire", les accouchées n'ayant pas bénéficié d'une CPN recentrée avaient 2,86 fois (IC 95% [1,66 - 5,08]) plus de risque de ne pas avoir un accouchement assisté par du personnel qualifié par rapport à celle qui en ont bénéficié.

Résultats qualitatifs

❖ Perception des sages-femmes

Il ressortait de l'entretien avec les sages-femmes responsables de maternité des CS de commune que le matériel nécessaire pour l'accouchement était disponible dans les CS et que chaque commune dispose en moyenne de 12 agents de santé qualifiés pour les accouchements. Mais que cet effectif reste insuffisant et pourrait justifier les accouchements par du personnel non qualifié.

Au-delà de l'accouchement assisté par du personnel qualifié, les sages-femmes ont fait remarquer que plusieurs gestantes n'accouchent pas en institution sanitaire ; ce qui peut s'expliquer par la faible accessibilité financière de la population, la peur d'être référée, la mauvaise volonté, l'influence des pratiques culturelles et de la médecine traditionnelle, la persistance des matrones et des accoucheurs ambulants.

❖ Perception des accouchées

Les déclarations des accouchées reflétaient plutôt les raisons d'accouchement en institution sanitaire que d'accouchement assisté par du personnel qualifié. Ces raisons étaient relatives à différentes dimensions de la qualité des soins.

En effet l'accessibilité financière, les relations interpersonnelles et la longue file d'attente pour les soins ont été exprimées à travers les déclarations ci-après : " *Quand tu vas à l'hôpital pour accoucher, on ne te reçoit pas bien, même étant enceinte, on t'insulte comme un enfant, le mauvais accueil est d'actualité. Il y en a qui viennent et en étant dans la file d'attente, le travail se déclenche et c'est souvent la catastrophe* ", accouchée, 32 ans, gestité 5, parité 5 ; " *Le manque de moyen et la négligence constituent les raisons principales qui font qu'on ne fréquente pas les CS. La négligence du côté des agents de santé surtout. C'est vraiment décourageant je vous dis*", accouchée, 28 ans, gestité 3, parité 3.

D'autre part, selon les accouchées, la peur d'être référées pour une césarienne serait si prononcée que certaines ne poursuivent plus les consultations prénatales (CPN) jusqu'à terme de la grossesse, de peur

qu'une complication ne soit diagnostiquée et motive la référence vers l'hôpital. En témoigne la déclaration ci-après : *"En voulant accoucher, les sages-femmes ne veulent plus se déranger, à moindre complication on te dit que c'est la césarienne. Quand tu as des complications, tu fais l'échographie et ce sont des jumeaux, elles ne veulent même plus d'alternative que la césarienne. Pourtant ça nous fait peur, beaucoup de femmes meurent en subissant la césarienne. Pour eux, la césarienne serait une méthode plus facile pour vite se libérer des patientes "*, accouchée de 29 ans, gestité 5, parité 4.

Discussion

La couverture en accouchement assisté par du personnel qualifié dans le département du Couffo dans la présente étude, (36,01%) est nettement inférieure à celle rapportée dans l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Bénin de 2017-2018, où 79,39% des accouchements sur le plan national et 80,00% dans le département du Couffo étaient assistés par des agents de santé qualifiés (14). Leno et al., avaient aussi trouvé une proportion de 73,3% en Guinée (15). Cette différence pourrait être attribuée à la petite taille de notre échantillon.

Néanmoins, la faible couverture en accouchement assisté par du personnel qualifié peut être considérée comme le reflet de l'insuffisance en ressources humaines dans le département, comme indiquée dans l'annuaire des statistiques sanitaires du Bénin (0,5 sage-femme pour 5000 femmes en âge de procréer) (12) et aussi évoquée par les sages-femmes lors de l'entretien. La maternité dans les centres de santé d'arrondissement, surtout en zone rurale, est souvent tenue par une seule sage-femme ou infirmière, assistée par des aide-soignantes. Ces dernières assurent la continuité du service en l'absence de la sage-femme / infirmière, souvent sollicitée par la hiérarchie soit pour des formations, réunions ou autres activités du district sanitaire. Ce qui pourrait justifier que la majorité des accouchements soit assistée par des aides-soignantes. Mais l'insuffisance en ressources humaines pour la santé n'est pas spécifique au seul département du Couffo. Des dispositions sont en cours à travers le projet "combler les écarts " initié depuis 2025 pour le renforcement de l'effectif du personnel de santé au Bénin.

