



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)

ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 13 April 2025

Accepted, 28 July 2025

Published, 12 August 2025

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Dansou, J. (2025). *Crises sécuritaires et accès des femmes aux services de santé maternelle au Sahel : analyse comparative des accouchements à domicile entre les régions en conflits et non en conflits au Burkina Faso, Mali et Niger*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 47-68.

<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.4>

Research

Crises sécuritaires et accès des femmes aux services de santé maternelle au Sahel : analyse comparative des accouchements à domicile entre les régions en conflits et non en conflits au Burkina Faso, Mali et Niger

Security crises and women's access to maternal health services in the Sahel: a comparative analysis of home births in conflict and non-conflict regions in Burkina Faso, Mali, and Niger

Justin DANSOU^{1,2,*}

¹Ecole Nationale de Statistique, de Planification et de Démographie (ENSPD), Université de Parakou, Bénin

²Groupe de Recherche en Population Santé et Développement (GRPSD), Abomey-Calavi, Bénin.

* **Correspondance** : Email de l'auteur pour correspondance : justindansou.jd@gmail.com, jdansou0124@stu.ui.edu.ng;

Résumé

Cette étude analyse les disparités dans la prévalence des accouchements à domicile selon la situation de crises sécuritaires (zones en crise vs. zones non en crise) et identifie les facteurs déterminants dans trois pays du Sahel en crises sécuritaires. Elle s'appuie sur des données issues des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées respectivement en 2012, 2018 et 2021 au Niger, Mali et Burkina Faso. L'analyse, menée aux niveaux univarié, bivarié et multivarié (modèles de régression logistique), porte sur un échantillon de 19 633 naissances récentes des femmes ayant accouché au cours des cinq dernières années. Les résultats indiquent une prévalence globale des accouchements à domicile de 35,8 %, avec une légère augmentation dans les zones en crise (37,4 %) par rapport aux zones non en crise (35,0 %). À l'échelle nationale, la prévalence des accouchements à domicile est particulièrement élevée au Niger (66,1 %), suivie du Mali (29,3 %) et du Burkina Faso (5,7 %). Les crises sécuritaires aggravent l'accès aux soins, notamment au Burkina Faso et au Mali, où les taux d'accouchements à domicile sont deux fois plus élevés dans les zones en crise. L'étude met en évidence un risque accru pour les ménages dirigés par des

femmes dans ces zones. Elle recommande de renforcer les systèmes de santé, déployer des cliniques mobiles, et former des accoucheuses traditionnelles pour améliorer la prise en charge des mères et des nouveau-nés lors des accouchements à domicile dans les régions touchées.

Mots clés : accouchement à domicile, EDS, Sahel, crise sécuritaire, Burkina Faso, Mali, Niger

Abstract

This study analyzes disparities in the prevalence of home births in relation to the impact of security crises (crisis-affected areas vs. non-crisis areas) and identifies the related factors among reproductive age among women across three countries of the Sahel facing security crises. The research draws data from Demographic and Health Surveys (DHS) conducted respectively in 2012, 2018, and 2021 in Niger, Mali, and Burkina Faso. The analyses were conducted at univariate, bivariate, and multivariate levels (logistic regression models). A total of 19,633 most recent completed pregnancies by reproductive age women within the past five years of the surveys were included in the study. The findings indicate an overall prevalence of home births at 35.8%, with a slight increase in crisis-affected areas (37.4%) compared to non-crisis areas (35.0%). At the national level, the prevalence of home births is notably higher in Niger (66.1%) compared to Mali (29.3%) and Burkina Faso (5.7%). Security crises exacerbate barriers to healthcare access, particularly in Burkina Faso and Mali, where home birth rates are double in crisis zones relative to non-crisis zones. The study highlights an increased risk of home births among households headed by women in crisis-affected regions. It recommends strengthening healthcare systems, deploying mobile clinics, and training traditional birth attendants to enhance maternal and neonatal care during home births in affected areas.

Keywords: Home birth, DHS, Sahel, security crisis, Burkina Faso, Mali, Niger

1 Introduction

L'accouchement à domicile consiste pour une femme à donner naissance à domicile plutôt que dans une structure de santé formelle (hôpital ou clinique). Lorsque les conditions sont réunies, il peut être assisté par des professionnels de la santé qualifiés (sages-femmes, médecins, etc.) (Chey, Brubaker, and Wells 2020; Wanga, Namasasu, and Kinyanjui 2021), mais dans la plupart des cas, surtout dans certaines régions rurales africaines, il est assisté par des accoucheuses traditionnelles ou se fait sans assistance qualifiée. La pratique est surtout courante dans certaines régions où l'accès aux établissements de santé est limité (Mekonnen and Worku 2022; Tessema, Kidanemariam, and Hadera 2022) et où les normes socioculturelles la favorisent (Chey, Brubaker, and Wells 2020; Wanga, Namasasu, and Kinyanjui 2021; Tessema, Kidanemariam, and Hadera 2022). Les difficultés économiques favorisent la persistance du phénomène (Chey, Brubaker, and Wells 2020; Wanga, Namasasu, and Kinyanjui 2021). Bien que l'accouchement à domicile soit

perçu par certains comme un environnement plus rassurant et agréable pour la mère, il présente des risques potentiels aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né (Mekonnen and Worku 2022; Tessema, Kidanemariam, and Hadera 2022), surtout en cas de complications (Ashish, Dewan, and Singh 2022; Mazzucato, Tokhi, and Houghton 2023). Les accoucheuses traditionnelles ne disposent généralement pas de la compétence et des ressources nécessaires pour gérer efficacement les complications, ce qui peut compromettre la santé des mères et des enfants (Odimegwu and Agu 2021). Ainsi, la persistance de la pratique de l'accouchement à domicile demeure un problème de santé publique. Les accouchements à domicile sont associés à des risques élevés de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales (Morgan, Moyo, and Makwela 2023; Kyei, Adjei, and Ntim 2022). Entre 2000 et 2020, le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes a diminué d'environ 34 % dans le monde (Organization 2021), mais les défis demeurent encore importants, surtout dans certaines régions d'Afrique. On estime qu'en 2020, près de 800 femmes sont décédées chaque jour des suites des complications liées à la grossesse et à l'accouchement et qu'un décès maternel est enregistré toutes les deux minutes (Organization 2021).

