

Faculté de santé publique

**Accouchements sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié
en République de Guinée : une étude des données des Enquêtes
Démographiques et de Santé de 2012 et 2018**

Mémoire réalisé par

Ibrahima 1 BAH

Promoteur(s)

Bruno Masquelier

Année académique 2022-2023

**Master en sciences de la santé publique, options Approche communautaire
des politiques et programmes de santé & Management et développement
organisationnel**

Faculté de santé publique

**Accouchements sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié
en République de Guinée : une étude des données des Enquêtes
Démographiques et de Santé de 2012 et 2018**

Mémoire réalisé par

Ibrahima 1 BAH

Promoteur(s)

Bruno Masquelier

Année académique 2022-2023

**Master en sciences de la santé publique, options Approche communautaire
des politiques et programmes de santé & Management et développement
organisationne**

Remerciements

Au terme de ce cursus académique, qu'il me soit permis d'exprimer ma sincère gratitude au bon Dieu et à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à ma formation à l'Université catholique de Louvain, jusqu'à la réalisation de ce mémoire.

J'adresse ma gratitude :

Au professeur Bruno Masquelier d'avoir accepté de me guider tout au long de ce travail et de m'aider à trouver des solutions pour pouvoir avancer, malgré ses nombreuses occupations. Vos qualités pédagogiques, scientifiques et humaines seront un exemple à suivre pour moi dans mes activités professionnelles. Je vous suis reconnaissant pour votre gentillesse et votre spontanéité dans la direction de ce mémoire.

Aux autorités académiques et administratives, ainsi qu'au corps professoral de l'Université catholique de Louvain pour l'encadrement, tout au long de ce cycle de Master de 120 crédits en sciences de la santé publique.

A mes amis Fodé Sylla, Tokandji Adda, Condé Kemo, Mohamed Sylla, et Sekou Sidate Sylla pour vos conseils et encouragements.

A mon frère Sounounou et sa femme Hadja Mariame ; à ma sœur Aissatou Bobo et son mari Abdoul Salam pour votre accueil, conseil, encouragement et soutien financier inestimable en milieu européen.

A ma chère femme Fatoumata Binta, pour ton amour, ton affection et ta patience durant ces trois ans d'absence, surtout ces derniers temps avec la grossesse.

A ma très chère mère pour votre amour maternel, vos conseils, encouragements et sacrifices.

A mon feu père Mamadou Lamarana et mon frère Abdourahamane, d'heureuses mémoires.

A ma sœur Salamata et mon frère Thierno Ousmane pour tous vos encouragements et l'appui financier.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. (UCL, WFSP2298)

Résumé

Titre : Accouchements sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié en République de Guinée : une étude des données des Enquêtes Démographiques et de Santé de 2012 et 2018.

Introduction : L'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement permet de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Cependant, en Guinée, un bon nombre de femmes ne bénéficient toujours pas d'une assistance qualifiée à l'accouchement. L'objectif de cette étude est de décrire le profil des mères qui accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié en République de Guinée.

Méthodologie : Notre population d'étude est composée de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont accepté de participer aux EDS en 2012 et en 2018. Notre échantillon est constitué de la dernière naissance des femmes qui ont accouché durant les cinq dernières années précédant ces deux enquêtes. Nous avons d'abord procédé à une analyse statistique descriptive pour déterminer les caractéristiques des femmes en âge de procréer. Nous avons ensuite procédé à une analyse bivariée (avec test de Chi-deux) pour vérifier la relation entre l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement et chacune des variables explicatives. Nous avons également réalisé une régression logistique univariée, puis multivariée, pour déterminer la force de l'association entre la variable dépendante et chacune des variables explicatives de l'étude. Enfin, nous avons conçu un modèle de régression logistique multivarié, qui combine les échantillons des deux enquêtes pour déterminer la relation entre l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement et l'année de l'enquête. Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS. Le seuil de signification a été fixé à une p. valeur inférieure ou égale à 0,05 et les rapports de cote ajustés sont estimés avec des IC à 95%.

Résultats : L'analyse des données collectées en Guinée, au cours des Enquêtes Démographiques et de Santé de 2012 et de 2018, a révélé que la prévalence de l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement était respectivement de 46,4% et de 57,2%. Les facteurs associés étaient : le niveau socio-économique, le niveau d'éducation, la consultation prénatale, la parité, l'année d'enquête, le milieu de résidence, l'âge, la religion, l'ethnie, le sexe du chef de ménage, et la région d'habitation.

Conclusion : La prévalence de l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement reste faible en Guinée. Pour pouvoir l'améliorer, il serait nécessaire de mener des actions d'ordre communautaire basées sur l'éducation et l'emploi des femmes ainsi que la formation du personnel de santé. **Mots-clés :** Assistance qualifiée à l'accouchement, personnel de santé qualifié, mortalité maternelle, Guinée.

Table des matières

Remerciements	I
Le plagiat.....	II
Résumé.....	III
Liste des figures	VI
Liste des tableaux	VI
Listes des abréviations	VII
Introduction	1
1. Problématique.....	1
2. Question de recherche	2
3. Objectifs	2
3.1. Objectif général	2
3.2. Objectifs spécifiques.....	3
Chapitre I : Revue de la littérature	4
1. Définition des concepts principaux	4
1.1. Accouchement.....	4
1.2. L'accouchement assistés par un personnel de santé qualifié	5
1.3. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement	6
1.4. Autres complications dues à l'accouchement	8
1.5. Décès maternels	8
1.6. Les soins obstétricaux et néonataux essentiels.....	9
2. Déterminants de l'assistance à l'accouchement	10
2.1. Facteurs individuels ou facteurs liés à la demande de soins	10
2.2. Facteurs en rapport avec le système de santé, liés à l'offre	12
3. Hypothèses de recherche	13
4. Cadre conceptuel	14
Chapitre II : Matériels et Méthodes.....	16
1. Cadre d'étude	16
1.1. Situation géographique	16
1.2. Situation économique.....	17
1.3. Situation socio-démographique	17
1.4. Système de santé de la Guinée.....	18
1.5. Evolution de la couverture des consultations prénatales et de l'assistance qualifiée à l'accouchement en Guinée.	23
2. Type et période d'étude.....	24

2.1. Source des données	24
2.2. Échantillonnage.....	24
3. Population d'étude.....	26
4. Critères d'inclusion	26
5. Variables de l'étude.....	26
5.1. La variable dépendante	26
5.2. Les variables indépendantes	27
6. Saisie et nettoyage des données	28
7. Analyse des données	28
8. Considérations éthiques.....	29
Chapitre III : Résultats	30
1. Caractéristiques des femmes ayant participé aux EDS de 2012 et 2018	30
2. Proportion des femmes assistées lors de leur dernier accouchement par un professionnel de santé qualifié selon l'EDS 2012 et 2018.....	33
3. Association entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et les déterminants principaux, selon l'EDS 2012	34
4. Association entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et les déterminants principaux, selon l'EDS 2018.	37
5. Facteurs associés à l'accouchement non-assisté par un personnel de santé qualifié en 2012 par la méthode de régression univariée	41
6. Facteurs associés à l'accouchement non-assisté par un personnel de santé qualifié en 2012 par la méthode de régression multivariée.....	43
7. Facteurs associés à l'accouchement non-assisté par un personnel de santé qualifié en 2018 par la méthode de régression univariée	46
8. Facteurs associés à l'accouchement non-assisté par un personnel de santé qualifié en 2018 par la méthode de régression multivariée.....	46
9. Facteurs associés à la non-assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2012 et 2018 avec la variable année de l'enquête.....	50
Chapitre IV : Discussion	54
Recommandations	59
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	61
Annexe	69

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel (le modèle des trois délais adaptés dans le cadre de l'assistance par du personnel de santé).....	15
---	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des variables indépendantes et leurs modalités	27
Tableau 2 : Caractéristiques des femmes ayant participé aux EDS de 2012 et 2018	31
Tableau 3 : Proportion des femmes assistées lors de leur dernier accouchement par un professionnel de santé qualifié (EDS 2012 et 2018).....	33
Tableau 4 : Résultats des tableaux croisés entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et les facteurs associés selon l'EDS 2012.....	35
Tableau 5 : Résultats des tableaux croisés entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et les facteurs associés selon l'EDS 2018.....	39
Tableau 6 : Facteurs associés à la non-assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2012 par la méthode de régression logistique	43
Tableau 7 : Facteurs associés à la non-assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2018 par la méthode de régression logistique	47
Tableau 8 : Facteurs associés à la non-assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2012 et 2018 avec la variable année d'enquête par la méthode de régression logistique.....	51

Listes des abréviations

Listes des abréviations	Significations
ATS	Agent technique de Santé
CDV	Centre de Dépistage volontaire
CoSaH	Comités de Santé et d'Hygiène
CPN	Consultations prénatales
CRS	Catholic Relief Service
CTPS	Comités techniques préfectoraux de Santé
CTRS	Comités techniques régionaux de Santé
DNEHS	Direction nationale des Etablissements hospitaliers et de Soins
DNHP	Direction nationale de l'Hygiène publique
DNPL	Direction nationale de la Pharmacie et du Laboratoire
DNPSC	Direction nationale de la Prévention et de la Santé communautaire
DNSFN	Direction nationale de la Santé familiale et Nutrition
DPS	Direction préfectorale de la Santé
DRS	Direction régionale de la Santé
DSVCo	Direction de la Santé de la Ville de Conakry
EDS	Enquêtes démographiques et de Santé
EDS-MICS IV	4 ^{ème} Enquête démographique et de Santé / Enquête par Grappes à Indicateurs multiples
GAVI	Alliance internationale pour les Vaccins et l'Immunisation
HPP	Hémorragie du Post Partum
IDH	Indice de Développement humain publié
INS	Institut national de la Statistique
IST	Infections sexuellement transmissibles
MGF	Mutilations génitales féminines
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCG	Pharmacie centrale de Guinée

PCMNE	Prise en Charge intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PEV	Programme élargi de Vaccination
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan national du Développement sanitaire
PNUD	Programme des Nations unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RGPH	Recensement général de la Population et de l'Habitation
SNIS	Système national d'Information sanitaire
SONE	Soins obstétricaux néonataux essentiels
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence complet
SR	Santé de la Reproduction
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
ZD	Zone de dénombrement

Introduction

1. Problématique

En 2020, environ 287 000 femmes sont décédées durant une grossesse, un accouchement ou dans les semaines qui ont suivi dans le monde (1). La quasi-totalité de ces décès (95%) s'est produit dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (1).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), toutes les femmes doivent non seulement avoir la possibilité d'exercer leurs droits dans le domaine de la procréation, mais aussi avoir accès à des soins de santé de qualité avant, pendant et après l'accouchement (2). Bien qu'il ait été démontré que les consultations prénatales réduisent considérablement la mortalité maternelle, un tiers des femmes dans le monde n'en bénéficient toujours pas (3).

Dans les pays à hauts revenus, la majorité des femmes bénéficient d'un minimum de quatre consultations prénatales (CPN) (4). Par exemple, en France, 99,30% des femmes avaient bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales en 2016 (5).

En revanche, dans les pays à revenu faible, la couverture en matière de consultation prénatale reste insuffisante. Seulement 40% des femmes enceintes vivant dans ces pays avaient bénéficié des quatre consultations prénatales en 2015 (4). Au Mali, seulement 43,30% des femmes ont eu au moins quatre consultations prénatales en 2018, contre 55,50% des femmes sénégalaises en 2019 (5).

Au-delà du nombre de consultations, la qualité des soins prénataux est aussi un facteur clé pour réduire la mortalité maternelle (1). Cette qualité se traduit notamment par la qualification des membres du personnel, et inclut donc l'assistance par un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement. Comme nous le verrons plus loin, la majorité des femmes qui décèdent des complications liées à la grossesse et à l'accouchement meurent de saignements abondants, d'hypertension artérielle et d'infections provoquées par la grossesse (6). Ces problèmes de santé peuvent souvent être pris en charge efficacement par du personnel qualifié. Or, à l'échelle mondiale, entre 2014 et 2019, le personnel de santé qualifié a réalisé 81% des accouchements, contre 64% entre 2000 et 2005 (7). On note donc une belle progression, mais il subsiste des inégalités régionales. La région de l'Afrique subsaharienne a enregistré 70% de la totalité des décès maternels dans le monde en 2020 (2). Selon un rapport de l'OMS publié en 2018, dans les pays à revenu faible, seules 51% des femmes ont été aidées par un professionnel de santé qualifié lors de l'accouchement (8).

L'assistance par un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement permet aussi de réduire la mortalité néonatale et infantile. Selon l'OMS, les enfants qui décèdent dans les 28 premiers jours suivant leur naissance, souffrent de maladies liées au manque de soins de santé de qualité entre la naissance et les premiers jours de la vie (9). Chez les enfants nés en Afrique subsaharienne, le risque de mortalité infanto-juvénile est 15 fois plus élevé que celui observé chez les enfants en Europe et en Amérique du nord (10).

En République de Guinée, selon le rapport des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisé en 2012 et en 2018, ce sont respectivement 44% et 55% des femmes enceintes qui ont accouché avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié (11). Cependant, en dépit de cette progression, environ 45% des naissances se déroulent donc sans assistance d'un personnel de santé qualifié, et 47% des accouchements se déroulent encore en dehors des structures sanitaires (11). En conséquence, le taux de mortalité maternelle dans le pays reste élevé ; il était de 576 pour 100 000 naissances vivantes en 2017 (12), et le quotient de mortalité néonatale des cinq années précédant l'EDS de 2018 était de 32‰, et celle infantile est de 67‰ (13).