Il faut certes se préoccuper des accouchements assistés par du personnel non qualifié mais les accouchements non réalisés en institution sanitaire

constituent aussi un danger qui devrait retenir l'attention. En effet, même si l'ampleur des accouchements à domicile a considérablement diminué dans le département par rapport à 2013 (43%) (16), et que la couverture en accouchement en institution sanitaire du département est de 86,3% en 2023 (12), les résultats de la présente étude ont montré que 7,06% des accouchements n'ont pas été réalisés en institution sanitaire. Par ailleurs, la plupart des réponses reflètent plutôt des raisons de non-utilisation des formations sanitaires pour l'accouchement que des raisons de non-assistance par du personnel qualifié au sein des formations sanitaires. La déclaration de l'accouchée de 28 ans (*"Le manque de moyen et la négligence constituent les raisons principales qui font qu'on ne fréquente pas les CS. La négligence du côté des agents de santé surtout. C'est vraiment décourageant je vous dis"*) montre bien que la population parle encore d'utilisation des services de santé pour accouchement. Les raisons évoquées tant par les sage-femmes que les accouchées peuvent influencer l'utilisation non seulement pour les accouchements mais pour tous les services de santé maternelle et infantile. L'exemple de la facilité de la décision de césarienne (déclarée par les accouchées) et dont la peur conduirait à manquer les dernières visites de CPN concorde avec la déperdition entre CPN 1 (134%) et CPN 4 (48%) (12). Cette observation faite par les accouchées corrobore avec les résultats d'une étude sur la césarienne dans les 12 départements du Bénin, où les auteurs avaient conclu que la faible qualité de l'examen d'entrée des parturientes et la faible utilisation du partogramme ne garantissaient pas la pertinence des césariennes (17). Il s'avère indispensable que des interventions idoines soient mises en œuvre pour l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux.

L'étude a révélé que les femmes n'ayant pas bénéficié d'une consultation prénatale recentrée avaient 2,86 fois plus risque de ne pas avoir un accouchement assisté par du personnel qualifié, comparé à celles qui en ont bénéficié. Ces résultats concordent avec ceux d'autres auteurs (18, 19) et peuvent avoir plusieurs explications. D'une part, les consultations prénatales permettent aux gestantes d'être mieux informées sur les signes de danger de la grossesse et les avantages d'un accouchement assisté par du personnel qualifié. D'autres part, les gestantes ayant suivi des consultations prénatales peuvent avoir développé une meilleure relation avec les professionnels de santé. Baldé et Saliou, à l'issue de l'analyse des données de l'enquête démographique et de santé de la Guinée ont confirmé l'effet positif des soins prénatals sur le recours à l'accouchement assisté (20).

L'accessibilité géographique exprimée par la distance résidence / formation sanitaire et la praticabilité des voies d'accès, comme facteur associé aux accouchements assistés par du personnel qualifié a été aussi identifiée par plusieurs auteurs. Nyongesa et al. dans leur étude au Kenya, ont montré que vivre à une distance de 1 à 5 kilomètres d'un établissement de santé augmentait la probabilité d'être assistée par un personnel qualifié pendant l'accouchement (OR ajusté 1,59 ; IC à 95%, [1,07-2,37] (19). Ganle et al., dans leur étude au Ghana en 2019 ont aussi trouvé que la distance par rapport à l'établissement de santé était associée à l'accouchement assisté par du personnel qualifié (21). En Côte d'Ivoire, Méa et al, ont identifié la résidence, la praticabilité des voies et le transport comme facteurs associés à l'accouchement non assisté à domicile (22).

Bien que la couverture en infrastructures sanitaires du département soit à 96%, ces résultats pourraient poser le problème des besoins en soins obstétrico-néonataux de base (SOUB) non couverts et celui de l'importance du premier retard dans la mortalité maternelle et néonatale.