De nombreux pays d'Afrique, notamment ceux du Sahel, sont confrontés depuis plusieurs années à des crises sécuritaires qui entravent les interventions. Les crises sécuritaires peuvent entraîner des déplacements de populations fuyant les violences et l'instabilité. Elles peuvent aussi perturber l'accès aux soins de santé, à l'éducation et à d'autres services sociaux de base, exacerbant les conditions de vie déjà précaires pour certaines populations. Généralement, dans les régions touchées par des conflits ou des instabilités, les infrastructures sanitaires sont souvent endommagées ou absentes, rendant difficile l'accès aux services médicaux appropriés (Organisation mondiale de la santé 2019). Dans ces contextes, certaines femmes choisissent ou se voient contraintes d'accoucher à domicile, souvent sans assistance qualifiée (UNICEF 2021), et sont ainsi exposées aux risques de mortalité maternelle et infantile (Médecins Sans Frontières 2018). Cette étude est basée sur le postulat selon lequel les femmes vivant dans les régions en crise sécuritaire présentent des risques d'accouchement à domicile plus accrus comparées à leurs homologues vivant dans les régions non en crise. Elle est l'une des premières à examiner l'influence des crises sécuritaires sur les comportements des femmes en matière de fécondité, et surtout au sein des États du Sahel. Elle contribue ainsi à l'amélioration des connaissances sur les déterminants de l'accouchement à domicile et à analyser le rôle propre des crises sécuritaires que vivent depuis quelques années certains pays, dont ceux de l'Alliance des États du Sahel. Elle met en évidence l'influence des crises sécuritaires sur l'accouchement des femmes. Elle analyse les variations des taux d'accouchement à domicile chez les femmes en âge de procréer au Burkina Faso, au Mali et au Niger, trois pays de l'Alliance Sahel touchés par des conflits depuis quelques années. Plus spécifiquement, elle vise à analyser la prévalence de ces accouchements à domicile selon la situation de crises sécuritaires (zones en crise vs. zones non touchées) et identifier les facteurs sous-jacents de cette pratique.

Dans le domaine de la recherche, plusieurs travaux ont examiné les facteurs associés à l'accouchement à domicile. Les principaux déterminants du phénomène identifiés dans la

littérature sont, entre autres, l'âge de la mère, son niveau d'instruction (Bado et al. 2022; Michael, Anyaka, and Mutihir 2024), le niveau de vie du ménage (Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022; Michael, Anyaka, and Mutihir 2024), le milieu de résidence (Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022), l'exposition aux médias (Bado et al. 2022), l'accessibilité géographique (Oduor and Ayieko 2021; Bado et al. 2022; Hwang, Hwang, and Zia 2022; Michael, Anyaka, and Mutihir 2024), la fréquence des consultations prénatales (Wondimu, Markos, and D 2020; Bado et al. 2022), et le nombre de naissances vivantes (Bado et al. 2022). Par exemple, il est courant que les facteurs économiques influencent les préférences en matière de lieu de l'accouchement, aussi bien sur le plan du transport que des prestations au niveau des formations sanitaires. De nombreuses femmes dans les zones rurales et défavorisées rencontrent des obstacles considérables à l'accès aux établissements de santé en raison de la distance, des problèmes de transport et des coûts élevés associés (Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022). Par conséquent, certaines peuvent considérer la délivrance à domicile comme la seule option viable, limitant ainsi leur accès aux soins qualifiés et aux interventions médicales en cas d'urgence.

2 Méthodologie

2.1 *Données et population cible*

L'étude s'appuie sur les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) les plus récentes menées dans trois pays du Sahel (Burkina Faso, Mali, Niger) confrontés à des crises sécuritaires. Ces enquêtes sont réalisées par Measures DHS. Les données des EDS sont représentatives et abordent plusieurs thèmes, notamment la santé reproductive, y compris la santé de la mère et la survie de l'enfant. Les enquêtes EDS interrogent généralement les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et les hommes de 15 à 64 ans. Les données exploitées pour cette recherche ont été téléchargées du site Macro International (<http://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>) le 15 octobre 2024. Elles ont été collectées entre 2012 et 2021. La population cible de cette étude est constituée des femmes de 15 à 49 ans interrogées et qui ont eu au moins une naissance vivante au cours des 5 dernières années précédant les opérations de collecte. Les informations sur le lieu d'accouchement concernent les naissances les plus récentes des femmes interrogées. Les données des bases d'enfants de moins de 5 ans ont été utilisées dans le cadre de l'étude.

2.2 *Caractéristiques de l'échantillon par pays*

Les caractéristiques de l'échantillon par pays sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les enquêtes ont été conduites en 2012 au Niger, en 2018 au Mali et en 2021 au Burkina Faso. Un total de 34 841 enfants de moins de 5 ans a été enregistré pour toutes les femmes en âge de procréer interrogées. Parmi ces enfants de moins de 5 ans, l'analyse a porté sur un échantillon de 19 663 derniers enfants de moins de 5 ans des femmes participantes. Près de 4 enfants sur 10 (37,6 %) proviennent du Niger, suivi de 31,5 % pour le Mali.

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon par pays

Pays	Année d'enquête	Nombre total d'enfants de moins de 5 ans issus des femmes de 15-49 ans enquêtées (N=34841)	Nombre de grossesses éligibles (n=19633)	Proportion (%)
Niger	2 012	12 931	7 386	37,6
Mali	2 018	9 983	6 178	31,5
Burkina Faso	2 021	11 926	6 070	30,9
Total		34 841	19 633	100,0

2.3 Situation de crises au sein des pays d'étude

En vue de mettre en évidence l'influence des situations de crise sur les différences de comportements des femmes en matière de reproduction, notamment sur les préférences du choix du lieu d'accouchement, une catégorisation de chaque pays a été faite pour faire ressortir les zones/régions en crise et les zones non en crise. La catégorisation est effectuée pour traduire au mieux la situation de crise en vigueur dans chaque pays au moment de la collecte des données, soit la situation de la crise sécuritaire au Niger en 2012, au Mali en 2018 et au Burkina Faso en 2021.

En 2012, les zones du Niger classées comme "rouge" ou dangereuses en raison de l'insurrection touarègue et de l'instabilité générale comprenaient principalement les régions d'Agadez, de Tahoua et de Diffa. La région d'Agadez, qui abrite une importante population touarègue, a été au cœur des affrontements entre les forces gouvernementales et les insurgés, faisant d'Agadez une zone à haut risque. Pendant ce temps, des combats et des activités rebelles ont également été observés dans la région de Tahoua. La région de Diffa, bien qu'elle ne soit pas le principal théâtre de l'insurrection touarègue, a vécu des tensions croissantes, notamment avec la menace de Boko Haram depuis 2012 ou avant. Ainsi, dans le cadre de cette étude, ces trois régions sont considérées comme en crise sécuritaire et les autres régions comme non en crise.

Au Mali, les régions considérées comme dangereuses et en crise dans le cadre de cette étude sont : Gao, Kidal, Mopti et Tombouctou.

Au Burkina Faso, les régions considérées en crise sécuritaire sont : Cascades, Sud-Ouest, Nord, Boucle du Mouhoun, Est, Hauts-Bassins et Sahel.

2.4 Variable dépendante

La variable dépendante est l'accouchement à domicile par les femmes lors de la naissance de leur dernière naissance enregistrée au plus 5 ans avant l'enquête. Elle est codée 1 si la femme a accouché le dernier enfant à domicile et 0 sinon.

