

PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES A L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE A PARAKOU AU BENIN DE 2010 A 2020

N.F.M. HOUNKPONOU, I.R. SIDI, M.B.P. YADONTA, R. KLIKPEZO, A.Y. AHOINGNAN, V. TOGNIFODE, M. OGOUDJOBI, M. ABOUBACAR, C. TSHABU AGUEMON, K. SALIFOU

RESUME

Introduction : au Bénin, l'un des objectifs du Développement Durable (ODD) adopté est d'assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins, malheureusement certaines femmes continuent d'accoucher à domicile sans assistance médicale.

Objectif : identifier les facteurs associés à l'accouchement à domicile (AAD) à Parakou au Bénin de 2010 à 2020.

Patients et méthodes : il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique, du 1^{er} Juin au 31 Juillet 2021. Etaient incluses, toutes les femmes ayant accouché à domicile de 2010 à 2020 et résidant à Parakou depuis au moins six mois. La technique d'échantillonnage par grappe de l'OMS a été utilisée. Les données ont été traitées et analysées avec les logiciels Epi Info 7.2 et SPSS 21.

Résultats : au total 806 femmes avaient été enregistrées dont 107 accouchements à domicile (13,3%). L'âge moyen était de 33,6 ans \pm 8,3 ans avec des extrêmes de 20 et 55 ans. Les facteurs associés à AAD étaient : le faible niveau d'instruction ($p=0,000$), l'éloignement des structures sanitaires ($p=0,000$), la résidence en milieu rural ($p=0,03$) et le manque de moyen de déplacement adéquat ($p=0,04$) et la multiparité ($p=0,000$).

Conclusion : la fréquence des AAD reste encore élevée à Parakou. Sa réduction nécessite l'amélioration du taux de scolarisation, la révision de la carte géographique sanitaire et la sensibilisation de la population.

Mots-clés : Facteurs associés ; Accouchement à domicile ; Bénin.

INTRODUCTION

Le moment où le nouveau-né est expulsé des voies génitales reste un moment incertain car plusieurs complications peuvent survenir voir le décès [1]. Malheureusement les accouchements à domicile (AAD) sans assistance médicale continuent d'être une préoccupation pour les acteurs de la santé [2]. Dans les pays développés, le problème ne se pose plus car, même à domicile, l'accouchement est toujours assisté par une personne qualifiée contrairement aux pays en voie de développement où des accouchements sans assistance médicale

Tirés à part : MCA HOUNKPONOU AHOINGNAN N. Fanny M.
Email : noumafanny@yahoo.fr, Tél. : 0022997440715 / 94748650

SUMMARY

Prevalence and factors associated with home birth In Parakou, Benin from 2010 to 2020.

Introduction: one of the Goals for Sustainable development for Benin is to ensure universal access to health services and better quality of healthcare. However, in this country, many women are still giving birth at home without any medical assistance.

Objective: the objective of this study is to identified factors associated with home birth in Parakou, Benin from 2010 to 2020.

Patients and methods: it was a descriptive and analytical cross-sectional study carried out from June 1st to July 31st, 2021. All women who have been living in Parakou for at least six months and having given birth at home from 2010 to 2020 were included in the study. WHO cluster sampling method was used. Data processing and analysis was carried out through Epi Info 7.2 and SPSS 21.

Results: out of 806 respondents, 107 gave birth at home, representing 13.3%. The mean age of women giving birth at home was 33.6 years \pm 8.3 years with 20 and 55 years as extreme values. The factors associated with home births were as follows: low level of education ($p = 0.000$), remoteness from health facilities ($p = 0.000$), living in rural areas ($p = 0.03$), lack of convenient means of transport ($p = 0.04$) and multiparity ($p = 0.000$). The lower the parity, the less women gave birth at home.

Conclusion: home birth is still practiced in Parakou. There is need to improve school enrolment rate and build health facilities in remote areas for reducing home birth prevalence.

Keywords: Associated factors ; Home birth ; Benin.

restent encore courants [2]. Au Bénin la prévalence des AAD est estimée à 15% au plan national avec une prédominance dans le Borgou (38%) et l'Alibori (27%) [3] ce qui n'est pas en faveur d'une régression du phénomène puisqu'en 2012 elle était estimée à 13% selon l'EDSB-IV [4]. A Parakou, il existe très peu de données à ce sujet bien que ces derniers temps le phénomène semble prendre de l'ampleur. Afin de mieux situer le problème, ce travail a été initié pour identifier les facteurs associés à l'accouchement à domicile à Parakou au Bénin de 2010 à 2020.