En termes d'accessibilité financière, nos résultats ont montré que le coût de l'accouchement supérieur à 3000 FCFA exposait à 4,73 fois plus de risque de ne pas avoir un accouchement assisté par du personnel qualifié. Des résultats similaires ont été observés par Addo et al., après analyse des données des enquêtes démographiques et de santé en Afrique subsaharienne. Ils indiquent que les gestantes les plus démunies et celles ayant de grandes difficultés à réunir l'argent nécessaire pour leurs soins étaient plus susceptibles de faire appel aux services d'accoucheuses non qualifiées, contrairement aux gestantes plus aisées et à celles n'ayant pas de problèmes financiers (23). Konan a montré en Côte d'Ivoire que par rapport aux femmes dont le niveau de vie du ménage était le plus pauvre, celles avec un niveau de vie pauvre, moyen, riche et plus riche avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir recours à un professionnel de santé qualifié lors de l'accouchement (24). Le problème de l'accessibilité tant géographique que financière à l'accouchement devrait être résolu par l'observance de la CPN recentrée qui offre la possibilité d'une bonne préparation de l'accouchement avec les membres de la famille de la gestante. L'État pourrait aussi subventionner l'accouchement comme c'est le cas de la césarienne.

Les gestantes ayant des pathologies au cours de leur grossesse sont 5,45 fois plus susceptibles de bénéficier d'un accouchement assisté par du personnel qualifié, contrairement à celles qui n'ont pas rencontré de tels problèmes. Bien que ce résultat semble évident, il pourrait refléter un choix raisonné dans l'assistance des accouchements par du personnel qualifié, et donc un manque d'équité dans l'offre des soins.

La présente étude pourrait être sujette à des biais d'information, liés à la mémorisation et/ou à la désirabilité. En effet, le profil des accoucheurs déterminé par la couleur de leur blouse peut être erroné, soit par oubli, par méconnaissance ou simplement pour cacher la vérité. Il en est de même pour d'autres données faisant appel à la mémoire telles que les consultations prénatales et les antécédents de pathologies pendant la grossesse. Pour minimiser ce biais, les différentes couleurs de blouse possibles étaient physiquement présentées par les enquêteurs. D'autre part, les questions étaient posées graduellement, avec des questions de vérification pour amener les enquêtées à fournir des réponses adéquates. Les biais pourraient aussi découler de la double traduction (des questions en langue locale et des réponses en français) ; à cet effet, un accent a été mis sur la traduction des outils de collecte de données lors de la formation des enquêteurs.

En dépit de ces éventuels biais inhérents aux études rétrospectives basées sur des données déclaratives, nous estimons que nos résultats reflètent la réalité et peuvent être généralisés à l'ensemble de la population du département du Couffo.

Conclusion

La faible couverture des accouchements assistés par du personnel qualifié représente une préoccupation majeure qui co-existe dans le département du Couffo avec le problème d'accouchement hors institution sanitaire (à domicile). Les facteurs associés identifiés dans la présente étude nécessitent une synergie d'interventions intégrant le renforcement du système de santé, la qualité des soins, la consultation prénatale recentrée et la communication pour un changement de comportement pour améliorer la situation, en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Les résultats de la présente étude rendent compte la nécessité d'analyser l'indicateur "couverture en accouchements assistés" renseigné dans l'annuaire des statistiques

sanitaires ; ainsi que la mortalité et morbidité maternelles, en lien avec le profil de l'accoucheur.

Conflit d'intérêt

Tous les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

VM a contribué à l'élaboration du protocole, l'analyse des données et à la rédaction du manuscrit ; ES a contribué à l'élaboration du protocole, à la collecte et l'analyse des données, à la rédaction du manuscrit ; PM a développé les outils de collectes, MP a corrigé le protocole et les outils de collectes ; GS et E-MO ont procédé à la relecture du manuscrit.

Références bibliographiques

- 1 World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2014. [En ligne]. [Consulté le 24/04/23]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
- 2 Organisation Mondiale de la Santé. Évolution de la mortalité maternelle 2000-2017: Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies: résumé d'orientation. 2019. [En ligne]. [Consulté le 24/04/23]. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332962/WHO-RHR-19.23-fre.pdf>
- 3 Organisation Mondiale de la Santé. Tendances de la mortalité maternelle de 2000 à 2020 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, du Groupe de la Banque mondiale et de l'UNDESA/Division de la population. [En ligne] . [Consulté le 18/02/25]. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372258/9789240069312-fre.pdf>
- 4 World Health Organization. World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals . [En ligne]. [Consulté le :