2.5 Variables indépendantes

La variable indépendante principale est la situation de crise dans chacun des trois pays. Elle prend deux modalités : en crise et non en crise comme catégorisée plus haut. En plus de cette variable indépendante principale, les variables de contrôle utilisées sont celles mises en évidence dans la littérature sur l'analyse des déterminants des préférences en matière du lieu d'accouchement par les femmes en Afrique et disponibles dans les bases de données. Il s'agit de : l'âge de la femme à la naissance de l'enfant (15-17 ans, 17-18 ans, 19-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-49 ans), niveau d'instruction de la femme (aucun, primaire, secondaire ou plus), niveau de vie du ménage (plus pauvre, pauvre, moyen, riche, très riche), milieu de résidence (urbain, rural), nombre de naissance vivantes (Moins de 4 enfants, 4 à 6 enfants, 7 enfants ou plus), Perception de la mère de la distance pour se rendre au centre de santé (Pas un grand problème, Un grand problème), Nombre de consultations prénatales pendant la grossesse (Aucune consultation prénatale, Moins de 4 visites, 4 visites ou plus), milieu de résidence (Urbain, Rural), Sexe du chef de ménage (Masculin, Féminin), fréquence d'exposition aux médias: radio (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine), télévision (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine), journaux/magazines (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine).

2.6 Méthodes et outils d'analyse des données

Les méthodes d'analyse descriptive et explicative ont été utilisées. Au niveau descriptif, des tris à plat suivi des tableaux croisés accompagnés des tests d'indépendance du Chi2 sont utilisés. Les analyses explicatives sont basées sur des modèles de régression logistique binaire. Le seuil de signification des résultats est testé à 5 %.

Les analyses statistiques sont réalisées avec le logiciel R impliquant plusieurs packages dont: dplyr (Wickham et al. 2023), knitr (Xie 2019), haven (Wickham and Miller 2019), survey (Lumley 2019), gtools (Warnes, Bolker, and Lumley 2018), numDervi (Paul and Ravi 2019), car (Fox and Weisberg 2019), summarytools (Comtois 2019), flextable (Gohel 2019a), officer (Gohel 2019b), jtools (Long 2019), finalfit (Harrison, Drake, and Ots 2019).

2.7 Considérations éthiques

L'étude utilise des données provenant des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) dont les outils de collecte sont préalablement approuvés par le comité étiq de Macro International. Les données sont gratuitement accessibles sur le site web de Measures DHS (MEASUREDHS 2023) sur demande.

3 Principaux résultats

3.1 Caractéristiques de la population de l'étude

Les analyses ont porté au total sur 19 633 dernières grossesses des femmes interrogées, dont 33,5 % vivaient dans les régions en crise et 66,5 % dans les zones non en crise. L'âge moyen des mères au moment des enquêtes est de 28,71 ans et leur âge moyen au dernier accouchement est de 27,59 ans. Un peu plus de 3 accouchements sur 10 (35,8 %) ont eu lieu à domicile. La majorité (75 %) des naissances a été enregistrée chez les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction. Selon la situation de crise, on constate que 80 % des naissances dans les régions en crise ont lieu chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction contre 72,4 % dans les régions non en crise. Un peu moins de la moitié (48,1 % dans l'ensemble de l'échantillon contre 49,1 % dans les régions en crise et 47,6 %) des naissances a eu lieu chez les femmes qui ont moins de 4 enfants. Près de huit mères sur 10 (79,6 %) vivaient en milieu rural, soit 85,8 % pour les régions en crise et 76,5 % pour les zones non en crise.

Tableau 2: Description de l'échantillon de l'étude selon les variables d'analyse

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	(%)	Effectif (n=11713)	(%)	Effectif (n=7920)	(%)	Effectif (n=)
Situation de crise						
Non en crise	100,0	11 713	0,0	0	66,5	13 052
En crise	0,0	0	100,0	7 920	33,5	6 581
Accouchement à domicile						
Non	65,0	7 611	62,6	4 958	64,2	12 600
Oui	35,0	4 102	37,4	2 962	35,8	7 033
Age de la mère au moment de l'enquête - (Age moyen : 28.71 ans)						
15-19 ans	8,1	950	8,6	678	8,3	1 621
20-24 ans	22,2	2 602	23,2	1 835	22,5	4 424
25-29 ans	25,8	3 025	24,3	1 926	25,3	4 971
30-34 ans	20,3	2 377	21,0	1 666	20,5	4 033
35-39 ans	14,6	1 712	13,9	1 102	14,4	2 823
40-44 ans	6,8	796	7,0	558	6,9	1 351
44-49 ans	2,2	252	2,0	156	2,1	410
Age de la mère à la naissance de l'enfant - (Age moyen : 27.59 ans)						
12-17 ans	5,0	589	5,0	396	5,0	986
18-19 ans	7,9	920	8,5	670	8,1	1 582
20-24 ans	24,0	2 813	24,3	1 923	24,1	4 732
25-29 ans	25,7	3 007	24,3	1 921	25,2	4 947
30-34 ans	18,8	2 200	20,0	1 582	19,2	3 766

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	(%)	Effectif (n=11713)	(%)	Effectif (n=7920)	(%)	Effectif (n=)
35-39 ans	13,0	1 519	12,1	959	12,7	2 489
40-49 ans	5,7	665	5,9	469	5,8	1 131
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	72,4	8 486	80,0	6 339	75,0	14 724
Primaire	13,2	1 551	10,0	792	12,2	2 386
Secondaire ou plus	14,3	1 676	10,0	789	12,9	2 523
Nombre de naissances vivantes						
Moins de 4 enfants	47,6	5 576	49,1	3 887	48,1	9 444
4 à 6 enfants	34,2	4 002	34,7	2 750	34,4	6 744
7 enfants ou plus	18,2	2 135	16,2	1 283	17,5	3 445
Perception de la mère de la distance pour se rendre au centre de santé						
Pas un grand problème	64,0	7 501	57,6	4 566	61,9	12 153
Un grand problème	36,0	4 212	42,4	3 354	38,1	7 480
Nombre de consultations prénatales pendant la grossesse						
Aucune consultation prénatale	10,4	1 222	13,9	1 101	11,6	2 277
Moins de 4 visites	38,4	4 500	39,5	3 127	38,8	7 613
4 visites ou plus	51,1	5 991	46,6	3 692	49,6	9 743
Niveau de vie du ménage						
Plus pauvre	15,4	1 803	28,9	2 289	19,9	3 911
Pauvre	19,1	2 241	22,3	1 765	20,2	3 964
Moyen	20,9	2 451	20,2	1 599	20,7	4 060
Riche	22,2	2 602	16,8	1 333	20,4	4 007
Plus riche	22,3	2 617	11,8	934	18,8	3 692
Milieu de résidence						
Urbain	23,5	2 753	14,2	1 121	20,4	3 999
Rural	76,5	8 960	85,8	6 799	79,6	15 634
Sexe du chef de ménage						
Masculin	88,5	10 366	89,0	7 053	88,7	17 411
Féminin	11,5	1 347	11,0	867	11,3	2 222
Lire les journaux, magazines						
Non	95,1	11 142	97,1	7 690	95,8	18 806
Oui	4,9	571	2,9	230	4,2	827
Ecoute de la radio						
Non	33,0	3 861	43,2	3 421	36,4	7 146
Oui	67,0	7 852	56,8	4 499	63,6	12 487
Regarde la télévision						