HOUNKPONOU N.F.M., SIDI I.R., YADONTA M.B.P., KLIKPEZO R., AHOINGNAN A.Y., TOGNIFODE V., OGOUDJOBI M., ABOUBACAR M., TSHABU AGUEMON C., SALIFOU K. Prévalence et facteurs associés à l'accouchement à domicile à Parakou au Bénin de 2010 à 2020. Journal de la SAGO, 2021, vol.22, n°2, p.20-25.

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective transversale descriptive et analytique dont la collecte s'est déroulée du 1er juin au 31 juillet 2021. Les femmes ayant accouché de 2010 à 2020 et résidant à Parakou depuis au moins six mois constituaient la population d'étude. Etaient incluses, les femmes ayant accouché au moins une fois à domicile et vivantes pendant la période de la collecte et résidant dans des ménages de certains quartiers et villages de Parakou. N'étaient pas incluses, les femmes répondant aux critères mais ayant déménagé ou absente au moment de l'enquête, ayant refusé de donner leur consentement éclairé ou n'ayant pas pu répondre aux questions du fait d'un handicap. La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule de Schwartz. L'échantillonnage en grappes de l'OMS a été utilisé. Les entretiens semi dirigés à l'aide d'une fiche d'enquête se déroulaient au domicile des femmes. Les données ont été traitées et analysées avec les logiciels Epi Info 7.2 et SPSS 21 avec un seuil de significativité de 5% ($p < 0,05$).

II. RESULTATS

Sur 806 femmes ayant accouché dans la période d'étude, 107 avaient déclaré avoir accouché à domicile soit une prévalence de 13,27%. De ses 107 femmes ayant accouché à domicile étaient issus 193 accouchements. Le tableau I et la figure 1 montrent les fréquences en fonction de l'année.

Tableau I : Répartition des AAD par année à Parakou de 2010 à 2020

Année	Accouchements	AAD	Prévalence(%)
2010	134	23	17,16
2011	43	7	16,28
2012	118	18	15,25
2013	151	20	13,24
2014	194	23	11,85
2015	203	23	11,33
2016	241	26	10,79
2017	186	14	07,53
2018	199	11	05,53
2019	220	14	06,36
2020	187	14	07,86
Total	1876	193	

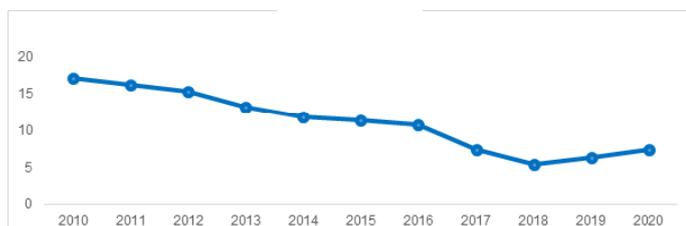


Figure 1 : Evolution de la fréquence de l'AAD à Parakou de 2010 à 2020

L'âge moyen des femmes ayant accouché à domicile était de $33,6 \pm 8,3$ ans avec des extrêmes de 20 à 55 ans. La classe d'âge de 24 à 33 ans représentait 43% (figure 2).

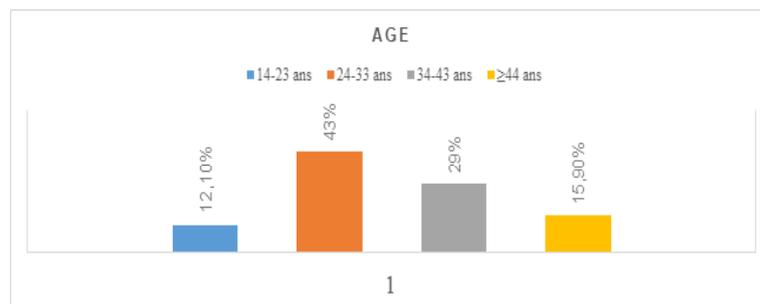


Figure 2 : Répartition des AAD selon les tranches d'âge à Parakou de 2010 à 2020

Elles étaient mariées (94,4%), revendeuses (45,8%) résidant en milieu rural (80,4%) comme l'indique le tableau II.

Tableau II : Répartition selon la situation matrimoniale, le type de ménage, la profession et le milieu de résidence à Parakou de 2010 à 2020

	AAD (n = 107)	
	Effectifs	%
Situation matrimoniale		
Célibataire	3	2,8
Mariée	101	94,4
Divorcée/Veuve	3	2,8
Type de ménage		
Monogame	72	69,2
Polygame	32	30,8
Profession		
Commerçante /revendeuse	49	45,8
Fonctionnaire	3	2,8
Etudiante	1	0,9
Cultivatrice	2	1,9
Milieu de résidence		
Urbaine	21	19,6
Rurale	86	80,4

Le revenu mensuel des femmes était inférieur au SMIG (80,4%) ainsi que celui des conjoints (64,4%). Elles n'étaient pas instruites (62,6%) (figure 3).