Il est donc très important de comprendre les facteurs qui peuvent expliquer la persistance de ce problème en République de Guinée. Dans le cadre de ce mémoire, nous allons étudier le **profil des mères qui accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié en République de Guinée.**

2. Question de recherche

Quel est le profil des mères qui accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié en République de Guinée ?

3. Objectifs

3.1. Objectif général

Décrire le profil des mères qui accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié en 2012 et en 2018 en République de Guinée.

3.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire le profil sociodémographique des mères qui accouchent sans assistance d'un personnel de santé qualifié en 2012 et 2018 en République de Guinée.
2. Étudier les changements survenus entre 2012 et 2018 sur le plan de l'assistance à l'accouchement et les facteurs associés en République de Guinée.
3. Formuler des recommandations pour l'amélioration de la couverture des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié en République de Guinée.

Chapitre I : Revue de la littérature

1. Définition des concepts principaux

1.1. Accouchement

« L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles, d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à l'âge de la viabilité » (14).

Selon l'OMS, chaque année, 140 millions de naissances se produisent au niveau mondial (15).

La majorité de ces naissances peut se dérouler sans complications pour la mère et pour l'enfant (15). En République de Guinée, pour l'année 2023, le nombre de naissances attendu est d'environ 527 323 enfants (16).

Il existe deux types d'accouchements : l'accouchement par voie basse ou normale, et l'accouchement par voie haute ou césarienne. Nous allons décrire ces deux types d'accouchement car leur prise en charge médicale est très différente.

L'accouchement normal

L'accouchement normal se définit selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme une naissance qui débute spontanément, à faible risque dès le début et durant tout le processus du travail et de l'accouchement ; l'enfant naît de façon spontanée en position céphalique du sommet, entre les 37^{ème} et 42^{ème} semaine de gestation (17). Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien (17).

Une réflexion systématique doit être menée avant d'interférer avec le processus d'un accouchement naturel. Raison pour laquelle la présence d'un personnel de santé qualifié est indispensable. Le suivi de l'évolution de la période de travail et celle de l'accouchement permet d'orienter la prise en charge de l'accouchement normal (18). Il se caractérise par un déroulement spontané (18).

L'accouchement « normal » peut être accompagné de deux modalités : un accompagnement de la physiologie de l'accouchement (pose d'une voie veineuse, administration préventive d'ocytocine au troisième stade de travail) et les interventions techniques et médicamenteuses minimales (administration d'ocytocine pour accélérer le travail, anesthésie locorégionale) (18). Ces deux modalités dépendent de la préférence de la femme et de l'évolution clinique de la mère et de l'enfant (18).

L'accouchement par césarienne

La césarienne peut être définie comme une intervention chirurgicale lors d'un accouchement à risque pour la mère ou le bébé, et qui vise à faire sortir le bébé après incision de l'utérus, quand il ne peut pas passer par les voies naturelles ; elle peut être urgente ou programmée (19).

Selon l'OMS, au niveau mondial, le taux « attendu » de césariennes se situe entre 10 et 15% des accouchements (20). Une évaluation faite sur 150 pays indique que 21% de l'ensemble des naissances se fait par césarienne, avec des moyennes qui varient de 1% à 58% selon les pays (21). En République de Guinée, la pratique de la césarienne est très faible : seulement 3% des accouchements sont réalisés par césarienne (11).

La césarienne est indiquée dans le cas où l'accouchement normal peut présenter des risques pour la femme ou l'enfant, par exemple en cas de prolongation du travail, de souffrance fœtale ou de mauvaise présentation du bébé (22). Une césarienne ne doit donc être pratiquée qu'en cas de nécessité médicale. Elle peut sauver des vies, car lorsque le pourcentage de césariennes est proche de 10% sur l'ensemble de la population, le taux de mortalité maternelle et néonatale diminue (22). Par contre, les césariennes qui sont pratiquées dans des endroits ne disposant pas d'infrastructure, ou des capacités pour garantir la sécurité chirurgicale et traiter les complications chirurgicales, peuvent être responsables de complications, d'incapacités ou de décès (23). Parmi les complications, on peut citer : hémorragie per-opératoire, fusion utérine, plaie vésicale, infection de la paroi, infection urinaire, hémorragie du post partum, et complications thrombo-emboliques (24).

1.2. L'accouchement assistés par un personnel de santé qualifié

Ce terme fait référence aux accouchements qui ont eu lieu en présence d'un personnel soignant qualifié et apte à assister aux accouchements.

Un(e) accoucheur(se) qualifié(e) est un professionnel de santé autorisé, qu'il soit sage-femme, infirmier(ère) ou médecin, qui dispose des capacités de prise en charge d'une grossesse normale, d'un accouchement et la période suivant la naissance, et qui est capable de gérer et référer les femmes et les nouveau-nés en cas de complication (25).

Dans le cadre de l'accouchement, **le personnel de santé qualifié** « *est un professionnel de santé maternelle et néonatale compétent qui est éduqué, formé et réglementé conformément aux normes nationales et internationales. Ils sont compétents pour fournir et promouvoir des soins fondés sur des preuves, fondés sur les droits de l'homme, de qualité, sensibles à la culture et à*

la dignité des femmes et des nouveau-nés. Ils sont compétents dans la gestion du travail et de l'accouchement pour assurer une expérience d'accouchement positive aux femmes. De plus, ils sont compétents pour identifier et gérer ou orienter les femmes et/ou les nouveau-nés présentant des complications de santé » (26).

En d'autres termes, est considéré comme accoucheur(se) qualifié(e) généralement un médecin, une sage-femme, ou un(e) infirmier(ère) (27). Un accouchement non assisté par un personnel de santé qualifié est tout accouchement qui a lieu en l'absence d'au moins un médecin, un(e) infirmier(ère) ou une sage-femme (27).

Quant aux **professionnels de santé qualifiés**, ils font partie des personnels de santé maternel et néonatal ; ce sont les sage-femmes, les infirmiers, les obstétriciens, les pédiatres et les anesthésistes qui offrent les soins de santé maternels et néonataux (26).

Au niveau mondial, l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié passe de 58% en 1990 à 81% en 2019 (28).

En République de Guinée, la proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié varie d'une année à l'autre. Par exemple, elle était de 32% en 2005 et de 63% en 2016 (29). Cette proportion mêle différents types de praticiens qui ont des niveaux de compétences variables. Lors d'une étude réalisée en 2018 à Conakry (Guinée), il ressort que dans l'hôpital national, pour la consultation prénatale, les obstétriciens étaient les plus performants sur le plan technique ; pour les centres médicaux communaux et les centres de santé urbains, ce sont les sage-femmes qui démontrent la plus haute performance (30). En revanche, pour les accouchements, aucun de ces professionnels de santé n'a atteint un niveau de qualité techniquement satisfaisant (30).

1.3. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement

Selon l'OMS, 75% des décès maternels sont dus aux complications suivantes : hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement), infections (habituellement après l'accouchement), hypertension après l'accouchement (prééclampsie et éclampsie) (4). Nous les détaillons dans les sections suivantes.

Hémorragie après l'accouchement

L'hémorragie du post-partum (HPP) peut être définie comme une perte de sang d'au moins 500 millilitres dans les 24h qui suivent l'accouchement (31). L'HPP sévère correspond à une perte de sang de 1000 ml ou plus dans le même intervalle (31).

L'HPP est la complication la plus fréquente de l'accouchement et représente la première cause de mortalité maternelle dans la majorité des pays à revenu faible (32). Ces décès pourraient être évités grâce à l'administration d'ocytocine pendant la délivrance et par une prise en charge à temps (32).

Ainsi, l'HPP touche environ 2% des femmes qui accouchent et peut être responsable d'un quart des décès maternels dans le monde (31). Cependant, son incidence dans les pays développés est d'environ 5% seulement, ce qui témoigne du fait qu'elle peut être contrôlée grâce à une bonne prise en charge (33).

Les infections

Étant la troisième cause de mortalité maternelle en termes de proportion de décès, la septicémie est un dysfonctionnement de l'organisme occasionné par une réponse incontrôlable de l'hôte à une infection (34).

Environ un dixième de la charge mondiale des décès maternels serait dû aux infections bactériennes (35).

Lors d'une étude réalisée à la maternité du centre hospitalier départemental de l'Ouémé-Plateau au Bénin, les infections du post partum avaient une incidence de 5,9 pour 100 naissances (36). Les endométrites (27,3%), les chorioamniotites (infection du placenta) (18,2%), les infections du site opératoire (12,7%) et les infections urinaires (2,7%) étaient les plus fréquentes (36).

Et pourtant, ces infections auraient pu être contrôlées efficacement grâce à un suivi d'accouchement et des soins postnataux de haute qualité (6).

L'hypertension après l'accouchement (prééclampsie et éclampsie)

- Prééclampsie

La prééclampsie est la survenue d'un nouvel épisode d'hypertension artérielle au cours de la grossesse, caractérisé par une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mm Hg et la présence anormale de protéines dans les urines (supérieure à 0,3 g/24 heures) (37).

- Eclampsie

L'éclampsie est une convulsion généralisée, souvent ajoutée aux critères de diagnostic de la prééclampsie (37).

La prééclampsie et l'éclampsie peuvent être des causes importantes de mortalité maternelle et néonatale (37). Dans le monde, 14% des décès maternels par an peuvent être attribués aux

troubles hypertensifs (38). Cette proportion varie par région. Les troubles hypertensifs pendant la grossesse peuvent être associés à un dixième des décès maternels en Afrique et en Asie ; en Amérique latine, ce chiffre monte à un quart (37).

1.4. Autres complications dues à l'accouchement

Il peut y avoir d'autres complications que celles citées plus haut, non seulement chez la mère mais aussi chez l'enfant pendant l'accouchement (39).

Parmi ces complications, citons :

- chez le nouveau-né, pendant l'accouchement, il peut y avoir des complications, notamment : une infection materno-fœtale, l'inhalation de liquide amniotique, une détresse respiratoire, l'accouchement peut être prématuré, une souffrance fœtale, une défaillance respiratoire qui nécessite une réanimation néonatale (39) ;
- chez la mère, on peut avoir : la déchirure du périnée, les maladies thromboemboliques, les embolies amniotiques (présence du liquide amniotique dans le sang de la mère), les infections post-partum, la rétention placentaire (39).

Certaines complications peuvent généralement être associées à d'autres maladies, par exemple, le paludisme et le VIH pendant la grossesse (4).

1.5. Décès maternels

Les complications citées précédemment peuvent causer un décès maternel. Le décès maternel peut être défini comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ou fortuite* » (40), (41).

Dans le monde, chaque jour, près de 800 femmes et 6 700 nouveau-nés perdent la vie durant la période qui entoure l'accouchement (42). Par année, à l'échelle mondiale sur les plus de 130 millions de naissances, environ 303 000 se terminent par un décès maternel, et la quasi-totalité de ces décès surviennent dans des conditions où les ressources sont limitées et en l'absence de professionnels de santé qualifiés (43).

La République de Guinée n'est pas épargnée par ce taux élevé de mortalité maternelle. Selon le rapport de l'EDS-MICS 2012, le taux de mortalité maternelle de la période de 1998-2005

était de 1 129 pour 100 000 naissances vivantes, et celui de la période de 2005-2012, de 724 pour 100 000 naissances vivantes (44).

Selon certains auteurs, la majorité des décès maternels peuvent être évités si les femmes reçoivent des soins sûrs, respectueux et de bonne qualité pendant la grossesse et l'accouchement (42). La présence des professionnels soignants qualifiés lors de tous les accouchements est donc une priorité mondiale, et les femmes résidant dans les endroits les plus à risque sont de plus en plus encouragées à accoucher dans les établissements de santé (43).

Les décès maternels peuvent être classés en décès maternels par cause obstétricale directe et indirecte (40).

✚ **Les décès par cause obstétricale directe** : ce sont les décès maternels qui découlent des complications obstétricales (pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum), d'interventions ou d'un traitement incorrect (40). Par exemple, les décès dus à l'hémorragie, à une prééclampsie ou une éclampsie ou ceux dus à une complication de l'anesthésie ou de la césarienne (40).

✚ **Les décès par cause obstétricale indirecte** : sont les décès maternels qui découlent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue pendant la grossesse, qui a été aggravée par des effets physiologiques de la grossesse, sans être dus à des causes obstétricales directes (40). Par exemple, les décès causés par l'aggravation d'une maladie cardiaque ou rénale préexistante (40).

Une étude réalisée en République du Congo démontre que durant la période de 2013-2019, 90,4% des décès maternels étaient dus à des causes obstétricales directes, contre 9,6% de celles indirectes (41).

Pour limiter le nombre de décès maternels, les femmes et les adolescentes doivent accéder à la contraception et à l'avortement sécurisé, ainsi qu'à des soins de santé de qualité dans le respect du cadre législatif, c'est-à-dire, prévenir les grossesses non désirées ou précoces (4). Mais il faut aussi que les soins obstétricaux néonataux essentiels (SONE) soient disponibles et de qualité (45).

1.6. Les soins obstétricaux et néonataux essentiels

Les soins obstétricaux néonataux essentiels désignent les « *soins fondés sur la preuve que toutes les femmes devraient recevoir pour un travail et un accouchement normal, et pour prévenir les complications telles que : septicémie ; dystocie ; hémorragie du post-partum ; et asphyxie,*

hyperthermie et septicémie du nouveau-né » (45). Les SONE incluent les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) (45).

Ces derniers se définissent en fonction des niveaux d'intervention. On distingue les soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (SONUB), qui se réalisent généralement au niveau des centres de santé, et les soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC), qui se réalisent dans les structures de référence, c'est-à-dire les hôpitaux (45).

Les SONUB regroupent les six gestes qu'un personnel soignant doit pouvoir pratiquer lors de l'accouchement : l'administration d'antibiotique par voie parentérale ; l'administration des anticonvulsivants par voie parentérale ; l'administration d'ocytocine par voie parentérale ; la délivrance manuelle du placenta ; l'évacuation des produits résiduels ou débris ovulaires ; l'accouchement par voie basse assistée par ventouse ou forceps ; la réanimation du nouveau-né (46).