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	(%)	Effectif (n=11713)	(%)	Effectif (n=7920)	(%)	Effectif (n=)
Non	57,9	6 785	65,3	5 173	60,4	11 859
Oui	42,1	4 928	34,7	2 747	39,6	7 774
Pays						
Burkina Faso	26,4	3 098	39,8	3 150	30,9	6 070
Mali	32,0	3 750	30,4	2 405	31,5	6 178
Niger	41,5	4 865	29,9	2 364	37,6	7 386
Total	100,0	11 713	100,0	7 920	100,0	19 633

3.2 Variations de la prévalence des accouchements à domicile par pays selon la situation de crise au sein des trois pays de l'étude (Burkina Faso, Mali et Niger)

La prévalence globale de l'accouchement à domicile est estimée à 35,8 %, dont 35 % dans les régions non touchées par les crises contre 37,4 % dans les régions en crise. Même si les écarts ne sont pas importants au niveau global, on observe une grande disparité entre les pays et au sein des pays, à l'exception du Niger. Selon le pays et la situation de crise, la plus faible proportion d'accouchements à domicile est estimée à 5,7 % au Burkina Faso, contre 29,3 % au Mali et 66,1 % au Niger. Au Burkina Faso et au Mali, le taux d'accouchement à domicile en contexte de crise est plus du double de celui observé en contexte stable : 3,2 % contre 8,9 % au Burkina Faso et 21,9 % contre 44,7 % au Mali. Au Niger, en revanche, le taux d'accouchement à domicile est relativement élevé et la différence entre contextes de crise et contextes stables est faible : 65,4 % contre 67,9 %.

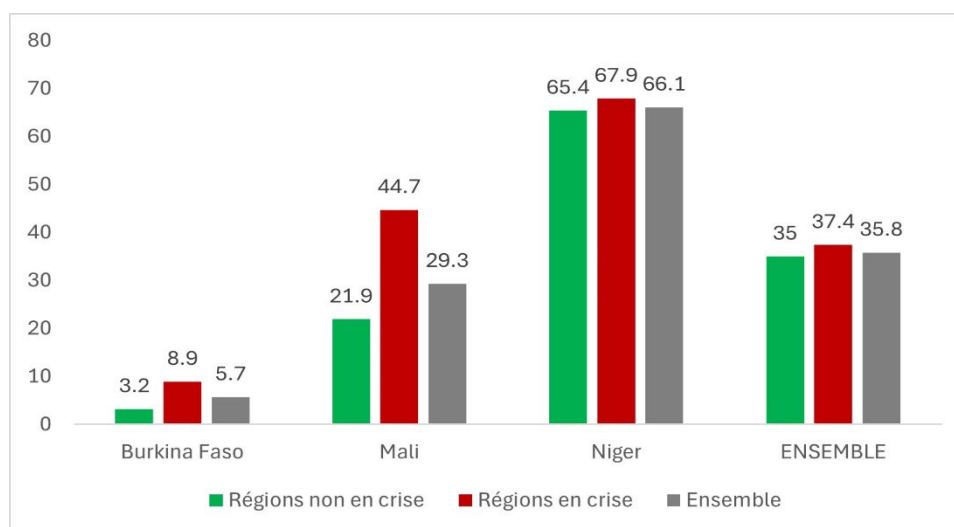


Figure 1 : Représentation graphique du taux d'accouchement à domicile par pays selon la situation de crise

3.3 Variations du taux d'accouchement à domicile selon les variables d'analyse

Au niveau bivarié, les résultats des tests d'indépendance du khi-deux montrent que toutes les variables étudiées semblent associées à l'accouchement à domicile, quel que soit le contexte de crise sécuritaire, à l'exception du sexe du chef de ménage, qui ne semble pas associé au choix du lieu d'accouchement dans les régions non touchées par la crise. Dans l'échantillon global, le taux d'accouchement à domicile est plus faible dans les ménages dirigés par des hommes (35,2 % contre 40,5 %), tandis que, en zones de crise, la différence est plus marquée : la moitié (50,4 % contre 35,8 %) des femmes vivant dans des ménages dirigés par des femmes accouchent à domicile.

Selon l'âge des mères, les plus fortes proportions d'accouchement à domicile sont observées chez les femmes proches de la ménopause : 39,4 % (40,2 % en zones stables et 38 % en zones de crise) chez les 40-44 ans, et 51,6 % (52,1 % en zones de crise contre 51,4 % en zones stables) chez les 45-49 ans. Quel que soit le contexte, on observe une baisse continue du taux d'accouchement à domicile avec l'augmentation du niveau d'instruction : 43,3 % chez les femmes sans instruction, 20,4 % chez celles ayant un niveau primaire, et 6,5 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Une tendance similaire est observée en fonction du niveau de vie du ménage. Les plus fortes proportions (43,2 % contre 6,9 %) de taux d'accouchement à domicile sont enregistrées en milieu rural, aussi bien en zones de crise (42,2 % contre 8,1 %) qu'en zones stables (43,8 % contre 6,6 %). Un autre facteur important associé aux différences dans le recours à l'accouchement à domicile est la fréquence des consultations prénatales. L'augmentation de la fréquence des consultations prénatales est associée à une baisse du taux d'accouchement à domicile, quel que soit le contexte de crise. Les différences semblent plus accentuées dans les régions en crise sécuritaire.

Tableau 3: Prévalence du taux d'accouchement à domicile par variable d'analyse selon la situation de crise sécuritaire

Variable	Régions non en crise				Régions en crise				Ensemble			
	Effectif (n=11713)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=7920)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue
Age de la mère au moment de l'enquête - (Age moyen : 28.71 ans)												
15-19 ans	950	31,3			678	33,4			1 621	32,0		
20-24 ans	2 602	32,5			1 835	32,8			4 424	32,6		
25-29 ans	3 025	36,3			1 926	38,3			4 971	37,0		
30-34 ans	2 377	35,8	54,4	0,000	1 666	42,4	39,9	0,000	4 033	36,7	82,6	0
35-39 ans	1 712	32,7			1 102	38,0			2 823	35,8		
40-44 ans	796	40,2			558	52,1			1 351	39,4		
44-49 ans	252	51,4			156				410	51,6		
Age de la mère à la naissance de l'enfant - (Age moyen : 27.59 ans)												
12-17 ans	589	35,6			396	37,1			986	36,1		
18-19 ans	920	30,8			670	31,1			1 582	30,9		
20-24 ans	2 813	34,3			1 923	36,9			4 732	35,2		
25-29 ans	3 007	36,6	27,3	0,000	1 921	40,3	12,4	0,054	4 947	36,6	32,4	0
30-34 ans	2 200	34,4			1 582	38,4			3 766	36,4		
35-39 ans	1 519	33,1			959	40,2			2 489	34,8		
40-49 ans	665	42,6			469				1 131	41,8		
Niveau d'instruction de la mère												
Aucun	8 486	43,6			6 339	42,8			14 724	43,3		
Primaire	1 551	19,3	990,9	0,000	792	23,2	570,0	0,000	2 386	20,4	1 575,0	0
Secondaire ou plus	1 676	6,0			789	8,0			2 523	6,5		
Nombre de naissances vivantes												
Moins de 4 enfants	5 576	26,5	440,5	0,000	3 887	30,8	160,7	0,000	9 444	28,0	573,6	0
4 à 6 enfants	4 002	37,9			2 750	39,6			6 744	38,5		