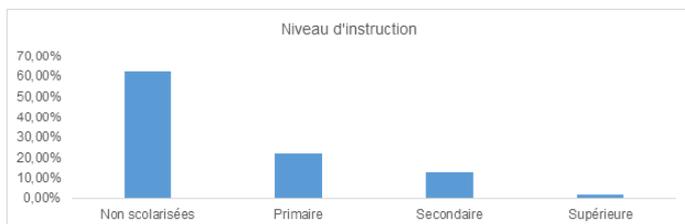


Figure 3 : Répartition des AAD selon le niveau d'instruction à Parakou de 2010 à 2020

Les femmes avaient leur maison située à plus de 5 km du Centre Santé (CS) le plus proche (47,7%) ; elles avaient affirmé que la route menant au CS était en bon état (81,3%) et elles n'avaient aucun moyen de transport (29%). L'accueil réservé par le personnel de soins était jugé bon (81,3%) et elles déclaraient que le coût des soins était trop élevé (54,2%). Les femmes ne disposaient pas d'une assurance maladie (100%) (tableau III).

Tableau III : Répartition selon la distance au CS, l'état de la route, le moyen de déplacement, l'accueil et le coût des soins à Parakou de 2010 à 2020

	AAD (n = 107)	
	Effectifs	%
Distance du CS		
< 1km	17	15,9
Entre 1km et 5km	39	36,4
≥ 5km	51	47,7
Etat de la route		
Bon		81,3
Mauvais	658	18,7
Moyen de déplacement		
Véhicule	47	3,7
Moto	551	65,4
Vélo	3	1,9
Pieds	205	29
Accueil des patients		
Bon	248	81,3
Mauvais	265	18,7
Coût des soins		
Trop élevé	58	54,2
Abordable	49	45,8

Les femmes étaient des multigestes (93,4%) et multipares (61,7%). Elles n'avaient pas eu de suivi de leurs grossesses dans 33,6% ; avaient réalisé

moins de quatre CPN dans 52,3% (n = 56) ; n'avaient pas planifié leur accouchement dans 76,6% (n= 82) ; et n'avaient jamais entendu parler des risques liés à l'AAD dans 46,7% (n = 50). Les AAD étaient sans assistance dans 48% ; assistés par un personnel non qualifié dans 35% ; et assistés par un personnel qualifié dans 17%.

Les motifs de l'AAD étaient la survenue nocturne du travail d'accouchement (28%), le manque de moyens financiers (24,3%), le manque de moyens de transport (22,4%) (tableau IV).

Tableau IV : Répartition des femmes selon les motifs de l'AAD à Parakou de 2010 à 2020

	Effectifs	%
Survenue nocturne de l'accouchement	30	28
Manque de moyens financiers	26	24,3
Indisponibilité de moyen de transport	24	22,4
Domicile très éloigné du centre de santé	10	9,3
Refus du conjoint ou un autre membre de la famille	1	1
Interdits sociaux et religieux	4	3,7
Autres *	12	11,2

*Travail d'accouchement très bref, décision personnelle.....

Les suites de couches étaient compliquées dans 8,4% des cas.

Après l'analyse multivariée cinq variables ont été identifiées comme associées à l'AAD à Parakou. Il s'agissait du niveau d'instruction (p=0,000), parité (p=0,000), distance maison-CS (p=0,000), milieu de résidence (p=0,03) et moyen de déplacement (p=0,04). En effet, plus le niveau d'instruction était élevé, moins les femmes accouchaient à domicile. Les femmes du milieu rural avaient 2,89 fois plus de risque d'accoucher à domicile que celles du milieu urbain. Moins la parité était élevée, moins les femmes accouchaient à domicile. Le risque pour une femme d'accoucher à domicile croissait avec la distance séparant sa maison du CS le plus proche. Les femmes ayant le vélo comme moyen de déplacement couraient plus de 16 fois le risque d'accoucher à domicile que les autres femmes (tableau V).