- 6 avril 2026]. Disponible sur:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496>
- 5 Lotfi S, Hadill M. Maternal Mortality : West bank 2022 Report. [En ligne]. [Consulté le 25/02/25]. Disponible sur :
https://www.un.org/unispal/wp-content/uploads/2024/10/Maternal-Mortality-Report-West-Bank_compressed.pdf
- 6 France L. Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges. L'Agenda 2030 en France. [En ligne]. [Consulté le 18/02/24]. Disponible sur :
<https://www.agenda-2030.fr/17-objectifs-de-developpement-durable/article/odd3-donner-aux-individus-les-moyens-de-vivre-une-vie-saine-et-promouvoir-le>
- 7 Atade S R, Vodouhe M V, Sidi I R, Toko M, Yorou, I O, Hounkponou F M et al. Facteurs associés à l'accouchement à domicile dans l'arrondissement de Gogounou au Bénin en 2018. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. 2021; 23: 165–76
- 8 Ayanore M A, Pavlova M, Groot W. Factors influencing the use of supervised delivery services in Garu-Tempene District, Ghana. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19:1-11.
- 9 Organisation mondiale de la Santé. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%). 2023. [En ligne]. [Consulté le 20/02/25]. Disponible sur:
<https://data.who.int/fr/indicators/i/F835E3B/1772666>
- 10 Direction Départementale du Couffo, Bénin. Annuaire des statistiques sanitaires du Couffo, 2022. Lokossa, Bénin 2023. 186p
- 11 Ministère de la Santé. Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin, 2022. Cotonou; 2023. 135p.
- 12 Ministère de la Santé. Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin, 2023. Cotonou, 2024. 557p
- 13 Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effects without expenditure data or tears: an application to educational enrollments in states of India. Demography. 2001;38(1):115–32.
<https://link.springer.com/article/10.1353/dem.2001.0003>
- 14 Institut National de Statistiques d'Analyse et d'Economie (INSAE). (2018). Enquête Démographique et de santé (EDSB-V). [En ligne]. [consulté le 14/06/19] Disponible sur :

https://www.google.com/?hl=fr&gws_rd=ssl#hl=fr&q=+Enqu%C3%AAte+D%C3%A9mographique+et+de+sant%C3%A9+%28EDSB-V%29+2011-2018

15 Leno D W A, Leno N N, Kambadouno T G. Déterminants du continuum de soins de santé maternels dans la commune de Ratoma, Conakry en 2021. *Guinée Médicale*. 2024 ; 1(109), 7-13.

16 Mongbo V, Glèlè Ahanhanzo Y, Makoutodé P, Azandjèmè C, Moussa A, Sossa Jérôme Ch, et al. Facteurs associés au faible taux d'accouchement dans les formations sanitaires publiques de la commune d'Aplahoué en 2012. *Les Cahiers du CBRST*. 2018 ; 13 : 126-36

17 Mongbo V, Ouendo E-M, De Brouwere V, Alexander S, Dujardin B, Makoutodé et al. La césarienne de qualité : étude transversale dans 12 hôpitaux du Bénin. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2016 ; 64 : 281-93. DOI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2016.02.009>

18 Fekadu, G A, Ambaw F, Kidanie S A. Facility delivery and postnatal care services use among mothers who attended four or more antenatal care visits in Ethiopia: further analysis of the 2016 demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1): 64. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2216-8>.

19 Nyongesa C, Xu X, Hall J J, Macharia W M. Factors influencing choice of skilled birth attendance at ANC: evidence from the Kenya demographic health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1-6. Doi : <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1727-z>

20 Balde M S, Saliou B M. Soins prénatals et accouchement assisté en Guinée. *European Scientific Journal*. 2020

21 Ganle J, Kuumuori M, Loyal K, Baatiema L. Factors influencing the use of supervised delivery services in Garu-Tempane District, Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1-11.

22 Méa B H, Tanoh E F, N'gatta N S, Coulibaly M. Accouchements non assistés à domicile: cas de deux villages du Sud-Est de la Côte d'Ivoire. *Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire*. 2021 ; 1(002): 20-23.

23 Addo I Y, Acquah E, Nyarko S H, Boateng ENK, Dickson K S. Factors associated with unskilled birth attendance among women in

sub-Saharan Africa: A multivariate-geospatial analysis of demographic and health surveys. PLoS One. 2023 ;18(2):e0280992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280992>. PMID: 36730358; PMCID: PMC9894461

24 Konan, L G. Niveaux socio-économiques et recours au personnel de santé qualifié lors de l'accouchement en Côte d'Ivoire. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 2023; 5(1), 265-83.