Variable	Régions non en crise				Régions en crise				Ensemble			
	Effectif (n=11713)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=7920)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue
7 enfants ou plus	2 135	51,7			1 283	52,9			3 445	52,1		
Perception de la mère de la distance pour se rendre au centre de santé												
Pas un grand problème	7 501	27,4	535,0	0,000	4 566	30,9	341,3	0,000	12 153	28,5	896,3	0
Un grand problème	4 212	48,6			3 354	46,3			7 480	47,8		
Nombre de consultations prénatales pendant la grossesse												
Aucune consultation prénatale	1 222	76,7	1 653,7	0,000	1 101	86,3	2 412,5	0,000	2 277	80,6	4 062,4	0
Moins de 4 visites	4 500	43,4			3 127	44,8			7 613	43,9		
4 visites ou plus	5 991	20,2			3 692	16,6			9 743	19,1		
Niveau de vie du ménage												
Plus pauvre	1 803	54,4	1 109,1	0,000	2 289	47,9	627,1	0,000	3 911	51,2	1 752,0	0
Pauvre	2 241	45,1			1 765	42,6			3 964	44,2		
Moyen	2 451	41,1			1 599	36,8			4 060	39,7		
Riche	2 602	30,7			1 333	31,3			4 007	30,8		
Plus riche	2 617	11,7			934	11,5			3 692	11,7		
Milieu de résidence												
Urbain	2 753	6,6	1 315,0	0,000	1 121	8,1	464,5	0,000	3 999	6,9	1 748,9	0
Rural	8 960	43,8			6 799	42,2			15 634	43,2		
Sexe du chef de ménage												
Masculin	10 366	34,9	0,7	0,418	7 053	35,8	35,7	0,000	17 411	35,2	19,9	0
Féminin	1 347	35,7			867	50,4			2 222	40,5		
Lire les journaux, magazines												
Non	11 142	36,6	218,2	0,000	7 690	38,2	91,0	0,000	18 806	37,1	314,9	0
Oui	571	4,9			230	10,6			827	6,3		
Ecoute de la radio												
Non	3 861	40,2	70,3	0,000	3 421	40,5	81,9	0,000	7 146	40,3	166,0	0

Variable	Régions non en crise				Régions en crise				Ensemble			
	Effectif (n=11713)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=7920)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue	Effectif (n=)	Prévalence (%)	Chi-deux	Pvalue
Oui	7 852	32,5			4 499	35,1			12 487	33,3		
Regarde la télévision												
Non	6 785	48,3	1 203,5	0,000	5 173	44,6	467,0	0,000	11 859	46,9	1 661,5	0
Oui	4 928	16,8			2 747	23,9			7 774	18,9		
Pays												
Burkina Faso	3 098	3,2	3 047,8	0,000	3 150	8,9	1 880,4	0,000	6 070	5,7	4 394,1	0
Mali	3 750	21,9			2 405	44,7			6 178	29,3		
Niger	4 865	65,4			2 364	67,9			7 386	66,1		
Situation de crise												
Non en crise									13 052	35,0		
En crise									6 581	37,4	26,9	0
Total									19 633	35,8		

3.4 *Accouchements à domicile en contexte de crise sécuritaire et principaux facteurs de risque*

Toute chose étant égale par ailleurs, les résultats montrent que les crises sécuritaires ont un effet propre sur le risque d'accouchement à domicile chez les femmes en âge de procréer. Les femmes vivant dans les zones en crise sécuritaire ont 44 % de risque supplémentaire (OR = 1,44 ; IC 95 % = 1,32-1,58) d'accoucher à domicile, comparativement à leurs homologues vivant dans les régions non touchées par la crise. De même que la situation de crise sécuritaire, les résultats des analyses explicatives confirment les résultats de l'analyse bivariée, mettant en évidence une association entre chaque variable et l'accouchement à domicile. Chaque variable de contrôle a un effet propre sur le risque d'accouchement à domicile chez les femmes. Selon le pays, indépendamment de la situation de crise, le risque d'accouchement à domicile est plus élevé au Mali (6,64 fois) et au Niger (33,46 fois) qu'au Burkina Faso. Les résultats sont similaires en zones de crise et en zones stables.

Le risque d'accouchement à domicile diminue continuellement avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère, de la fréquence des consultations prénatales pendant la grossesse et du niveau de vie du ménage, aussi bien en zones de crise qu'en zones stables. Les différences sont parfois plus prononcées en zones de crise. Les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur ont 55 % (63 % en zones de crise et 48 % en zones stables) de risque en moins d'accoucher à domicile que leurs homologues sans instruction. Les femmes vivant dans les ménages au niveau de vie le plus élevé ont 79 % de risque en moins (OR = 0,21 ; IC 95 % = [0,18-0,26]) d'accoucher à domicile que leurs homologues vivant dans les ménages les plus pauvres. Les femmes ayant effectué au moins quatre consultations prénatales ont 90 % de risque en moins (OR = 0,10 ; IC 95 % = [0,08-0,11]) d'accoucher à domicile que celles ayant effectué moins de quatre consultations, contre 83 % (OR = 0,17 ; IC 95 % = [0,15-0,19]) pour celles n'ayant effectué aucune visite prénatale. Des résultats similaires sont observés en zones de crise et en zones stables, mais les différences semblent plus importantes en zones de crise (94 % et 88 % de risque en moins respectivement).

Le sexe du chef de ménage est associé au choix du lieu d'accouchement uniquement dans les régions en crise. Les femmes vivant dans les ménages dirigés par des femmes ont 29 % de risque supplémentaire (OR = 1,29 ; IC 95 % = [1,05-1,57]) d'accoucher à domicile que leurs homologues vivant dans des ménages dirigés par des hommes.

Le risque d'accouchement à domicile est aussi inversement associé à l'exposition aux médias (radio, télévision, journaux/magazines), quel que soit le contexte (crise ou non). La consommation de médias est associée à un risque moindre d'accouchement à domicile.

L'accessibilité géographique joue un rôle important dans les différences de choix du lieu d'accouchement. Les femmes estimant que l'accès géographique aux centres de santé est un problème majeur ont 94 % de risque supplémentaire (OR = 1,94 ; IC 95 % = [1,78-2,11])

d'accoucher à domicile que celles pour qui ce n'est pas un problème. L'influence de l'accessibilité géographique semble plus importante en zones de crise (OR = 2,15 ; IC 95 % = [1,88-2,46]) qu'en zones stables (OR = 1,69 ; IC 95 % = [1,51-1,89]). De même, les femmes vivant en milieu rural ont 2,65 fois plus de risque d'accoucher à domicile que celles vivant en milieu urbain.