Les SONUC regroupent les SONUB ainsi que la transfusion sanguine et la césarienne (46).

2. Déterminants de l'assistance à l'accouchement

Nous distinguerons dans cette revue de la littérature deux types de facteurs pouvant expliquer les variables dans l'assistance à l'accouchement : les facteurs individuels, liés à la demande, et les facteurs en rapport avec les systèmes de santé, qui sont liés à l'offre.

2.1. Facteurs individuels ou facteurs liés à la demande de soins

L'âge de la mère

De nombreuses études ont démontré une relation entre l'âge de la mère et le recours aux soins obstétricaux lors de l'accouchement. Par exemple, selon Ngom et ses collaborateurs, lors de leur étude en 2010 au Sénégal, les femmes dont l'âge varie entre 15 à 19 et 20 à 24 ans, respectivement 36% et 34%, n'ont pas bénéficié d'assistance qualifiée lors de leurs accouchements (47). Des résultats similaires ont été démontrés par Magadi et ses collègues, dans leur étude en 2007 : dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, les mères adolescentes fréquentent moins les services de santé maternelle comparativement aux plus âgées, et les très jeunes femmes seraient plus attirées par l'accouchement à domicile que leurs aînées (48).

Religion et ethnie de la mère

Certaines études ont révélé que les facteurs religieux et ethniques peuvent avoir une influence sur le recours aux soins obstétricaux pendant la grossesse et lors de l'accouchement (49). La religion et l'ethnie peuvent non seulement influencer les opinions, les règles, les valeurs liées à l'accouchement, mais certaines femmes peuvent aussi subir des discriminations par le personnel de santé à cause de leur appartenance religieuse et ethnique, ce qui peut diminuer le recours aux services de santé (50).

Niveau d'instruction de la mère

Des études ont révélé que les mères qui ont un niveau d'éducation supérieur recourent plus souvent aux soins obstétricaux lors de la grossesse et l'accouchement, que celles qui ont un niveau d'éducation primaire ou secondaire (51).

Ngom et al (2010) ont démontré que 40% des femmes non instruites au Sénégal n'ont pas bénéficié d'assistance médicale à l'accouchement, contre 12% chez celles qui ont un niveau d'instruction secondaire et plus (47).

Statut matrimonial de la mère

Le statut matrimonial peut être un indicateur de recours aux soins obstétricaux lors de la grossesse et l'accouchement. Selon certains auteurs, plusieurs communautés considèrent l'accouchement comme le résultat d'une relation conjugale (52). De ce fait, des mères célibataires ou vivant dans une relation hors mariage peuvent se sentir blâmées ou discriminées par les professionnels de santé dans les structures sanitaires (52). Cette situation gênante peut les démotiver à accoucher dans les structures sanitaires (52). Autrement dit, les femmes vivant en union recourent plus souvent aux structures sanitaires que celles ne vivant pas en union (53).

Nombre total d'enfants déjà nés (parité)

Le rang de naissance de l'enfant pourra être un prédicteur de l'assistance par un personnel de santé qualifiée à l'accouchement. Selon une étude, certaines mères, par manque d'expérience, octroient plus d'attention à la première grossesse et recourent donc plus souvent aux soins obstétricaux, ce qui leur confère l'avantage d'être mieux assistées (54).

Situation socio-économique

Le niveau de revenu du ménage peut exercer une influence sur le recours aux soins obstétricaux lors de la grossesse et l'accouchement. Aremu et al, lors de leur étude en 2011 en République démocratique du Congo, ont démontré que les femmes vivant dans les familles plus riches ont

plus de chance d'accoucher dans les structures de soins de santé que celles vivant dans les familles pauvres (55).

Sexe du chef de famille

Le sexe du chef de ménage peut être un facteur prédictif de l'assistance qualifiée à l'accouchement. Au Sénégal, en 2010, Ngom et al ont révélé que parmi les femmes non assistées lors de l'accouchement, 37% vivaient dans une famille dont le chef de ménage est un homme, contre 19% dans les familles dont le chef de ménage est une femme (47).

2.2. Facteurs en rapport avec le système de santé, liés à l'offre

Milieu de résidence (urbain ou rural)

Selon certains auteurs, les mères qui habitent en milieu urbain ont non seulement plus de chance d'être assistées par un personnel de santé qualifié, mais aussi leur chance d'accoucher dans un établissement de santé est plus élevée que celle des mères qui habitent en milieu rural (56).

Hussain Ali et al (2021) au Pakistan, ont révélé que les femmes vivant en milieu urbain sont plus susceptibles d'accoucher dans les structures sanitaires (57).

Accès aux consultations prénatales

Selon certains auteurs, la majorité des femmes qui suivent leur consultation prénatale bénéficient d'une assistance qualifiée lors de leurs accouchements (50). Gitimu et al, en 2015 au Kenya, ont démontré que les consultations prénatales exercent une influence sur l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié, car les femmes reçoivent des informations importantes sur l'accouchement qualifié lors de leur visites prénatales (58). Selon ces auteurs, la décision d'une femme de recourir aux soins prénatals va favoriser le recours aux personnels de santé qualifiés lors de l'accouchement (58).

3. Hypothèses de recherche

Pour donner suite à la revue de la littérature, nous formulons quelques hypothèses que nous allons tester dans notre étude.

Hypothèse 1 :

Le niveau d'instruction est positivement associé à l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans.

Hypothèse 2 :

La situation matrimoniale est associée à l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans : les femmes en unions bénéficient d'une meilleure couverture de cette assistance.

Hypothèse 3 :

Le niveau socio-économique est positivement associé à l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans.

Hypothèse 4 :

Le milieu de résidence est associé à l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans, avec une meilleure couverture en milieu urbain.

Hypothèse 5 :

La participation antérieure à des consultations prénatales est positivement associée à l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans.

4. Cadre conceptuel

Etant donné que notre étude est focalisée sur l'accouchement non assisté par un personnel de santé qualifié, qui est l'une des causes principales de la mortalité maternelle et néonatale, nous allons référer notre cadre conceptuel au « modèle des trois délais » conduisant à la mortalité maternelle, un modèle développé par Thaddeus et Maine (1994). Ce modèle nous permet non seulement d'identifier les difficultés entre la période d'apparition des complications obstétricales et leur issue, mais aussi d'identifier la période à laquelle nous devons maximiser la prestation des soins de santé (59). Il nous est utile pour organiser les déterminants identifiés dans la revue de la littérature.

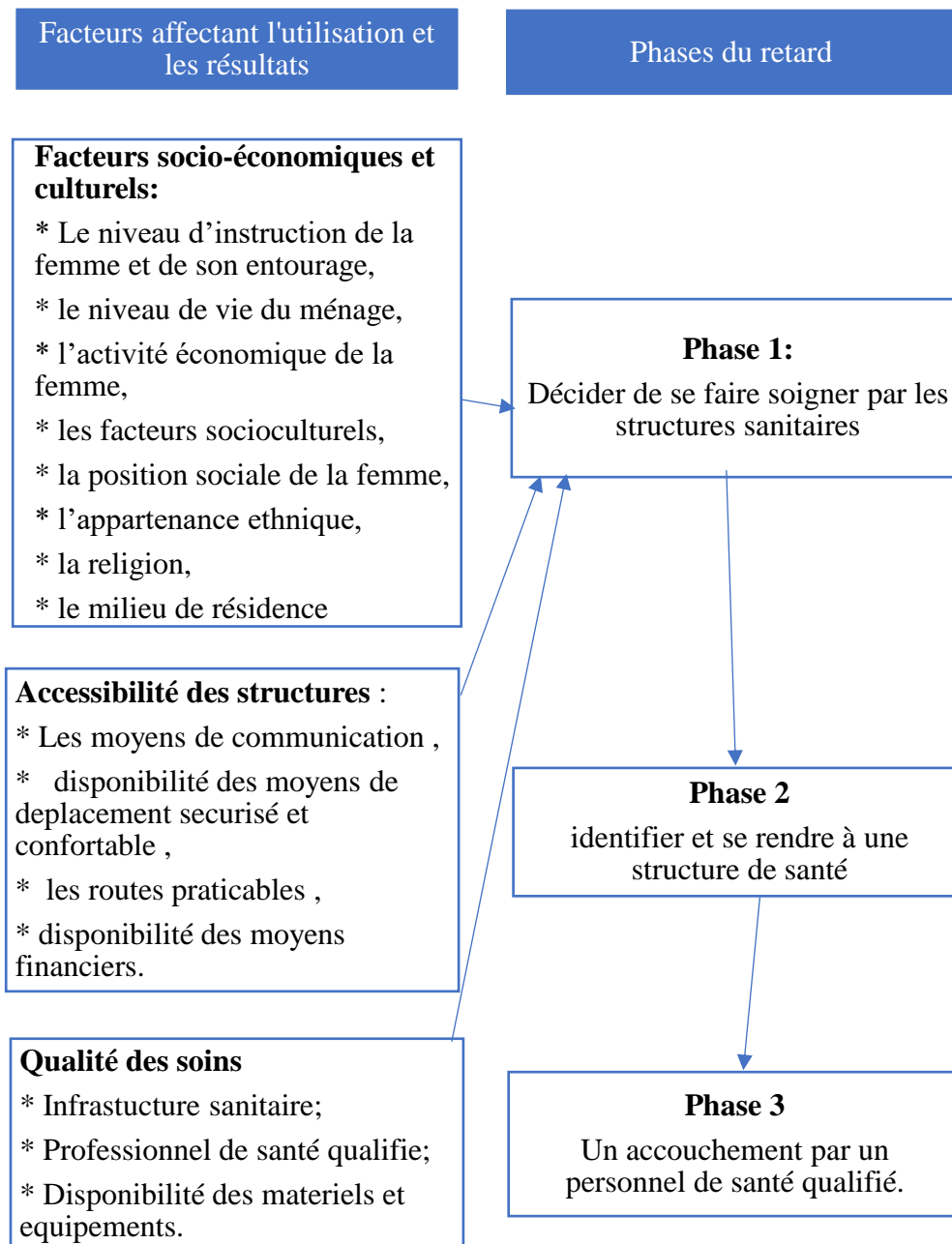
Ces délais de retard sont les suivants :

- phase 1 : le délai pour décider se faire soigner;
- phase 2 : le délai pour accéder aux services médicaux appropriés ;
- phase 3 : le délai d'accès à des soins de qualité dans un établissement de santé.

Toutefois, les niveaux de responsabilité diffèrent selon les phases. La première phase peut non seulement dépendre du niveau d'assistance de la famille à la femme, mais aussi du niveau de revenu et de la motivation de la parturiente et de son entourage à recourir aux soins obstétricaux néonataux pendant la période de la grossesse, l'accouchement et au-delà. La deuxième phase peut dépendre de la contribution de l'Etat sur l'accessibilité, la communication et le niveau de confiance entre les communautés et les structures sanitaires. La troisième phase, quant à elle, dépend de l'engagement, de l'organisation et de la qualité des soins dispensés par les personnels de santé dans les différentes structures sanitaires.

Dans le cadre du présent travail, nous avons classé les facteurs influençant l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement, identifiés dans notre revue de la littérature, dans chaque catégorie prévue par le modèle des trois délais. Le modèle adapté avec lesdits facteurs se trouve dans la figure 1.

Figure 1 : Cadre conceptuel (le modèle des trois délais adaptés dans le cadre de l'assistance par du personnel de santé).



Source : Le modèle des trois retards : la mortalité maternelle en contexte ; Le Partenariat pour les technologies de la santé mondiale : <https://www.bu.edu/globalhealthtechnologies/2015/11/30/the-three-delays-model-maternal-mortality-in-context/>

Chapitre II : Matériels et Méthodes

1. Cadre d'étude

1.1. Situation géographique

La République de Guinée est un pays d'Afrique subsaharienne (60). Située en Afrique occidentale, elle est limitée au nord-ouest par la Guinée-Bissau, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par la Côte d'Ivoire et le Mali, au sud par le Libéria et la Sierra Leone et à l'ouest par l'Océan Atlantique (61). Elle est bordée par 300 km de côte, s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud (61).

La République de Guinée a une superficie de 245 860 kilomètres carrés (RGPH 2014) (60).

La Guinée a un climat tropical alternant entre deux saisons de 6 mois chacune : la saison sèche et la saison pluvieuse (61). Les principaux cours d'eau de la sous-région ouest-africaine prennent leur source en Guinée : les fleuves de Konkouré, Kolenté, le Niger, le Sénégal, le Loffa et le Gambie (61).

La République de Guinée est composée de quatre régions naturelles : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière. Elle compte huit régions administratives : le gouvernorat de Conakry, les régions de Boké, Kindia, Mamou, Faranah, Kankan, Labé et N'zérékoré, 33 préfectures et 307 sous-préfectures (60).

Nous allons décrire les particularités de chacune des régions naturelles de ce pays.

La Basse Guinée

Elle occupe 18% du pays avec des plaines côtières (61). Sur le plan climatique, elle se caractérise par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an et une humidité élevée (61).

La Moyenne Guinée

Elle occupe 22% du territoire national (61). Elle se caractérise par ses massifs montagneux, un climat semi-tempéré et un niveau de précipitations annuel entre 1 500 et 2 000 mm d'eau par an (61).

La Haute Guinée

Elle occupe 40% du territoire national et est composée de plateaux et de savanes arborées (61). Le niveau de précipitation varie entre 1 000 et 1 500 mm d'eau par an avec un climat chaud et sec (61).