Tableau V : Analyse multivariée des facteurs favorisant à l'AAD à Parakou en 2010 à 2020

	AAD					
	Total	Non (%)	Oui (%)	OR	IC 95%	p
Niveau d'instruction						0,000
Aucun	290	223(76,9)	67(23,1)	1		
Primaire	236	212(10,2)	24(10,2)	0,5	[0,3-0,8]	
Secondaire	237	223(94,1)	14(5,9)	0,3	[0,1-0,5]	
Supérieure	43	41(95,3)	2(4,7)	0,2	[0,1-1,1]	
Milieu de résidence						0,01
Rural	125	92(73,6)	33(26,4)	2,1	[1,1-3,9]	
Urbain	681	607(89,1)	74(10,9)	1		
Parité						0,000
Grandes multipares	92	60(65,2)	32(34,8)	1		
Multipares	513	447(87,1)	66(12,9)	0,3	[0,2-0,6]	
Primipares	200	191(95,5)	9(4,5)	0,2	[0-0,9]	
Distance du CS						0,000
<1k m	248	231(93,1)	17(6,9)	1		
Entre 1k m et 5k m	265	226(85,3)	39(14,7)	2,8	[1,1-4]	
≥5k m	293	242(82,6)	51(17,4)	5,1	[2-6,7]	0,562
Revenu mensuel						
≥SMIG	148	127(85,8)	21(14,2)	1		
<SMIG	658	572(86,9)	86(13,1)	0,9	[0,5-1,4]	
Moyen de déplacement						0,04
Véhicule	47	43(91,5)	4(8,5)	1		
Moto	551	481(87,3)	70(12,7)	1,9	[2,5-10,3]	
Vélo	3	1(33,3)	2(66,7)	22,5	[1,1-477]	
Pieds	205	174(71)	31(29)	3,1	[0,8-10,2]	

III. DISCUSSION

La prévalence des AAD à Parakou était de 13,27%. Des prévalences similaires ont été rapportées par EDS-IV, 13% au Bénin [5] et Youssouf et al., 13,02% au Mali [6]. D'autres prévalences plus élevées ont été retrouvées par Nkurunziza et al., 47% au Burundi [7], Vroh et al., 23% en Côte d'Ivoire [2]. La variabilité des prévalences peut s'expliquer par la nature et la durée des études qui étaient différentes. Par ailleurs, des prévalences très faibles ont été retrouvées en France (1,36%), en Nouvelle Zélande (3,7%) et d'autres pays occidentaux [8]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces pays ont un système de santé bien développé.

La moyenne d'âge était de 33,65±8,32 ans avec des extrêmes de 20 à 55 ans. La tranche d'âge de 24 à 33 ans était la plus représentée. Ce résultat est en adéquation avec celui de Tchango au Cameroun qui avait trouvé que, le fait pour une femme de résider en milieu urbain diminue le risque qu'elle encoure d'accoucher à domicile [9]. Par contre, Munyemana et al. [10] au Rwanda n'avaient pas trouvé de lien

entre l'AAD et le milieu de résidence. Cela pourrait s'expliquer par le fait que leur étude était menée seulement en milieu hospitalier. Les femmes qui n'avaient aucun niveau d'instruction représentaient 62,62% avec un p=0,000. Bope et al [11] en RDC avaient trouvé des résultats similaires (68% ; p=0,000). Munyemana et al au Rwanda avaient aussi trouvé une association entre le niveau d'instruction et l'AAD. Le niveau d'instruction est l'un des principaux facteurs explicatifs des comportements humains. La littérature met en évidence l'influence de l'instruction sur la fréquentation des services de soins en général et des services de soins obstétricaux en particulier [12] ; et elles étaient informées des risques liés à la gravido-puerpéralité et des mesures préventives dont l'accouchement médicalement assisté [9,13]. Ceci est conforme à nos résultats. En effet, les femmes ayant les niveaux d'études primaire, secondaire et supérieure, accouchaient à domicile respectivement deux, six et dix fois moins que celles non instruites.

La parité était fortement associée à l'AAD avec p=0,000. Les grandes multipares accouchaient à domicile 3 fois plus que les multipares et 5 fois

plus que les primipares. Ce résultat est similaire à ceux de Bope et al [10] en RDC (p=0,000) et de Munyemana et al. au Rwanda [10] (p=0,001). Cette même observation a été faite par Diallo en Guinée [13]. Selon lui, l'habitude et l'expérience acquise lors des accouchements antérieurs font que les multipares et grandes multipares se passent des structures sanitaires. Une étude faite par l'agence de la santé publique du Canada avait montré que les femmes des groupes d'âge supérieur et les multipares étaient proportionnellement plus nombreux à accoucher à l'extérieur du milieu hospitalier [14].