Tableau 4: Résultats de la régression logistique sur l'accouchement à domicile parmi les femmes dans les trois pays de l'étude selon la situation de crise

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%
Age de la mère à la naissance de l'enfant - (Age moyen : 27.59 ans)						
12-17 ans	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
18-19 ans	0.79 [0.63-0.99]**	0.92 [0.67-1.25]	0.72 [0.56-0.92]***	0.76 [0.53-1.07]	0.75 [0.64-0.89]***	0.84 [0.67-1.05]
20-24 ans	0.89 [0.73-1.08]	1.16 [0.89-1.51]	0.83 [0.67-1.02]*	0.99 [0.73-1.33]	0.86 [0.74-0.99]**	1.08 [0.89-1.31]
25-29 ans	1.01 [0.83-1.22]	0.95 [0.72-1.27]	0.88 [0.72-1.09]	0.80 [0.58-1.10]	0.94 [0.82-1.09]	0.90 [0.73-1.12]
30-34 ans	0.91 [0.75-1.11]	0.77 [0.56-1.05]	0.92 [0.74-1.14]	0.81 [0.57-1.15]	0.90 [0.78-1.04]	0.81 [0.64-1.01]*
35-39 ans	0.89 [0.72-1.09]	0.61 [0.43-0.85]***	0.92 [0.73-1.16]	0.66 [0.45-0.97]**	0.89 [0.76-1.03]	0.65 [0.50-0.83]***
40-49 ans	1.26 [1.00-1.60]*	0.76 [0.52-1.12]	0.99 [0.75-1.29]	0.55 [0.36-0.86]***	1.13 [0.95-1.35]	0.72 [0.54-0.95]**
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Primaire	0.32 [0.28-0.37]***	0.54 [0.46-0.64]***	0.35 [0.29-0.41]***	0.67 [0.54-0.84]***	0.33 [0.30-0.37]***	0.60 [0.52-0.68]***
Secondaire ou plus	0.09 [0.07-0.11]***	0.52 [0.40-0.67]***	0.09 [0.07-0.12]***	0.37 [0.26-0.50]***	0.09 [0.08-0.11]***	0.45 [0.37-0.55]***
Nombre de naissances vivantes						
Moins de 4 enfants	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
4 à 6 enfants	1.65 [1.51-1.80]***	1.25 [1.07-1.48]***	1.38 [1.25-1.53]***	1.35 [1.12-1.63]***	1.52 [1.42-1.62]***	1.26 [1.12-1.43]***
7 enfants ou plus	2.97 [2.68-3.30]***	1.54 [1.23-1.93]***	2.32 [2.03-2.66]***	1.69 [1.30-2.19]***	2.65 [2.44-2.88]***	1.54 [1.30-1.82]***
Perception de la mère de la distance pour se rendre au centre de santé						
Pas un grand problème	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%
Un grand problème	2.56 [2.36- 2.77]***	1.69 [1.51- 1.89]***	2.40 [2.19- 2.64]***	2.15 [1.88- 2.46]***	2.51 [2.36- 2.67]***	1.94 [1.78- 2.11]***
Nombre de consultations prénatales pendant la grossesse						
Aucune consultation prénatale	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Moins de 4 visites	0.23 [0.20- 0.27]***	0.20 [0.16- 0.24]***	0.09 [0.08- 0.11]***	0.13 [0.10- 0.16]***	0.15 [0.13- 0.17]***	0.17 [0.15- 0.19]***
4 visites ou plus	0.07 [0.06- 0.08]***	0.14 [0.11- 0.16]***	0.02 [0.02- 0.03]***	0.06 [0.05- 0.07]***	0.04 [0.04- 0.05]***	0.10 [0.08- 0.11]***
Niveau de vie du ménage						
Plus pauvre	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Pauvre	0.71 [0.62- 0.81]***	0.89 [0.74-1.06]	0.71 [0.62- 0.81]***	0.63 [0.53- 0.77]***	0.71 [0.65- 0.78]***	0.73 [0.64- 0.83]***
Moyen	0.58 [0.51- 0.66]***	0.71 [0.60- 0.85]***	0.53 [0.46- 0.61]***	0.58 [0.48- 0.71]***	0.56 [0.51- 0.62]***	0.62 [0.55- 0.71]***
Riche	0.35 [0.31- 0.40]***	0.56 [0.47- 0.67]***	0.40 [0.34- 0.46]***	0.40 [0.33- 0.50]***	0.37 [0.33- 0.40]***	0.46 [0.40- 0.52]***
Plus riche	0.11 [0.10- 0.13]***	0.32 [0.26- 0.41]***	0.12 [0.10- 0.15]***	0.15 [0.11- 0.21]***	0.12 [0.10- 0.13]***	0.21 [0.18- 0.26]***
Milieu de résidence						
Urbain	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Rural	9.28 [8.10- 10.68]***	3.62 [2.95- 4.45]***	3.90 [3.43- 4.45]***	2.24 [1.79- 2.81]***	6.19 [5.65- 6.81]***	2.65 [2.29- 3.07]***
Sexe du chef de ménage						
Masculin	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Féminin	1.05 [0.93-1.19]	1.03 [0.86-1.22]	1.55 [1.34- 1.79]***	1.29 [1.05-1.57]**	1.24 [1.13- 1.36]***	1.11 [0.98-1.27]
Lire les journaux, magazines						
Non	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Oui	0.11 [0.08- 0.16]***	0.64 [0.42-0.97]**	0.18 [0.12- 0.26]***	0.78 [0.45-1.31]	0.13 [0.10- 0.17]***	0.72 [0.52-0.99]**

Variable	Régions non en crise		Régions en crise		Ensemble	
	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%	OR ~ Effect Brut, IC 95%	OR ~ Effect Net, IC 95%
Ecoute de la radio						
Non	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Oui	0.71 [0.65- 0.77]***	0.98 [0.87-1.11]	0.65 [0.60- 0.72]***	0.92 [0.80-1.06]	0.67 [0.63- 0.71]***	1.02 [0.93-1.12]
Regarde la télévision						
Non	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Oui	0.22 [0.20- 0.24]***	0.67 [0.58- 0.76]***	0.32 [0.29- 0.36]***	0.78 [0.66- 0.92]***	0.25 [0.24- 0.27]***	0.67 [0.60- 0.74]***
Pays						
Burkina Faso	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mali	7.90 [6.40- 9.85]***	6.41 [5.07- 8.17]***	11.48 [9.88- 13.39]***	6.89 [5.73- 8.30]***	8.33 [7.39- 9.42]***	6.64 [5.76- 7.66]***
Niger	43.30 [35.40- 53.57]***	46.50 [37.34- 58.49]***	18.61 [15.95- 21.79]***	20.18 [16.45- 24.84]***	25.37 [22.57- 28.61]***	33.46 [29.04- 38.65]***
Situation de crise						
Non en crise					1.00	1.00
En crise					1.17 [1.10- 1.25]***	1.53 [1.40- 1.68]***

Number in dataframe = 19633, Number in model = 19633, Missing = 0, AIC = 14548.5, C-statistic = 0.903, H&L = Chi-sq(8) 48.33 ($p < 0.001$)

4 Discussion

La littérature scientifique comporte peu d'études examinant l'influence des crises sécuritaires sur les déterminants de l'accouchement à domicile. Cette étude se révèle donc particulièrement pertinente. Le taux d'accouchement à domicile chez les femmes en âge de procréer, au sein de notre échantillon (35,8 %, dont 37,4 % dans les régions en crise contre 35,0 % dans les régions non en crise), varie entre les pays et à l'intérieur même des pays. À l'échelle nationale, la prévalence de l'accouchement à domicile présente de fortes disparités : elle est plus élevée au Niger (66,1 %) qu'au Mali (29,3 %) et au Burkina Faso (5,7 %).