La Guinée forestière

Elle occupe 20% de la superficie du pays et est couverte de massifs montagneux (61). Cette région est caractérisée par une pluviométrie variant entre 2 000 et 3 000 mm d'eau par an et un climat humide (61).

La République de Guinée compte six langues nationales : le malinké, le soussou, le peul, le kissi, le guérézé, le toma et une vingtaine d'autres langues régionales. Le français reste la langue officielle du pays (60).

1.2. Situation économique

La République de Guinée est très riche en ressources du sol et du sous-sol. La Guinée est toutefois l'un des pays les plus pauvres au monde, malgré le fait qu'elle soit dotée de la moitié de la réserve mondiale en bauxite, ressources minières, or, diamant, fer et possède de l'eau en abondance (62). Le taux de pauvreté est passé de 55,2% en 2012 à 43,7% en 2019 (62). Dans l'ensemble du pays, le chômage est estimé à 3,8% de la population active (63). Ce taux de chômage est plus élevé en milieu urbain (9,6%) qu'en milieu rural (1,4%) (63). Dans la capitale Conakry, ce taux est de 13,6% (63).

En 2020, les secteurs ont contribué à la croissance du PIB comme suit : le secteur tertiaire (0,2%) ; le secteur secondaire (3,5%) et le secteur primaire (-0,4%) (62). Entre 2016 et 2020, on note une réduction importante du taux de croissance de l'économie : 10,8% en 2016 ; 6,4% en 2018 ; 5,6% en 2019 et 4,6% en 2020 (62).

Selon le rapport de l'indice de développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) de 2021-2022, la République de Guinée occupe le 182ème rang sur 191 pays (64).

Les infrastructures et les services de base sont déficients et insuffisants (11). En effet, seuls 79% des ménages utilisent de l'eau provenant d'une source améliorée et 44 % disposent de l'électricité (11).

1.3. Situation socio-démographique

La République de Guinée dénombrait 10.628.972 habitants en 2014 avec une densité d'environ 43 habitants au kilomètre carré (61).

Selon l'EDS de 2018, le taux d'alphabétisation est de 24% chez les femmes et 53% chez les hommes de 15 à 49 ans (11). Les femmes représentent 52% de la population (61). L'indice

synthétique de fécondité est de 4,8 enfants par femme avec un taux global de fécondité générale de 165‰ (11).

Chez les adultes, en 2012, le taux de mortalité chez les hommes et chez les femmes était respectivement de 4,9 et 4,7 décès pour 1 000, et l'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans (61).

1.4. Système de santé de la Guinée

La gestion administrative du système de santé de la République de Guinée est structurée de façon pyramidale à trois niveaux : le niveau périphérique ou direction préfectorale de la santé (DPS), le niveau intermédiaire ou direction régionale de la santé (DRS) et le niveau central ou le ministère de la Santé (65,66). Le système de santé comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national (65,66).

La structuration se fait comme suit :

Le niveau central

Représenté par le ministère de la Santé et le secrétariat général, les directions centrales et les structures sont sous sa tutelle. Il assure la fonction de régulation du secteur, l'orientation des actions, la coordination de toutes les activités du système de santé et de l'allocation des ressources (67).

Le ministère de la Santé est composé des directions nationales, des services d'appui, des services rattachés et des établissements publics administratifs (66,65).

Ainsi, nous avons :

- cinq directions techniques qui sont ;
 - la Direction nationale de la Pharmacie et du Laboratoire (DNPL) ;
 - la Direction nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS) ;
 - la Direction nationale de la Santé Familiale et Nutrition (DNSFN) ;
 - la Direction nationale de l'Hygiène Publique (DNHP) ;
 - la Direction nationale de la Prévention et de la Santé communautaire (DNPSC) ;
- dix-huit programmes de santé (le programme national de lutte contre le paludisme, le programme national de la prise en charge sanitaire et de prévention/VIH/SIDA, le programme national de lutte contre la lèpre, le programme national de lutte contre la tuberculose, le programme national santé maternelle et infantile, etc.) ;
- le laboratoire national de contrôle de qualité des établissements ;

- la pharmacie centrale de Guinée (PCG) (68).

Cependant, il faut noter que chaque direction nationale est répartie en divisions et services rattachés. Chaque division est composée de sections. Par exemple, la direction nationale de la santé familiale et nutrition est répartie en trois divisions, dont la division de la santé de la reproduction (SR). Sous la supervision de la direction nationale de la santé familiale et de la nutrition, la division de la santé de la reproduction assure la planification, l'orientation, la coordination de toutes les activités de la santé de la reproduction (SR) dans tout le pays, selon les objectifs de politique nationale de la santé de la reproduction du ministère de la Santé.

Le niveau intermédiaire ou région sanitaire

Le niveau intermédiaire est représenté par les huit directions régionales de la santé (DRS), dont celle de la santé de la ville de Conakry (DSVCo) (66).

Les DRS sont des institutions décentralisées du ministère de la Santé au niveau de chaque région administrative du pays. Chaque DRS assure la coordination, la planification et le suivi de toutes les activités de santé de sa région. Elle est composée d'une équipe cadre répartie en sections, dirigée par un inspecteur régional, qui travaille en étroite collaboration avec le Gouverneur de sa région (65,66).

Parmi les éléments de l'équipe-cadre de la DRS, un point focal de la santé de la reproduction est choisi par le Directeur régional de la Santé, qui veille au bon déroulement des activités de la santé de la reproduction de sa région.

Le niveau périphérique ou District Sanitaire

Le niveau périphérique est représenté par les 38 districts sanitaires ou directions préfectorales de la Santé (DPS), répartis entre les préfectures qui composent les 7 régions administratives du pays (66). En d'autres termes, ce sont des institutions décentralisées de la Direction régionale de la Santé au niveau de chaque préfecture du pays (66). Dans le cadre de la gestion du système de santé, la DPS, dirigée par un Directeur préfectoral de la Santé, assure la coordination et le suivi de toutes les interventions sanitaires dans les structures de santé de la préfecture. Il s'agit du niveau opérationnel des activités de santé (65,66)..

Il est composé d'une équipe-cadre de district répartie en sections. La direction préfectorale de la santé est entourée des postes de santé, des centres de santé, des centres de santé améliorés et des hôpitaux préfectoraux et communaux.

Parmi les éléments de l'équipe-cadre du district, on note la présence d'un point focal santé de la reproduction choisie par le Directeur préfectoral de la Santé. Le Directeur préfectoral de la Santé, veille à la bonne exécution des activités de la santé de la reproduction dans les structures sanitaires de la préfecture, en fonction de ce point focal spécifique.

La direction préfectorale de la santé travaille avec le niveau communautaire par l'intermédiaire des structures sanitaires qui l'entourent.

Le niveau communautaire est composé des agents de santé communautaire qui offrent des services à base communautaire et des prestataires de médecine traditionnelle (67). Les comités de santé et d'hygiène (CoSaH), qui sont élus par la collectivité locale en collaboration avec le chef de centre de Santé, facilitent l'implication de la communauté dans la gestion des centres de santé (66).

Après la structuration du système de santé, nous allons détailler quelques particularités du système de santé de la République de Guinée.

Le ministère de la Santé dispose d'un manuel de gestion administrative. Ce dispositif institutionnel du niveau central favorise le renforcement d'une logique verticale (61).

Dans le cadre de la coordination des niveaux central, régional et préfectoral, plusieurs outils sont disponibles : les comités techniques préfectoraux de santé (CTPS) et les comités techniques régionaux de santé (CTRS) sont sanctionnés par des rapports et se tiennent tous les 6 mois (61). La planification et le monitoring sont systématiques, et les comités de santé et d'hygiène sont mis en place pour contribuer aux pratiques des soins de santé primaires (61).

Pour ce qui est des médicaments, des dispositions sont prises pour assurer la régulation et la lutte contre les pratiques illicites (61). Un arsenal législatif de lutte adapté et complet contre les produits illicites, existe (61). En outre, les inspecteurs régionaux de la santé mènent plusieurs actions en justice et impliquent plusieurs acteurs au niveau déconcentré dans la lutte contre les pratiques illicites de médicaments (61). Les prestations des soins sont réparties en fonction de la pyramide sanitaire et chaque niveau du système propose son propre paquet de services à la population (66).

Prestations des soins

Au niveau des centres de santé et postes de santé, les services dispensés sont : la consultation primaire curative, la vaccination, la planification familiale, la consultation prénatale, l'accouchement assisté (67). A l'exception des centres de santé de la capitale Conakry, les

activités liées à la PTME/CDV, à la PCMNE, à la nutrition, à la prise en charge du VIH, au développement des SONUB, sont par endroits très insuffisantes, voire inexistantes (67).

Les hôpitaux préfectoraux et les hôpitaux régionaux offrent le même paquet de soins : la chirurgie générale, la pédiatrie, la médecine générale, la gynéco-obstétrique et les services médico-techniques (67). Les services de spécialités comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie, ne sont pas fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux (67).

Les hôpitaux nationaux, qui sont spécialisés dans les activités de formation et de recherche, offrent des prestations tertiaires réparties entre différentes spécialités (67).

Financement des soins de santé

En République de Guinée, les dépenses de santé sont principalement assurées par les ménages avec 62,2% des dépenses, grâce au paiement direct (67). Ensuite, vient le financement extérieur avec 26,9% des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales (67). L'Etat occupe la troisième source de financement avec 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent du ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations concentrées (67).

Ressources humaines pour la santé

Le recensement biométrique de 2014 montre que la République de Guinée compte 11 527 agents de santé publique et privée répartis comme suit (61):

- les agents techniques de santé (ATS) représentaient 37%, soit une densité de 4 ATS pour 10 000 habitants en 2014 ;
- les Infirmiers d'Etat représentaient 13%, soit 1,4 pour 10 000 habitants en 2014 ;
- les Sage-femmes représentaient 4% soit 0,5 sage-femme pour 10 000 habitants en 2014 ;
- Les techniciens de laboratoire représentaient 1,5%, soit 0,16 technicien de laboratoire pour 10 000 habitants en 2014 ;
- les médecins spécialistes et généralistes représentaient 16%, soit 1,8 médecin pour 10 000 habitants en 2014 ;
- les médecins généralistes uniquement représentaient 12%, soit 1,3 médecin généraliste pour 10 000 habitants en 2014 ;

- les infirmiers, les sage-femmes et médecins généralistes représentaient donc 30% de l'ensemble des personnels de santé, soit une densité de 3,2 soignants pour 10 000 habitants en 2014 (61).

Médicaments, vaccins et technologie sanitaire

L'approvisionnement et la distribution de certains produits pharmaceutiques dans les différentes structures sanitaires du pays sont assurés par la pharmacie centrale de Guinée (PCG), qui est une institution étatique à caractère industriel et commercial avec des dépôts dans six régions du pays. Pour les structures sanitaires publiques, cet approvisionnement est conditionné au recouvrement de coûts. A noter que d'autres produits médicaux, comme les vaccins du Programme élargi de Vaccination (PEV), sont approvisionnés par les partenaires techniques et financiers comme l'UNICEF et GAVI (66).

Une étude réalisée à Conakry a démontré que la majorité des formations sanitaires rencontraient fréquemment des difficultés d'accès aux médicaments, raison pour laquelle certaines structures avaient dû faire face à des ruptures de médicaments dans les 12 mois avant l'enquête (30).

Système d'information sanitaire

L'un des outils fondamentaux de la planification, la supervision et l'évaluation de la politique de santé est assuré par le système national d'information sanitaire (SNIS) (66). Ce système comprend :

- le sous-système des rapports de routine des services de santé, qui consiste à collecter, analyser et compiler des données de routine à travers un rapport mensuel dans toutes les structures sanitaires du pays ;
- le sous-système de surveillance épidémiologique : de la DRS au niveau central, il existe un système d'alerte précoce des maladies à potentiel épidémique à travers une notification hebdomadaire des cas. Cette surveillance est permanente au niveau de la communauté (66).

Infrastructures et équipements du système de santé

Selon le rapport de PNDS 2015-2024, la République de Guinée dispose de 1 383 structures sanitaires publiques toutes catégories confondues (61). Nous avons 925 postes de santé, 410 centres de santé, 5 centres de santé améliorés, 33 hôpitaux préfectoraux ou centres médicaux communaux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux (61). Par rapport aux standards définis, 51% de ces infrastructures se trouvent dans un état physique et de fonctionnalité non approprié (61).

Dans tout le pays, on recense au total 2 984 lits d'hospitalisation (61). La disponibilité des lits varie d'une région à une autre. Elle est d'un lit pour 2 396 habitants pour la ville de Conakry, contre un lit pour 6 796 habitants pour la région administrative de Labé (61). Le ratio moyen est d'un lit pour 3 600 habitants (61).

Notons que les hôpitaux guinéens sont sous-équipés, ce qui limite leur capacité de prise en charge et augmente la demande, déjà forte, d'évacuation sanitaire vers l'étranger (61). Certains hôpitaux manquent notamment d'équipements d'imagerie (radio, échographie, scanner...) (61).

Plan juridique

Par rapport à la santé maternelle et infantile, le gouvernement a mis en place certaines lois en faveur des femmes et des enfants, considérés comme une catégorie de la population plus vulnérable, afin d'améliorer leur santé (61).

- I. La loi L010/AN/2000 portant sur la SR donne le droit à l'accès aux services SR/PF. Cette loi autorise deux types d'avortements (avortement médical et grossesse incestueuse) ;
- II. La loi et les textes interdisant les mutilations génitales féminines (MGF) ;
- III. Le code de la famille interdisant toutes les formes de violences (domestiques, conjugales, sexuelles...) non adopté ;
- IV. Le projet de loi sur l'âge du mariage afin de réduire les mariages précoces ;
- V. La loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2011 adoptant et promulguant la loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA (61).

Cependant, ces lois n'ont pas de textes d'application, ce qui rend difficile leur mise en œuvre (61).