Cette étude a révélé que la majorité des femmes qui accouchaient à domicile n'avaient pas fait le nombre requis de consultations prénatales ; or, dans une étude au Bénin [15], il existe une association significative dans le sens positif entre la fréquentation régulière des CPN et le fait d'avoir une meilleure connaissance de la gravido-puerpéralié. Mushi et al [16] ont aussi fait la même remarque en Tanzani. Le nombre d'accouchements à domicile augmentait avec la distance séparant le domicile de la parturiente du centre de santé le plus proche. Les femmes qui habitaient à plus de 5 km du centre de santé accouchaient plus de 5 fois à domicile que celles habitant à moins d'1 km (p=0,04). Il ressort aussi de l'étude que le moyen de déplacement des femmes influence son lieu d'accouchement ; les femmes qui ne disposaient que du vélo couraient plus le risque d'accoucher à domicile que les autres. Cela pourrait se comprendre aisément puisque vu son état, il serait pénible pour une femme enceinte de pédaler le vélo surtout si la distance est importante.

CONCLUSION

Les accouchements à domicile restent encore un problème de santé publique à Parakou. Les facteurs qui y sont associés sont multiples. Ce sont le faible niveau de scolarisation, la multiparité, l'éloignement des structures sanitaires, la résidence en milieu rural et le manque de moyens de déplacements. L'amélioration du taux de scolarisation des femmes, la répartition géographique équitable du système de santé devrait être envisagée. L'implication de la médecine communautaire pourrait avoir un impact sur les accouchements à domicile et ainsi améliorer les indicateurs de santé.

REFERENCES

1. **Mafubelu D.** 4 actions réalisables pour les soins à la mère et au nouveau-né Chron. ONU. 2012; 46(2): 14-8. DOI: <http://doi.org/10.18356/e323c85d-fr>.
2. **Vroh J. Tiembre I.** Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan) Côte d'Ivoire. Santé Publique. 2008; 20 (5): 499-506.3.
3. **INSAE-Rédaction.** La 5ème Enquête Démographique et de Santé du Bénin (EDSB-V) désormais à la disposition du public [en ligne]. 2019 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://insae.bj/actualites/111-la-5eme-enquete-demographique-et-de-sante-du-benin-edsb-v-desormais-a-la-disposition-du-public>
4. **Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique(INSAE).** Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4). 4è édition. Cotonou: INSAE; 2015.
5. **Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE),** ICF International. Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012. 4è 3édition. Calverton : INSAE et ICF International. 2013.
6. **Schaal P. Ben A. Riethmuller D.** Articulations du bassin, grossesse et accouchement. Dans : Schaal P. Mécanique et Techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps Médical, 2007 : 27-36.
8. **Orliac V.** L'accouchement accompagné à domicile comparé au bas risque en milieu hospitalier: une étude exposé-non exposé historique multicentrique [mémoire]. Université de Clermont Auvergne; 2020. 80p.
9. **Tchango N.** L'accouchement à domicile au Cameroun: Disparités spatiales et essais d'explication. 7ème Conférence Africaine sur la Population; 30 Novembre-4 Décembre 2015; Johannesburg, Afrique du Sud.
10. **Munyemana M. Kakoma J.** Facteurs influençant le lieu d'accouchement dans le district de Nyaruguru (Province du Sud du Rwanda). Revue Médicale Rwandaise. 2010; 68 (4): 1-25.
11. **Bope M. Bukuru R. Mulongo P.** Factors associated with home delivery in Rural Health Zone of Lemera, DR Congo. International Journal of Innovation and Applied Studies. 2016; 17(4). 1183-9.38)
12. **Kochou S. Rwenge M.** Social factors of the nonuse or the inadequate use of prenatal care in Côte d'Ivoire. Afr Eval J. 2014;2(1):12p.

13. **Diallo F. Diallo T. Sylla M. Onivogui F. Diallo M. Balde I. et al.** Problemes medicaux et socio culturels de l'inadequation entre les taux de consultations prénatales et d'accouchements assistés dans les 4 regions naturelles de la Guinee. *Médecine Afr Noire*. 1999;46(1):31-9.
14. **Agence de la Santé Publique du Canada.** Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. 1ère édition. Ottawa: Agence de la Santé Publique du Canada; 2009.
15. **Hounkponou N, Hounkpatin B, Tognifodé V, Yangoro K, Ahouingnan H, Obossou A** et al. Effets du paquet de communication sur les connaissances, attitudes et pratiques de la femme face à la période de la gravidopuerpéralité chez les gestanes à Parakou au Bénin en 2018. *Journal de la SAGO*; 2018 ; 21(1) : 13-9.
16. **Mushi D, Mpembeni R, Jahn A.** Effectiveness of community based Safe Motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care. The case of Mtwara Rural District in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10: 14p.