L'impact des crises sécuritaires sur l'accès des femmes aux structures de santé obstétricales semble plus important au Burkina Faso et au Mali, où le taux d'accouchement à domicile dans les zones touchées est plus du double de celui observé dans les zones non touchées (respectivement 8,9 % contre 3,2 % au Burkina Faso et 44,7 % contre 21,9 % au Mali). Au Niger, où l'accouchement à domicile est déjà largement répandu, la différence entre les zones de crise et les zones stables est moins marquée (67,9 % contre 65,4 %). La prévalence globale de l'accouchement à domicile dans cette étude est supérieure à celle estimée dans certains contextes, notamment parmi les femmes suivant des consultations prénatales dans un établissement de santé au Nigeria (23,5 %) (Michael, Anyaka, and Mutihir 2024). Cette différence s'explique probablement par le fait que notre prévalence est calculée sur un échantillon incluant des femmes suivantes ou non des consultations prénatales.

Les analyses confirment les disparités des risques d'accouchement à domicile selon le pays et la situation de crise. Les femmes vivant dans les régions touchées par des crises sécuritaires courent un risque accru d'accoucher à domicile, confirmant l'hypothèse principale de l'étude concernant le rôle propre des crises sécuritaires sur les comportements de procréation. Ces crises entraînent souvent des déplacements de population fuyant les violences et l'instabilité, perturbant l'accès aux services sociaux de base, y compris les soins de santé. Dans les zones touchées par les conflits, les infrastructures sanitaires sont souvent endommagées ou inexistantes, rendant difficile l'accès à des soins médicaux appropriés (Organisation mondiale de la santé 2019). Dans ces contextes, certaines femmes choisissent ou sont contraintes d'accoucher à domicile, souvent sans assistance qualifiée (UNICEF 2021). Il est donc crucial de renforcer les capacités des systèmes de santé pour garantir la sécurité et le bien-être des mères et des nouveau-nés dans ces contextes fragiles (Pregnancy and Childbirth 2020).

Au-delà de l'effet propre des crises sécuritaires, les résultats, compte tenu des variables de contrôle, corroborent les conclusions d'études antérieures sur les déterminants de l'accouchement à domicile (Wondimu, Markos, and D 2020; Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022; Bado et al. 2022; Michael, Anyaka, and Mutihir 2024). Les facteurs socio-économiques influencent l'accès aux biens et services, et donc le choix du lieu d'accouchement. Par exemple,

l'accouchement à domicile est inversement corrélé au niveau de vie des ménages, aussi bien en zones de crise qu'en zones stables. La distance aux établissements de santé, les difficultés de transport et les coûts élevés constituent des obstacles importants à l'accès aux soins obstétricaux, empêchant certaines femmes d'accoucher en milieu médicalisé (Oduor and Ayieko 2021; Hwang, Hwang, and Zia 2022). Le niveau d'instruction est également inversement corrélé à l'accouchement à domicile. Les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, secondaire ou supérieur ont un risque moins élevé d'accoucher à domicile, comme le montrent des études récentes au Bénin, au Mali (Bado et al. 2022) et au Nigeria (Michael, Anyaka, and Mutahir 2024). L'accessibilité géographique influence également le risque d'accouchement à domicile, cet impact étant plus marqué en zones de crise. Enfin, la fréquence des consultations prénatales est un facteur déterminant, une consultation régulière diminuant le risque d'accouchement à domicile (Wondimu, Markos, and D 2020; Bado et al. 2022).

Il est important de souligner que cette étude n'a pas pu contrôler l'effet de certaines variables, notamment les variables socioculturelles comme l'appartenance ethnique et religieuse. Les normes culturelles jouent un rôle important dans les préférences concernant le lieu d'accouchement. Dans certaines communautés, les femmes peuvent choisir d'accoucher à domicile en raison de leur attachement aux pratiques traditionnelles et à la confiance qu'elles accordent aux accoucheuses traditionnelles (Mazzucato, Tokhi, and Houghton 2023; Kyei, Adjei, and Ntim 2022).

5 Conclusion et recommandations

Cette étude a examiné l'influence des crises sécuritaires sur le recours aux accouchements à domicile chez les femmes de trois pays du Sahel. Globalement, les crises sécuritaires contribuent aux disparités de choix du lieu d'accouchement. Un risque accru d'accouchement à domicile est observé dans les régions touchées par des crises, comparativement aux régions stables. Ce risque est plus élevé au Niger et au Mali qu'au Burkina Faso, même en dehors des zones de crise. L'impact des crises semble plus marqué au Burkina Faso (8,9 % contre 3,2 %) et au Mali (44,7 % contre 21,9 %) qu'au Niger, où le phénomène apparaît plus généralisé (67,9 % contre 65,4 %).

Dans les régions affectées par les conflits et l'instabilité, les déplacements de population contribuent à la désorganisation familiale et entravent l'accès des femmes aux services de santé pour l'accouchement. L'étude met en évidence un risque accru d'accouchement à domicile chez les femmes vivant dans des ménages dirigés par des femmes, et ce, spécifiquement dans les régions en crise.

Il est donc crucial, non seulement de renforcer les capacités des systèmes de santé pour garantir la sécurité et le bien-être des mères et des nouveau-nés dans ces contextes fragiles (Pregnancy and Childbirth 2020), mais aussi de mettre en place un accompagnement complet des femmes tout au long de la grossesse et de l'accouchement à travers des stratégies comme :

- La création de réseaux de soutien communautaires pour les femmes enceintes dans les régions touchées par les crises,
- Le soutien spécifique aux ménages dirigés par des femmes à travers l'autonomisation et le développement des programmes d'aide sociale et de prise en charge pour les femmes en situation de vulnérabilité,
- Le déploiement de cliniques mobiles et d'équipes itinérantes de sages-femmes et de professionnels de santé pour atteindre les zones difficiles d'accès,
- La restauration des infrastructures sanitaires endommagées dans les zones où les conditions se permettent,
- La formation et l'intégration des accoucheuses traditionnelles, particulièrement dans les contextes où l'accès aux structures de santé est limité, et où la mise en œuvre de mesures pour faciliter cet accès n'est pas possible,
- Le renforcement des programmes de sensibilisation des populations sur les risques des accouchements à domicile et promouvoir l'accouchement assisté,
- La facilitation de l'accès géographique et logistique aux services de santé maternelle à travers la mise en place des mécanismes de transport médicalisé et des systèmes de signalement pour les urgences obstétriques.