Par ailleurs, le gouvernement guinéen, toujours dans le souci du bien-être de sa population, a inscrit parmi ces priorités l'amélioration du secteur de la santé (69). La santé de la mère et de l'enfant est la cible principale des interventions sanitaires (69). Cependant, le suivi des grossesses et/ou pour l'accouchement et les soins postnatals demeurent toujours un véritable défi pour le gouvernement guinéen.

1.5. Evolution de la couverture des consultations prénatales et de l'assistance qualifiée à l'accouchement en Guinée.

Pendant les cinq dernières années précédant l'EDS 2018, environ 53% des femmes ont accouché dans un établissement de santé (11). Les résultats des différentes EDS ont montré que

cette proportion a significativement augmenté, soit : 31% en 2005, 40% en 2012, et 53% en 2018 (11).

Pour ce qui est des consultations prénatales, en 2018, la proportion de femmes qui ont bénéficié des quatre consultations prénatales ou plus, comme recommandé par l’OMS, est plutôt faible par rapport aux années précédentes. Elle est passée de 49% en 2005 à 57% en 2012, puis à 35% en 2018 (11).

Une étude réalisée en Guinée, pour déterminer l’impact de la gratuité des soins obstétricaux sur les besoins obstétricaux non satisfaits dans le district sanitaire de Kissidougou, a révélé qu’entre 2008 et 2012, les admissions directes ont augmenté de 49% à 66%, les décès maternels ont diminué de 1,5% à 1,1%, et les décès néonataux ont augmenté de 12% à 15% (70).

2. Type et période d’étude

Ce mémoire s’appuie sur une étude transversale analytique utilisant les données collectées lors des Enquêtes Démographiques et de Santé de 2012 et de 2018 en République de Guinée.

2.1. Source des données

Nous nous sommes servi des bases de données des Enquêtes Démographiques et de Santé de 2012 et 2018 comme sources de données. Ces enquêtes ont été réalisées dans tout le pays par l’Institut national de la Statistique (INS), avec la participation du ministère de la Santé et des partenaires techniques et financiers (USAID, la Banque mondiale, CRS, le Fonds mondial, UNFPA, UNICEF...) (44),(11). Dans ces deux enquêtes, les données ont été recueillies sur base des indicateurs spécifiques du pays dans le domaine de la santé familiale, la fécondité, la planification familiale, la mortalité, la nutrition et l’allaitement, l’hygiène et l’assainissement, la scolarisation et l’alphabétisation, la lutte contre le paludisme, les IST et le VIH, l’autonomisation des femmes et les violences basées sur le genre (44),(11).

Dans cette étude, nous nous intéressons à la dernière naissance des femmes qui ont connu au moins une naissance dans les cinq ans précédant l’enquête. Au total, 4 999 et 5 530 dernières naissances ont été enregistrées respectivement en 2012 et en 2018 (44),(11).

2.2. Échantillonnage

Il s’agira de deux échantillonnages (EDS-MICS 2012 et EDS 2018) aléatoires stratifiés pondérés à deux degrés. Ces enquêtes visent à fournir des données nationales, pour le milieu

urbain et le milieu rural, la capitale Conakry, les autres villes, et les régions administratives du pays. Nous allons expliquer la stratégie utilisée pour chaque échantillon dans ces deux enquêtes.

Pour l'EDS-MICS 2012

Au premier degré : les grappes, ou ZD, ont été tirées sur l'ensemble du territoire national à partir de la liste des ZD établies lors des travaux cartographiques pour le troisième RGPH (44). Globalement, 300 grappes, dont 107 en milieu urbain et 193 en milieu rural, ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille (44). La taille correspond au nombre de ménages qui habite dans la ZD (44).

Pour le second degré : un dénombrement des ménages dans chacune de ces 300 grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale (44).

Au total, 7 200 ménages ont été sélectionnés. Parmi eux, 7 148 ont été identifiés et présents au moment de l'enquête et 7 109 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,5 % (44). Dans ces ménages enquêtés, 9 331 femmes de 15 à 49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle (44). Et parmi elles, 9 142 ont passé l'interview avec succès, soit un taux de réponse de 98% (44).

A noter que toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés ou présentes la nuit précédant l'enquête étaient éligibles pour participer à l'enquête (44).

Pour L'EDS 2018

La base de sondage retenue est la base des données du troisième Recensement général de la Population et de l'Habitation mis à jour en 2017 (11). Par un sondage aléatoire stratifié des 2 degrés, le tirage de l'échantillon a été réalisé strate par strate. En tirant 20 ménages par grappe, au premier degré, 401 ZD ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille. La taille étant le nombre de ménages résidant dans la ZD. Parmi les 401 ZD tirées, 138 sont situées en milieu urbain et 263 en milieu rural. Sur les 8 020 ménages tirés, 2 760 sont du milieu urbain et 5 260 sont du milieu rural (11).

Dans chaque ZD sélectionnée, après le tirage des unités primaires et avant l'enquête principale, un dénombrement de ménages et une mise à jour de la carte ont été effectués (11). Cette action a permis d'obtenir une liste complète des ménages occupés dans les ZD tirées, qui a servi de base pour le tirage de ménages au deuxième degré (11). Ainsi, un échantillon de 20 ménages a

été tiré par grappe en milieu urbain et en milieu rural avec un tirage systématique à probabilité égale (11). Le taux de réponse des femmes est de 96,2% en milieu urbain et de 99,1% en milieu rural (11).

Parmi les 8 020 ménages tirés pour l'EDS 2018, 10 506 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête (11).

3. Population d'étude

La population d'étude est composée de toutes les femmes de 15 à 49 ans qui ont accepté de participer aux Enquêtes Démographiques et de Santé de 2012 et de 2018.

4. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude l'ensemble des femmes qui ont au moins eu une naissance au cours des 5 dernières années. On analysera leur dernière naissance.

5. Variables de l'étude

5.1. La variable dépendante

La variable dépendante est **l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement**.

La question posée aux femmes était : qui vous a assisté durant l'accouchement de (Nom de l'enfant) ? les réponses possibles étaient : un professionnel de santé (médecin, infirmier(ère)/sage-femme, aide de santé, agent technique de santé, matrone), un autre professionnel (accoucheuse traditionnelle, agent de santé communautaire/village).

Dans un premier temps, nous avons regroupé les différentes modalités suivantes : assistance par un médecin, assistance par un(e) infirmier(ère)/sage-femme et assistance par un agent technique de santé (ATS).

Ensuite, nous avons créé une variable dichotomique appelée « assistance qualifiée à l'accouchement ».

La première modalité de cette variable regroupe les femmes qui ont été prises en charge lors de l'accouchement au moins par un médecin, par un(e) infirmier(ère), par une sage-femme ou par un agent technique de santé.

La seconde modalité regroupe les femmes qui ont été assistées par des personnes qui ne sont ni médecin, ni infirmier(ère), ni sage-femme ni ATS et celles qui n'ont bénéficié d'aucune assistance.

5.2. Les variables indépendantes

La liste des variables indépendantes a été dressée sur la base des connaissances tirées de la revue de la littérature par rapport à notre question de recherche, et sur la disponibilité de ces variables dans la base de données. Les variables répertoriées dans le tableau suivant sont considérées comme des variables qui fournissent les caractéristiques des femmes, de leur famille et de leurs recours aux services de santé.

Tableau 1 : Liste des variables indépendantes et leurs modalités

Variables	Modalités
La tranche d'âge de la mère	1 = 15-19 ans 2 = 20-24 ans 3 = 25-29 ans 4 = 30-34 ans 5 = 35-39 ans 6 = 40-44 ans 7 = 45-49 ans
Religion	1 = Musulmane 2 = Chrétienne 3 = Animiste + non religion + autres
Niveau d'instruction de la mère	0 = Sans instruction 1 = Niveau primaire 2 = Niveau secondaire et supérieur
Statut matrimonial de la femme	0 = Célibataire 1 = Mariée ou vit avec un partenaire 2 = Veuve 3 = Divorcée ou séparée
Régions	1 = Conakry 2 = Boké 3 = Faranah 4 = Kankan 5 = Kindia 6 = Labé 7 = Mamou

	8 = Nzérékoré
Parité atteinte au moment de l'enquête	1 = 1 à 3 enfants 2 = 4 à 6 enfants 3 = 7 enfants et plus
Sexe du chef de ménage	1 = Homme 2 = Femme
Au moins une consultation prénatale pour la dernière naissance	0 = Au moins une consultation 1 = Aucune consultation
Niveau de vie du ménage (variable construite par le programme EDS à partir des biens du ménage)	1 = Plus pauvre 2 = Pauvre 3 = Moyen 4 = Riche 5 = Très riche
Ethnie de la femme	1 = Soussou 2 = Peulh 3 = Malinké 4 = Kissi, Toma + Guerzé et autres ethnies
Milieu de résidence	1 = Urbain 2 = Rural

6. Saisie et nettoyage des données

Les données collectées dans les EDS 2012 et 2018 ont été analysées avec le logiciel SPSS version : 28.0.1.1 (15)

7. Analyse des données

Pour rappel, notre objectif général est de décrire le profil des mères qui accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié en République de Guinée. Pour atteindre cet objectif, nous devons passer par les étapes suivantes : premièrement, en considérant les facteurs qui peuvent influencer l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement, nous allons décrire les caractéristiques des mères enquêtées et leur comportement face au recours aux personnels soignants qualifiés pendant la période de la grossesse et de l'accouchement.

Pour y parvenir, nous allons procéder à une analyse statistique descriptive pour déterminer les caractéristiques des femmes en âge de procréer, en fonction des variables explicatives. Les résultats seront présentés en valeurs et pourcentages.

Deuxièmement, nous allons procéder à une analyse bivariée (tableaux croisés avec chi-deux) pour vérifier la relation entre l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement, qui est la variable dépendante, et chacune des variables explicatives susceptibles d'influencer le recours aux personnels de santé qualifiés lors de l'accouchement.

Troisièmement, nous allons procéder à une analyse explicative grâce à la régression logistique univariée puis multivariée, en modélisant l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement selon les différentes variables indépendantes. Cette analyse permet de déterminer la force de l'association éventuelle entre la variable dépendante et chacune des variables explicatives de l'étude. Des rapports de cote ajustés (RCA) sont estimés avec des intervalles de confiance (IC) à 95%.

Enfin, pour évaluer le changement dans le temps, nous allons appliquer un modèle de régression logistique multivariée qui combine les échantillons des deux enquêtes tout en ajoutant la variable « année d'enquête » dans les variables explicatives, afin d'évaluer s'il y a une association significative entre l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement et l'année de l'enquête. Une telle association nous indiquera si, après avoir contrôlé les différentes variables individuelles, il y a une amélioration ou une détérioration de l'accès à l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié au cours du temps.

Pour tous les tests statistiques, le seuil de signification sera fixé à une p. valeur inférieure ou égale à 0,05.

Pour les besoins d'analyse, certaines variables explicatives comme la religion, l'ethnie, le niveau de scolarité, la parité et le statut matrimonial des femmes ont été recodées en fonction des différentes modalités prédéfinies dans le tableau ci-dessus.

8. Considérations éthiques

Le document autorisant l'utilisation des données des Enquêtes Démographiques et de Santé de 2012 et 2018 en République de Guinée est accordé par ICF, et est annexé à ce travail. Ces données ont été traitées de manière confidentielle et ont été utilisées uniquement dans le cadre d'analyses statistiques.

Chapitre III : Résultats

1. Caractéristiques des femmes ayant participé aux EDS de 2012 et 2018

Les caractéristiques des femmes en âge de procréer ont été analysées dans chacun des deux échantillons.

Le Tableau 2 ci-dessous présente les caractéristiques des femmes enquêtées des EDS de 2012 et 2018.

En 2012, la tranche d'âge la plus fréquemment représentée dans l'échantillon était celle des femmes de 25 à 29 ans avec 24,2% des répondantes, ce qui s'explique par leur plus forte fécondité (nous travaillons ici avec les femmes ayant donné naissance récemment). Les musulmanes représentaient 86,9% et les peuls, 33,4%. 76,3% des répondantes n'avaient aucun niveau d'éducation et 91,1% d'entre elles vivaient en couple. 86,9% des femmes vivaient dans un ménage dirigé par des hommes. 71,8% des participantes habitaient en milieu rural et 12,7% n'avaient reçu aucune consultation prénatale pour leur dernière naissance. 53,4% d'entre elles avaient tout au plus donné naissance à trois enfants. La région la plus représentée dans l'échantillon est celle de N'zérékoré avec 17,6% des répondantes, suivie celles de Kankan, Kindia et Conakry avec respectivement 16,3%, 15,3% et 15% des enquêtées. 21,3% des femmes ayant donné naissance récemment appartenaient au quintile des ménages les plus pauvres.

A travers les proportions de l'échantillon de 2018, on peut dire que les caractéristiques des femmes incluses dans l'enquête de 2018 sont similaires à celles de 2012 décrites ci-dessus.

Par ailleurs, à travers un test khi-carré dans un échantillon unique (2012 et 2018) entre les années de l'enquête et les variables explicatives, nous avons trouvé que les variables : âge, ethnie, religion, niveau d'éducation, consultation prénatale, parité, région et situation socioéconomique étaient significativement associées avec l'année de l'enquête. Cependant, le sexe du chef de ménage, la situation matrimoniale et le milieu de résidence n'ont pas présenté d'association significative avec l'année de l'enquête.

Tableau 2 : Caractéristiques des femmes ayant participé aux EDS de 2012 et 2018

Variables	Enquête 2012 (n=4999)	Enquête 2018 (n=5530)	Khi-deux (années de l'enquête et les variables)
Age (en année)			P = 0,002
15-19	559 (11,2)	553 (10)	
20-24	1113 (22,3)	1072 (19,2)	
25-29	1207 (24,2)	1418 (25,6)	
30-34	889 (17,8)	1048 (18,9)	
35-39	718 (14,4)	839 (15,2)	
40-44	377 (7,6)	421 (7,6)	
45-49	134 (2,7)	179 (3,2)	
Religion			P < 0,001
Musulmane	4345 (86,9)	4820 (87,2)	
Chrétienne	429 (8,6)	613 (11,1)	
Animiste + non religion + autres	225 (4,5)	97 (1,7)	
Ethnicité			P < 0,001
Soussou	913 (18,3)	1060 (19,2)	
Peuls	1667 (33,4)	2005 (36,3)	
Malinké	1648 (33,0)	1690 (30,6)	
Kissi, Toma + Guerzé et autres ethnies	771 (15,4)	775 (14,0)	
Niveau d'éducation			P < 0,030
Sans instruction	3812 (76,3)	4197 (75,9)	
Primaire	636 (12,7)	617 (11,1)	
Secondaire et supérieur	550 (11,0)	716 (13,0)	
Statut matrimonial			P = 0,196
Célibataire	290 (5,8)	262 (4,7)	
Mariée et vivant avec partenaire	4556 (91,1)	5125 (92,6)	
Veuve	57 (1,1)	51 (0,9)	
Divorcée et séparée	96 (1,9)	91 (1,7)	

Sexe du Chef du ménage			P = 0,954
Homme	4342 (86,9)	4818 (87,1)	
Femme	657 (13,1)	711 (12,9)	
Milieu de résidence			P = 0,245
Urbain	1408 (28,2)	1663 (30,1)	
Rural	3591 (71,8)	3866 (69,9)	
Consultation prénatale			P = 0,036
Au moins une consultation	4348 (87,0)	4756 (86,0)	
Aucune consultation	635 (12,7)	774 (14,0)	
Parité			P < 0,001
[1-3]	2670 (53,4)	3046 (55,1)	
[4-6]	1620 (32,4)	1859 (33,6)	
[7 et plus]	709 (14,2)	625 (11,3)	
Région			P < 0,001
Conakry	750 (15,0)	683 (12,3)	
Boké	473 (9,5)	591 (10,7)	
Faranah	512 (10,2)	559 (10,1)	
Kankan	813 (16,3)	927 (16,8)	
Kindia	767 (15,3)	835 (15,1)	
Labé	456 (9,1)	634 (11,5)	
Mamou	346 (6,9)	430 (7,8)	
N'zérékoré	881 (17,6)	870 (15,7)	
Niveau socioéconomique			P < 0,010
Plus pauvre	1065 (21,3)	1270 (23,0)	
Pauvre	1080 (21,6)	1208 (21,8)	
Moyen	1023 (20,5)	1085 (19,6)	
Riche	1001 (20,0)	1073 (19,4)	
Plus riche	831 (16,6)	894 (16,2)	

2. Proportion des femmes assistées lors de leur dernier accouchement par un professionnel de santé qualifié selon l'EDS 2012 et 2018

Comme détaillé dans le Tableau 3, on observe que dans l'échantillon de 2012, 53,6% des femmes n'ont pas bénéficié d'assistance par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. 4,3% d'entre elles ont été assistées par les ATS, 31,7% par les infirmiers et les sage-femmes et 10,4% par les médecins.

En 2018, 42,8% des femmes ont accouché sans l'assistance d'un professionnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. Les médecins, les infirmiers/les sage-femmes et les ATS ont respectivement assisté 8,8%, 41,1% et 7,3% des femmes lors de leur dernière naissance. Le Tableau 3 révèle une baisse importante de la proportion des femmes non assistées entre 2012 et 2018. De plus, il indique que les femmes qui recourent au personnel de santé qualifié lors de leur accouchement sont aidées en grande partie par les infirmiers/sage-femmes, soit 31,7% en 2012 et 41,1% en 2018.

Tableau 3 : Proportion des femmes assistées lors de leur dernier accouchement par un professionnel de santé qualifié (EDS 2012 et 2018)

2012		
Professionnel de santé	Fréquence	Pourcentage
Non assistée	2679	53,6
Assistée par un(e) ATS	215	4,3
Assistée par un(e) infirmier(e) / sage-femme	1584	31,7
Assistée par un médecin	520	10,4
Total	4999	100

2018		
Professionnel de santé	Fréquence	Pourcentage
Non assistée	2365	42,8
Assistée par un(e) ATS	404	7,3
Assistée par un(e) Infirmier(e)/sage-femme	2272	41,1
Assistée par un médecin	488	8,8
Total	5530	100

Les tableaux croisés entre l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement et chacune des différentes variables indépendantes peuvent fournir un aperçu sur l'effet de chaque variable sur le phénomène de l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement.

Nous allons présenter les résultats des tableaux croisés enquête par enquête.

3. Association entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et les déterminants principaux, selon l'EDS 2012

Le Tableau 4 indique qu'il existe une association statistiquement significative entre l'assistance par un personnel de santé qualifié lors de la dernière naissance et l'ensemble des variables explicatives ($p < 0,05$).

En effet, 51,1% des femmes dont l'âge est compris entre 15 et 19 ans n'ont pas bénéficié d'une assistance par un personnel de santé qualifié lors de leur dernière naissance. Les proportions correspondantes chez les femmes dont l'âge est compris entre 25 et 29 ans, 35 et 39 ans et 45 et 49 ans, étaient respectivement de 51,9%, 58,5% et 70,1%. Il faut rappeler que nous travaillons ici sur la dernière naissance survenue il y a moins de 5 ans, donc ces différences ne sont pas explicables par le fait que les femmes plus âgées ont donné naissance il y a plus longtemps.

En ce qui concerne la religion, parmi les enquêtées, les femmes musulmanes sont les plus représentées. 54,2% parmi elles n'ont pas bénéficié d'assistance par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. En revanche, 58,3% des femmes chrétiennes ont bénéficié d'une assistance qualifiée lors de leur dernier accouchement.

Nous avons observé que l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement diffère en fonction des groupes ethniques. Il est de 60,2% chez les Soussous, 37,9% chez les Peuls, 46,5% chez les Malinkés et 48,2% chez les Kissi et autres ethnies. C'est donc l'ethnie Peul qui fait le moins recours aux professionnels de santé qualifiés lors de l'accouchement.

Nos résultats révèlent également des différences selon le niveau d'instruction. Seulement 37,9% des femmes sans aucun niveau d'instruction ont été assistées par des professionnels de santé qualifiés lors de leur dernier accouchement. Cette proportion est de 64,8% chez les femmes ayant un niveau d'éducation primaire et de 84,4% chez celles qui ont un niveau d'éducation secondaire et supérieur.

55,6% des femmes vivant avec leur mari ou leur partenaire n'ont pas été assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. Chez les célibataires, cette proportion est plus faible (27,9%), ceci sans doute en raison de variations d'âge.

Dans les familles avec un homme comme chef de ménage, 45% des femmes ont été assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement, contre 55,4% dans les ménages où une femme assume le rôle de chef de famille.

Seulement 31,7% des femmes vivant en milieu rural ont été assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement, contre 84% de celles vivant en milieu urbain.

Parmi les femmes qui n'ont pas bénéficié de soin prénatal, 93,1% n'ont pas été assistées par des professionnels de santé qualifiés pendant leur dernier accouchement. En revanche, parmi celles qui ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale, 47,7% n'ont pas bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement.

47,2% des femmes qui sont entre leur première et troisième naissance n'ont pas été assistées par un personnel de santé qualifié à la dernière naissance. Respectivement 58% et 67,6% de celles qui ont entre quatre et six naissances, et celles qui ont eu au moins sept naissances n'ont pas bénéficié d'aide d'un professionnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement.

Dans la région de Conakry, 8,7% des femmes n'ont pas été assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. Dans toutes les autres régions du pays, plus de la moitié des femmes n'ont pas été assistées par du personnel de santé qualifié.

Nos résultats montrent également des différences selon le niveau de revenu. 82,2% des femmes les plus pauvres n'ont pas été aidées par un professionnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. Ce chiffre diminue progressivement avec le niveau de revenu pour atteindre 8,1% chez les plus riches.

Tableau 4 : Résultats des tableaux croisés entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et les facteurs associés selon l'EDS 2012

<u>Données EDS 2012</u>	<u>Assistance qualifiée à l'accouchement n= 4999</u>		
Variables	Oui	Non	p. Valeur
Age (en année)			P < 0,001
15-19	274 (48,9)	286 (51,1)	
20-24	540 (48,5)	573 (51,5)	
25-29	580 (48,1)	627 (51,9)	
30-34	421 (47,4)	468 (52,6)	
35-39	298 (41,5)	420 (58,5)	
40-44	166 (43,9)	212 (56,1)	
45-49	40 (29,9)	94 (70,1)	
Religion			P < 0,001
Musulmane	1991 (45,8)	2353 (54,2)	
Chrétienne	250 (58,3)	179 (41,7)	
Animiste + non religion + autres	78 (34,7)	147 (65,3)	

Ethnicité			P < 0,001
Soussou	550 (60,2)	363 (39,8)	
Peuls	632 (37,9)	1035 (62,1)	
Malinké	766 (46,5)	882 (53,5)	
Kissi, Toma + Guerzé et autres ethnies	372 (48,2)	400 (51,8)	
Niveau d'éducation			P < 0,001
Sans instruction	1444 (37,9)	2369 (62,1)	
Primaire	412 (64,8)	224 (35,2)	
Secondaire et supérieur	464 (84,4)	86 (15,6)	
Statut matrimonial			P < 0,001
Célibataire	209 (72,1)	81 (27,9)	
Mariée et vivant avec partenaire	2024 (44,4)	2532 (55,6)	
Veuve	32 (56,1)	25 (43,9)	
Divorcée et séparée	55 (57,3)	41 (42,7)	
Sexe du Chef du ménage			P < 0,001
Homme	1955 (45,0)	2386 (55,0)	
Femme	364 (55,4)	293 (44,6)	
Milieu de résidence			P < 0,001
Urbain	1183 (84,0)	225 (16,0)	
Rural	1137 (31,7)	2454 (68,3)	
Consultation prénatale			P < 0,001
Au moins une consultation	2275 (52,3)	2073 (47,7)	
Aucune consultation	44 (6,9)	591 (93,1)	
Parité			P < 0,001
[1-3]	1409 (52,8)	1261 (47,2)	
[4-6]	681 (42,0)	939 (58,0)	
[7 et plus]	230 (32,4)	479 (67,6)	
Région			P < 0,001

Conakry	685 (91,3)	65 (8,7)
Boké	202 (42,7)	271 (57,3)
Faranah	162 (31,6)	350 (68,4)
Kankan	361 (44,4)	452 (55,6)
Kindia	310 (40,4)	458 (59,6)
Labé	144 (31,5)	313 (68,5)
Mamou	76 (22,0)	270 (78,0)
N'zérékoré	381 (43,2)	500 (56,8)
Niveau socioéconomique		P < 0,001
Plus pauvre	189 (17,8)	875 (82,2)
Pauvre	306 (28,3)	774 (71,7)
Moyen	406 (39,7)	616 (60,3)
Riche	654 (65,4)	346 (34,6)
Plus riche	764 (91,9)	67 (8,1)

4. Association entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et les déterminants principaux, selon l'EDS 2018.

Les résultats des analyses des données de 2018 répertoriées dans le Tableau 5 montrent une relation significative entre l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement et l'ensemble des variables indépendantes de l'étude avec une p. valeur inférieure à 0,05.

Comparativement à l'échantillon de 2012, nous avons déjà noté une amélioration de l'assistance par un personnel de santé qualifié. Cette amélioration est variable selon les catégories de femmes dans l'échantillon de 2018.

En effet, dans tous les groupes d'âge, plus de la moitié des femmes ont été assistées par un professionnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. Par exemple, parmi les jeunes femmes de 15-19 ans, la proportion de femmes assistées par un personnel de santé qualifié augmente de 48,9% à 63,7%. Cependant, la progression de l'assistance par un personnel de santé qualifié au dernier accouchement entre 2012 et 2018 a été plus rapide chez les femmes dont l'âge est compris entre 45 et 59 ans. Elle passe de 29,9% à 52,2%, soit une hausse relative de 75% contre 15% de hausse chez les femmes dont l'âge est compris entre 40 et 44 ans.

Dans l'échantillon de 2018, plus de la moitié des femmes musulmanes, soit 55,5%, ont bénéficié d'une assistance par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. La progression de l'assistance qualifiée à la dernière naissance a été plus rapide dans le groupe des

animistes et autres religions. Elle passe de 34,7% à 57,3%, soit une hausse relative de 65% contre 21% de hausse chez les musulmanes et 22% chez les chrétiennes.

Ensuite, pour l'ethnie Peul, 44,8% des femmes ont bénéficié d'une assistance d'un personnel de santé qualifié à la dernière naissance. Cependant, une progression plus rapide a été observée dans le groupe des femmes kissi et autres ethnies. Elle passe de 48,2% à 70,2%, soit une hausse relative de 46% contre 11% de hausse chez les femmes Soussous qui avaient la proportion la plus élevée en 2012.

90,2% des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et supérieur ont bénéficié de soins obstétricaux de qualité lors de leur dernière naissance. Cependant, chez les femmes non scolarisées, près de la moitié n'y ont pas recouru. La progression a été plus rapide chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction. Elle passe de 37,9% à 49,6%, soit une hausse relative de 31% contre 7% de hausse chez les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire et supérieure, qui avaient déjà la proportion la plus élevée.