Cette étude confirme par ailleurs la plupart des résultats connus sur les déterminants de l'accouchement à domicile en Afrique, notamment l'influence du niveau d'éducation de la femme, du nombre d'enfants, du niveau de vie du ménage, de l'accessibilité géographique, de la fréquence d'exposition aux médias, et de l'âge. En somme, les résultats de cette étude appellent à une approche intégrée et multisectorielle, combinant interventions sanitaires, soutien socio-économique et dispositifs d'urgence, afin de réduire les inégalités et garantir un accès équitable aux soins maternels dans les régions sahéliennes en conflit.

Références

- Ashish, K., R. Dewan, and R. Singh. 2022. "Home Births in India: A Geographical Perspective." *International Journal of Health Management* 14 (2): 215–23. <https://doi.org/10.2139/ijhm.2022.1234>.
- Bado, Aristide Romaric, Hermann Badolo, Ermel Johnson, Evelyne Bewendin Komboigo, Sétonджи Géraud R Padonou, and Fatou Diawara. 2022. "Factors Associated with Home Births in Benin and Mali: Evidence from the Recent Demographic and Health Surveys." *Frontiers in Reproductive Health* 4: 808070.
- Chey, M. J., K. R. Brubaker, and J. D. Wells. 2020. "The Experience of Planned Home Birth: A Focus on Maternal and Neonatal Outcomes." *BMC Health Services Research* 20 (1): 312. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05155-6>.

- Comtois, Dominic. 2019. *Summarytools: Tools to Quickly and Neatly Summarize Data*. <https://CRAN.R-project.org/package=summarytools>.
- Fox, John, and Sanford Weisberg. 2019. *An R Companion to Applied Regression*. Third. Thousand Oaks CA: Sage. <https://socialsciences.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion/>.
- Gohel, David. 2019a. *Flextable: Functions for Tabular Reporting*. <https://CRAN.R-project.org/package=flextable>.
- Gohel, David. 2019b. *Officer: Manipulation of Microsoft Word and PowerPoint Documents*. <https://CRAN.R-project.org/package=officer>.
- Harrison, Ewen, Tom Drake, and Riinu Ots. 2019. *Finalfit: Quickly Create Elegant Regression Results Tables and Plots When Modelling*. <https://CRAN.R-project.org/package=finalfit>.
- Hwang, Y. J., J. H. Hwang, and S. Zia. 2022. “Barriers to Healthcare Access for Rural Women During Pregnancy and Childbirth in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review.” *BMC Health Services Research* 22 (1): 116. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07487-2>.
- Kyei, N. N., F. K. Adjei, and W. Ntim. 2022. “Drivers of Home Deliveries in Ghana: The Role of Community Health Workers and Traditional Medicine.” *International Journal of Health Policy and Management* 11 (9): 1723–31. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.50>.
- Long, Jacob A. 2019. *Jtools: Analysis and Presentation of Social Scientific Data*. <https://cran.r-project.org/package=jtools>.
- Lumley, Thomas. 2019. “Survey: Analysis of Complex Survey Samples.”
- Mazzucato, D., M. Tokhi, and F. Houghton. 2023. “Traditional Birth Attendants and Home Delivery: An Exploration of Care Practices in Rural East Africa.” *PLOS Global Public Health* 3 (1): e0000135. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000135>.
- MEASUREDHS. 2023. <http://www.measuredhs.com/>.
- Médecins Sans Frontières. 2018. “Maternal Mortality in Conflict Zones: A Report.” Médecins Sans Frontières.
- Mekonnen, T., and A. Worku. 2022. “Reasons for Home Delivery in Ethiopia: A Qualitative Study of Women’s Experiences.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 22: 56. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04472-6>.
- Michael, KC, CU Anyaka, and JT Mutihir. 2024. “Factors Contributing to Home Delivery Amongst Women Utilizing Antenatal Services in Jos University Teaching Hospital.” *Jos Journal of Medicine* 17 (1): 14–28.
- Morgan, A., T. Moyo, and K. Makwela. 2023. “Maternal Care and the Role of Traditional Birth Attendants in Rural South Africa: A Mixed-Methods Approach.” *Global Health Action* 16 (1): 2015123. <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2015123>.
- Odimegwu, C., and A. Agu. 2021. “Perceptions of Traditional Birth Attendants in Nigeria: Implications for Maternal Health Policies.” *International Journal of Women’s Health* 13: 257–66. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S290330>.
- Oduor, C., and J. Ayieko. 2021. “Factors Influencing the Choice of Home Delivery in Rural Kenya: A Cross-Sectional Study.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 21 (1): 300. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03853-z>.

- Organisation mondiale de la santé. 2019. “Maternal Health in Humanitarian Settings.” *WHO Publications* 10: 1–12.
- Organization, World Health. 2021. “Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017.” <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- Paul, Gilbert, and Varadhan Ravi. 2019. *numDeriv: Accurate Numerical Derivatives*. <https://CRAN.R-project.org/package=numDeriv>.
- Pregnancy, BMC, and Childbirth. 2020. “Addressing Health Inequities in Conflict-Affected Settings.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 20: 1–10.
- Tessema, B., A. Kidanemariam, and T. Hadera. 2022. “Determinants of Home Delivery Among Women in Ethiopia: A Multi-Level Analysis.” *BMC Health Services Research* 22: 603. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07507-3>.
- UNICEF. 2021. “Child and Maternal Health: The Effects of Conflict.” *UNICEF Reports* 5: 15–22.
- Wanga, B., J. Namasasu, and L. Kinyanjui. 2021. “Home Delivery Practices in Rural Kenya: A Qualitative Study of Women’s Experiences.” *African Journal of Reproductive Health* 25 (3): 73–85. <https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i3.10>.
- Warnes, Gregory R., Ben Bolker, and Thomas Lumley. 2018. *Gtools: Various r Programming Tools*. <https://CRAN.R-project.org/package=gtools>.
- Wickham, Hadley, Romain Francois, Lionel Henry, Kirill Muller, and Davis Vaughan. 2023. *Dplyr: A Grammar of Data Manipulation*. <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>.
- Wickham, Hadley, and Evan Miller. 2019. *Haven: Import and Export 'SPSS', 'Stata' and 'SAS' Files*. <https://CRAN.R-project.org/package=haven>.
- Wondimu, Mebratu Shite, Endrias Markos, and Woldeamayrat D. 2020. “Determinants of Home Delivery Among Women in Rural Pastoralist Community of Hamar District, Southern Ethiopia: A Case-Control Study.” *Risk Management and Healthcare Policy* 13: 2159–67.
- Xie, Yihui. 2019. *Knitr: A General-Purpose Package for Dynamic Report Generation in r*. <https://yihui.name/knitr/>.

© 2025 DANSOU, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.