Parmi les femmes vivant en milieu urbain, 92,7% ont bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. Parmi celles vivant en milieu rural 41,9% ont bénéficié de soins obstétricaux lors de leur dernière naissance. On note une progression plus importante chez les femmes qui habitent en milieu rural. Elles passent de 31,7% à 41,9%, soit une hausse relative de 32% contre 10% de hausse chez les femmes qui habitent en milieu urbain.

Parmi les femmes qui ont fait au moins une consultation prénatale pendant leur grossesse, 64,3% ont été prises en charge par un personnel de santé qualifié lors de leur dernière naissance. Parmi celles qui n'ont bénéficié d'aucune consultation pendant la grossesse, 13,6% ont bénéficié de soins obstétricaux de qualité lors de leur dernier accouchement. Cette progression est plus importante chez les femmes qui n'ont pas consulté. Elle passe de 6,9% à 13,6%, soit une hausse relative de 97% contre 23% de hausse chez les femmes qui ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale et dont les proportions étaient déjà élevées.

Concernant les régions du pays, la progression de l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement a été plus rapide dans la région de Mamou, où elle passe de 22% à 44%, soit un doublement, contre une hausse de 5% dans la capitale Conakry, où les proportions étaient déjà élevées.

27,9% des femmes les plus pauvres ont été assistées par un professionnel de santé lors de leur dernier accouchement. Ce chiffre augmente progressivement avec le niveau de revenu pour atteindre 95,3% chez les plus riches. La progression de l'assistance qualifiée à la dernière naissance a été plus rapide chez les plus pauvres, où elle passe de 17,8% à 27,9%, soit une hausse relative de 57%, contre 4% de hausse dans le quintile le plus riche, où les proportions étaient déjà élevées. Les inégalités selon le revenu semblent donc s'être réduites au fil du temps.

Tableau 5 : Résultats des tableaux croisés entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et les facteurs associés selon l'EDS 2018.

<u>Données EDS 2018</u>	<u>Assistance qualifiée à l'accouchement n = 5530</u>		
Variab les	Oui	Non	p. Valeur
Age (années)			P < 0,001
15-19	352 (63,7)	201 (36,3)	
20-24	635 (59,2)	437 (40,8)	
25-29	811 (57,2)	607 (42,8)	
30-34	600 (57,3)	448 (42,7)	
35-39	461 (54,9)	378 (45,1)	
40-44	212 (50,4)	209 (49,6)	
45-49	94 (52,2)	86 (47,8)	
Religion			P < 0,001
Musulmane	2673 (55,5)	2147 (44,5)	
Chrétienne	436 (71,1)	177 (28,9)	
Animiste + non religion + autres	55 (57,3)	41 (42,7)	
Ethnicité			P < 0,001
Soussou	709 (66,90)	351 (33,10)	
Peuls	897 (44,80)	1107 (55,20)	
Malinké	1014 (60,00)	676 (40,00)	
Kissi, Toma + Guerzé et autres ethnies	543 (70,20)	231 (29,80)	
Niveau d'éducation			P < 0,001
Sans instruction	2080 (49,6)	2116 (50,4)	
Primaire	437 (70,9)	179 (29,1)	
Secondaire et supérieur	647 (90,2)	70 (9,8)	
Statut matrimonial			P < 0,001
Célibataire	211 (80,5)	51 (19,5)	

Mariée et vivant avec partenaire	2856 (55,7)	2270 (44,3)	
Veuve	35 (68,6)	16 (31,4)	
Divorcée et séparée	62 (68,1)	29 (31,9)	
Sexe du Chef du ménage			P < 0,001
Homme	2680 (55,6)	2139 (44,4)	
Femme	484 (68,1)	227 (31,9)	
Milieu de résidence			P < 0,001
Urbain	1543 (92,7)	121 (7,3)	
Rural	1621 (41,9)	2245 (58,1)	
Consultation prénatale			P < 0,001
Au moins une consultation	3059 (64,3)	1697 (35,7)	
Aucune consultation	105 (13,6)	668 (86,4)	
Parité			P < 0,001
[1-3]	1900 (62,4)	1145 (37,6)	
[4-6]	975 (52,4)	885 (47,6)	
[7 et plus]	289 (46,3)	335 (53,7)	
Région			P < 0,001
Conakry	655 (96,0)	27 (4,0)	
Boké	288 (48,7)	303 (51,3)	
Faranah	224 (40,2)	336 (60,0)	
Kankan	536 (57,8)	391 (42,2)	
Kindia	486 (58,1)	350 (41,9)	
Labé	224 (35,3)	410 (64,7)	
Mamou	189 (44,0)	241 (56,0)	
N'zérékoré	562 (64,6)	308 (35,4)	
Niveau socioéconomique			P < 0,001
Plus pauvre	354 (27,9)	916 (72,1)	
Pauvre	500 (41,4)	708 (58,6)	

Moyen	568 (52,3)	518 (47,7)
Riche	891 (83,0)	182 (17,0)
Plus riche	852 (95,3)	42 (4,7)

Après les résultats des analyses descriptives bivariées (tableaux croisés avec chi-deux), nous allons présenter les résultats des analyses explicatives avec la régression logistique univariée puis multivariée. Ces résultats sont présentés enquête par enquête (Tableau 6 et 7) et ensuite dans un échantillon unique (Tableau 8).

5. Facteurs associés à l'accouchement non-assisté par un personnel de santé qualifié en 2012 par la méthode de régression univariée

L'analyse univariée indique que la variable dépendante, qui est ici l'assistance par un personnel de santé qualifié à la dernière naissance, est significativement associée à la majorité des variables explicatives de l'étude.

En effet, les femmes âgées de 35 à 39 ans ont une chance réduite de 25,9% d'être assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement comparativement à celles qui sont âgées de 15 à 19 ans ([OR : 0,741 ; (IC95% : 0,593–0,925)]. Pour les femmes âgées de 45 à 49 ans, la chance d'être assistée par un personnel de santé qualifié est diminuée de 55,4% comparativement à celles âgées de 15 à 19 ans (0,446 ; 0,298–0,669).

Les femmes chrétiennes ont une chance augmentée de 65,3% d'être assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement comparativement aux femmes musulmanes. (1,653 ; 1,352–2,021). En revanche, les femmes animistes et autres ont une chance diminuée de 37,4% d'être assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement, par rapport aux femmes musulmanes (0,626 ; 0,472–0,829).

Les Peuls, les Malinkés, les Kissi et autres ethnies ont toutes des p. valeur inférieures à 0,001. Leurs chances d'être assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement ont respectivement diminuées de 59,7%, 42,7% et 38,6% comparativement aux Soussous. Leur OR et IC95% se présentent comme suit : les Peuls : (0,403 ; 0,342–0,476), les Malinkés : (0,573; 0,487–0,676) les Kissi et autres : (0,614; 0,506–0,745).

Les femmes qui ont un niveau d'instruction primaire ont 3,02 fois plus de chance d'être assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement comparativement aux femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (3,020 ; 2,535–3,599). Toutefois, les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et supérieur ont, quant à elle, une chance multipliée

par 8,821 d'être assistées par un personnel de santé qualifié pendant leur dernière naissance, comparées aussi aux femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction (8,821 ; 6,946–11,201).

A propos de la situation matrimoniale, les rapports de cotes relatifs aux femmes mariées et celles qui sont en union libre, les veuves, les divorcées et séparées ont toutes des p. valeurs inférieures à 0,05. Leurs chances d'être assistées par un professionnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement ont respectivement diminuées environ de 68,9%, 50,7% et 47,3% comparativement aux femmes célibataires. Les OR et IC95%, se présentent comme suit : les mariées et union libre : (0,311 ; 0,239–0,404), les veuves : (0,493 ; 0,275–0,882), les divorcées et séparées (0,527 ; 0,326–0,851).

Les femmes provenant de familles dirigées par une femme ont une chance augmentée d'environ 51,8% d'être assistées par un personnel de santé qualifié comparées aux familles dirigées par des hommes (1,518 ; 1,287–1,790).

Les femmes vivant en milieu rural ont une chance diminuée de 91,2% d'être assistées par un professionnel de santé qualifié pendant leur dernier accouchement, lorsqu'elles sont comparées aux femmes vivant en milieu urbain (0,088 ; 0,075–0,103).

Les femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale durant leur grossesse ont une chance diminuée de 93,2% de bénéficier d'une assistance par un personnel de santé qualifié pendant leur dernière naissance comparativement à celles qui ont bénéficié d'au moins une consultation (0,068 ; 0,050–0,093). C'est l'une des associations les plus fortement observées dans l'analyse univariée.

Les rapports de cotes relatifs aux femmes qui ont donné entre quatre à six naissances et sept naissances et plus ont toutes une p. valeur inférieure à 0,001. Leurs chances d'être assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement ont respectivement diminué de 35,2% et 57,1% par rapport aux femmes qui ont donné naissance à moins de 4 enfants. Leur OR et IC95%, se présentent comme suit : [4-6] enfants : (0,648 ; 0,572–0,734) et 7 enfants et plus (0,429 ; 0,361–0,511).

Les femmes qui habitent dans les régions administratives de Boké, Faranah, Kankan, Kindia, Labé, Mamou, N'zérékoré ont une chance réduite de bénéficier d'une assistance par un personnel de santé qualifié pendant leur dernier accouchement, comparées aux femmes qui habitent dans la capitale Conakry. Leurs chances d'être assistées par un personnel de santé qualifié varient entre 2,7% à Mamou à 7,6% à Kankan, comparé à celle de Conakry.

Les analyses univariées nous montrent aussi une association fortement significative entre l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié et le niveau de revenu. Les femmes pauvres ont une chance augmentée d'environ de 82,8% d'être assistées par un personnel de santé qualifié pour leur dernier accouchement, comparé aux femmes du quintile le plus pauvre (1,828 ; 1,489–2,245). Les femmes qui sont moyennement riches ont 3,049 fois plus de chance

d'être assistées par un personnel de santé qualifié pendant leur dernier accouchement comparativement aux femmes plus pauvres. Les plus riches, quant à elles, ont 52,549 fois plus de chance d'être assistées par les professionnels de santé qualifiés pendant leur dernier accouchement comparativement aux plus pauvres (52,549 ; 39,134–70,564).

6. Facteurs associés à l'accouchement non-assisté par un personnel de santé qualifié en 2012 par la méthode de régression multivariée

Toujours en 2012, dans le modèle multivarié, les modalités suivantes : le groupe de femmes âgées de 45 à 49 ans, le groupe des femmes animistes et autre religion, les femmes de la région de Kankan et de Labé, et la variable situation matrimoniale dans toutes ces modalités confondues ont perdu leur association avec la variable dépendante.

Cependant, dans l'analyse multivariée, les femmes âgées de 25 à 29 ans ; 30 à 34 ans ; 35 à 39 ans et 40 à 44 ans ont été associées à une plus fréquente assistance par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement, comparativement aux femmes de 15 à 19 ans. Les femmes âgées de 25 à 29 ans ont 1,35 fois plus de chance de bénéficier d'une assistance par un professionnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement, comparées aux femmes de 15 à 19 ans (1,350; 1,028–1,772). Le constat est similaire pour les femmes âgées de 30 à 34 ans, qui ont une chance multipliée par 1,479 d'être assistées par un personnel de santé qualifié pendant le dernier accouchement (1,479 ; 1,077–2,032). Et les femmes dont l'âge varie entre 40 et 44 ans ont 1,817 fois plus de chance d'être assistées par un professionnel de santé qualifié pendant leur dernière naissance, comparativement aux jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans (1,817; 1,206–2,739).

Les variables comme l'ethnicité, le niveau d'instruction, le sexe du chef de ménage, le milieu de résidence, la consultation prénatale, la parité et la situation socioéconomique qui étaient associées à l'analyse univariée, ont conservé leur association pour l'analyse multivariée.

Tableau 6 : Facteurs associés à la non-assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2012 par la méthode de régression logistique

EDS 2012 Variables	Coefficient non ajusté (univarié)			Coefficient ajusté (multivarié)		
	P. valeur	OR	IC 95%	P. valeur	OR	IC 95%
Age (années)	< 0,001			0,002		
Réf : 15-19		1			1	
20-24	0,858	0,982	[0,801-1,203]	0,373	0,890	[0,688-1,150]
25-29	0,725	0,965	[0,789-1,179]	0,031	1,350	[1,028-1,772]
30-34	0,559	0,939	[0,760-1,160]	0,016	1,479	[1,077-2,032]

35-39	0,008	0,741	[0,593-0,925]	0,034	1,459	[1,028-2,069]
40-44	0,127	0,815	[0,627-1,060]	0,004	1,817	[1,206-2,739]
45-49	< 0,001	0,446	[0,298-0,669]	0,134	1,535	[0,876-2,690]
Religion	< 0,001			0,002		
Réf :	1			1		
musulmane						
Chrétienne	< 0,001	1,653	[1,352-2,021]	< 0,005	1,925	[1,216-3,048]
Animiste + non religion + autres	0,001	0,626	[0,472-0,829]	0,666	1,116	[0,678-1,835]
Ethnicité	< 0,001			0,001		
Réf : Soussou	1			1		
Peuls	< 0,001	0,403	[0,342-0,476]	< 0,001	0,576	[0,434-0,765]
Malinké	< 0,001	0,573	[0,487-0,676]	0,006	0,618	[0,438-0,872]
Kissi, Toma + Guerzé et autres ethnies	< 0,001	0,614	[0,506-0,745]	0,013	0,564	[0,360-0,886]
Niveau d'éducation	< 0,001			< 0,001		
Réf : Sans instruction	1			1		
Primaire	< 0,001	3,020	[2,535-3,599]	< 0,001	1,743	[1,401-2,168]
Secondaire et supérieur	< 0,001	8,821	[6,946-11,201]	< 0,001	2,611	[1,955-3,489]
Statut matrimonial	< 0,001			0,498		
Réf :	1			1		
Célibataire						
Mariée et union libre	< 0,001	0,311	[0,239-0,404]	0,130	0,758	[0,529-1,085]
Veuve	0,017	0,493	[0,275-0,882]	0,537	0,783	[0,361-1,701]
Divorcée et séparée	0,009	0,527	[0,326-0,851]	0,310	0,718	[0,379-1,361]

Sexe du Chef du ménage						
Réf : Homme		1			1	
Femme	< 0,001	1,518	[1,287-1,790]	0,014	1,333	[1,061-1,675]
Milieu de résidence						
Réf : Urbain		1			1	
Rural	< 0,001	0,088	[0,075-0,103]	< 0,001	0,459	[0,354-0,595]
Consultation prénatale						
Réf : Au moins une consultation		1			1	
Aucune consultation	< 0,001	0,068	[0,050-0,093]	< 0,001	0,103	[0,072-0,146]
Parité	< 0,001			< 0,001		
Réf : [1-3]		1			1	
[4-6]	< 0,001	0,648	[0,572-0,734]	0,003	0,725	[0,587-0,896]
[7 et plus]	< 0,001	0,429	[0,361-0,511]	< 0,001	0,576	[0,424-0,782]
Région	< 0,001			< 0,001		
Réf : Conakry		1			1	
Boké	< 0,001	0,071	[0,052-0,097]	0,017	0,581	[0,372-0,909]
Faranah	< 0,001	0,044	[0,032-0,060]	0,005	0,517	[0,326-0,821]
Kankan	< 0,001	0,076	[0,057-0,101]	0,072	1,540	[0,962-2,465]
Kindia	< 0,001	0,064	[0,048-0,086]	< 0,001	0,387	[0,252-0,595]
Labé	< 0,001	0,044	[0,032-0,060]	0,074	0,642	[0,395-1,043]
Mamou	< 0,001	0,027	[0,019-0,038]	< 0,001	0,343	[0,207-0,569]
N'zérékoré	< 0,001	0,072	[0,054-0,096]	0,022	0,581	[0,365-0,925]
Niveau socioéconomiq ue	< 0,001			< 0,001		
Réf : Plus pauvre		1			1	

Pauvre	< 0,001	1,828	[1,489-2,245]	< 0,001	1,556	[1,241-1,950]
Moyen	< 0,001	3,049	[2,494-3,727]	< 0,001	2,534	[2,025-3,171]
Riche	< 0,001	8,739	[7,126-10,717]	< 0,001	4,514	[3,492-5,836]
Plus riche	< 0,001	52,549	[39,134-70,564]	< 0,001	11,568	[7,303-18,325]

7. Facteurs associés à l'accouchement non-assisté par un personnel de santé qualifié en 2018 par la méthode de régression univariée

Le Tableau 7 détaille les odds ratios obtenus via la régression logistique avec l'enquête de 2018. Dans la mesure où les coefficients sont relativement comparables à ceux observés en 2012, nous ne détaillons pas chaque variable, mais mettons l'accent sur les changements dans le temps.

L'analyse univariée de l'échantillon de 2018 a montré qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe de référence et les femmes âgées de 20 à 24 ans, les animistes, les Kissi et autre ethnie ainsi que les veuves. Tandis que, dans l'analyse univariée de l'échantillon de 2012, les femmes des groupes d'âge de 20 à 24 ans ; 25 à 29 ans ; 30 à 34 ans et 40 à 44 ans ne se distinguaient pas significativement des femmes qui composaient la modalité de référence.

Les autres variables comme le sexe du chef de ménage, la situation socio-économique, le milieu de résidence, les régions d'habitation et le niveau d'éducation, qui avaient une association significative à l'analyse univariée de l'échantillon de 2012, ont encore une association significative à l'analyse univariée de l'échantillons de 2018, dans des proportions similaires. Nous détaillerons davantage les changements entre 2012 et 2018 en comparant les modèles ajustés.

8. Facteurs associés à l'accouchement non-assisté par un personnel de santé qualifié en 2018 par la méthode de régression multivariée

Dans l'analyse multivariée de l'échantillon de 2018, la variable situation matrimoniale et les modalités suivantes ont perdu leur association : les femmes âgées de 30 à 34 ans ; de 35 à 39 ans ; de 40 à 44 ans ; de 45 à 49 ans, les chrétiennes, les animistes et autre, les femmes Malinkés, les femmes qui ont 7 enfants et plus, les femmes de la région de Kankan et celle de N'zérékoré.

Cependant, pour les modalités et les variables suivantes, les analyses multivariées ont révélé une association significative dans les deux échantillons (2012 et 2018) : les femmes âgées de 25 à 29 ans, les femmes appartenant à l'ethnie Peul, le niveau d'éducation, le sexe du chef de

ménage, le milieu de résidence, la consultation prénatale, les femmes qui ont donné quatre à six naissances, la situation socio-économique, et les femmes des régions de Boké, Faranah, Kindia, Mamou.

Tableau 7 : Facteurs associés à la non-assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2018 par la méthode de régression logistique

EDS 2018 Variables	Coefficient non ajusté (univarié)			Coefficient ajusté (multivarié)		
	P. valeur	OR	IC 95%	P. valeur	OR	IC 95%
Age (année)	< 0,001			0,005		
Réf : 15-19	1			1		
20-24	0,088	0,831	[0,673-1,028]	0,004	0,678	[0,520-0,884]
25-29	0,009	0,765	[0,624-0,936]	0,020	0,727	[0,557-0,950]
30-34	0,014	0,767	[0,620-0,948]	0,587	0,920	[0,680-1,244]
35-39	0,001	0,698	[0,560-0,870]	0,898	0,979	[0,707-1,356]
40-44	< 0,001	0,580	[0,448-0,751]	0,982	0,996	[0,686-1,446]
45-49	0,007	0,626	[0,445-0,880]	0,439	1,209	[0,747-1,957]
Religion	< 0,001			0,158		
Réf :	1			1		
musulmane						
Chrétienne	< 0,001	1,974	[1,643-2,371]	0,855	1,056	[0,590-1,890]
Animiste + non religion + autres	0,713	1,079	[0,718-1,622]	0,261	0,664	[0,325-1,356]
Ethnicité	< 0,001			0,014		
Réf : Soussou	1			1		
Peuls	< 0,001	0,401	[0,343-0,468]	0,009	0,715	[0,556-0,920]
Malinké	< 0,001	0,743	[0,633-0,873]	0,340	0,845	[0,607-1,186]
Kissi, Toma + Guerzé et autres ethnies	0,141	1,162	[0,951-1,419]	0,272	1,402	[0,767-2,583]
Niveau d'éducation	< 0,001			< 0,001		

Réf : Non	1			1		
scolarisée						
Primaire	< 0,001	2,479	[2,063-2,980]	0,001	1,468	[1,164-1,853]
Secondaire et supérieur	< 0,001	9,451	[7,327-12,191]	< 0,001	2,298	[1,696-3,121]
Statut matrimonial	< 0,001			0,864		
Réf :	1			1		
Célibataire						
Mariée et vivant avec partenaire	< 0,001	0,304	[0,223-0,415]	0,478	0,865	[0,580-1,290]
Veuve	0,073	0,542	[0,277-1,058]	0,973	0,986	[0,428-2,271]
Divorcée et Séparée	0,015	0,515	[0,302-0,880]	0,947	0,976	[0,482-1,976]
Sexe du Chef du ménage						
Réf : Homme	1			1		
Femme	< 0,001	1,704	[1,441-2,015]	0,006	1,366	[1,094-1,704]
Milieu de résidence						
Réf : Urbain	1			1		
Rural	< 0,001	0,056	[0,046-0,069]	< 0,001	0,273	[0,205-0,362]
Consultation prénatale						
Réf : Au moins une consultation	1			1		
Aucune consultation	< 0,001	0,087	[0,071-0,108]	< 0,001	0,111	[0,086-0,144]
Parité	< 0,001			0,018		
Réf : [1-3]	1			1		
[4-6]	< 0,001	0,664	[0,591-0,746]	0,012	0,787	[0,654-0,948]

[7 et plus]	< 0,001	0,520	[0,438-0,619]	0,097	0,788	[0,594-1,044]
Région	< 0,001			< 0,001		
Réf : Conakry	1			1		
Boké	< 0,001	0,040	[0,026-0,060]	0,002	0,444	[0,266-0,741]
Faranah	< 0,001	0,028	[0,018-0,042]	< 0,001	0,387	[0,228-0,655]
Kankan	< 0,001	0,057	[0,038-0,086]	0,192	0,698	[0,406-1,198]
Kindia	< 0,001	0,058	[0,039-0,087]	0,005	0,487	[0,296-0,800]
Labé	< 0,001	0,023	[0,015-0,035]	0,002	0,434	[0,256-0,734]
Mamou	< 0,001	0,033	[0,021-0,050]	0,018	0,522	[0,306-0,892]
N'zérékoré	< 0,001	0,076	[0,051-0,114]	0,557	0,852	[0,481-1,511]
Niveau socioéconomique	< 0,001			< 0,001		
Réf : Plus pauvre	1			1		
Pauvre	< 0,001	1,828	[1,546-2,162]	< 0,001	1,369	[1,136-1,651]
Moyen	< 0,001	2,836	[2,390-3,365]	< 0,001	1,930	[1,592-2,340]
Riche	< 0,001	12,65	[10,349-15,474]	< 0,001	4,680	[3,644-6,012]
Plus riche	< 0,001	52,25	[37,463-72,877]	< 0,001	7,837	[5,078-12,247]
		4			2	

9. Facteurs associés à la non-assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2012 et 2018 avec la variable année de l'enquête

Analyse univariée

Après la fusion des deux enquêtes, l'analyse univariée trouve que les femmes enquêtées en 2018 ont une chance augmentée de 53,2% d'être assistées par un professionnel de santé qualifié pendant leur dernier accouchement, comparativement aux femmes enquêtées en 2012 (OR : 1,532 ; IC95% : 1,418–1,654).

Les modalités qui ne sont pas associées à une assistance par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement sont les femmes âgées de 20 à 24 ans et les femmes appartenant au groupe des animistes et autres.

Analyse multivariée

Après ajustement, les modalités suivantes : les femmes âgées de 25 à 29 ans ; 30 à 34 ans ; 35 à 39 ans ; 40 à 44 ans ; 45 à 49 ans, les Kissi et autres, les femmes de la région de Kankan et la variable situation matrimoniale ne sont plus associées à des variables significatives.

Cependant, les femmes âgées de 20 à 24 ans ont une association significative avec l'assistance par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement. Leur chance d'être assistées par un personnel de santé qualifié à la dernière naissance est réduite de 20,5% comparativement aux femmes de 15 à 19 ans (0,795 ; 0,661–0,957).

Dans l'analyse multivariée, les femmes enquêtées en 2018 ont 2,011 fois plus de chance d'être assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernière naissance comparativement aux femmes enquêtées en 2012 (2,011 ; 1,821–2,221).

Les autres variables explicatives, qui étaient associées dans l'analyse univariée restent significativement associées dans l'analyse multivariée.

En contrôlant les principales variables de notre analyse, nous avons observé une progression de l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2018 en comparaison aux données de 2012. Cela révèle que des éléments autres que ceux introduits dans notre modèle ont favorisé cette évolution. Nous supposons que cette progression est le résultat d'une meilleure disponibilité des services de santé et des campagnes de sensibilisation plus efficaces.

Tableau 8 : Facteurs associés à la non-assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en 2012 et 2018 avec la variable année d'enquête par la méthode de régression logistique

2012 et 2018	Coefficient non ajusté (univarié)			Coefficient ajusté (multivarié)		
Variables	P. valeur	OR	IC 95%	P. valeur	OR	IC 95%
Année d'enquête						
Réf : 2012	1			1		
2018	< 0,001	1,532	[1,418-1,654]	< 0,001	2,011	[1,821-2,221]
Age (années)	< 0,001			< 0,001		
Réf : 15-19	1			1		
20-24	0,196	0,908	[0,784-1,051]	0,015	0,795	[0,661-0,957]
25-29	0,003	0,809	[0,702-0,932]	0,559	0,945	[0,782-1,142]
30-34	0,005	0,806	[0,694-0,935]	0,157	1,168	[0,942-1,450]
35-39	< 0,001	0,702	[0,601-0,819]	0,171	1,179	[0,932-1,491]
40-44	< 0,001	0,650	[0,540-0,781]	0,051	1,314	[0,999-1,728]
45-49	< 0,001	0,546	[0,427-0,698]	0,056	1,404	[0,992-1,988]
Religion	< 0,001			0,002		
Réf :	1			1		
musulmane						
Chrétienne	< 0,001	1,741	[1,507-2,012]	0,009	1,563	[1,119-2,184]
Animiste + non religion + autres	0,051	0,746	[0,556-1,001]	0,675	0,912	[0,591-1,405]
Ethnicité	< 0,001			< 0,001		
Réf : Soussou	1			1		
Peuls	< 0,001	0,412	[0,367-0,461]	< 0,001	0,650	[0,540-0,782]
Malinké	< 0,001	0,667	[0,593-0,751]	0,014	0,752	[0,599-0,943]
Kissi, Toma + Guerzé et autres ethnies	0,003	0,802	[0,692-0,930]	0,288	0,837	[0,602-1,163]
Niveau d'éducation	< 0,001			< 0,001		
Réf : Non scolarisée	1			1		

Primaire	< 0,001	2,674	[2,358-3,033]	< 0,001	1,520	[1,299-1,778]
Secondaire et super	< 0,001	8,611	[7,273-10,195]	< 0,001	2,266	[1,847-2,781]
Statut matrimonial	< 0,001			0,444		
Réf : Célibataire	1			1		
Mariée et vivant avec partenaire	< 0,001	0,285	[0,231-0,352]	0,104	0,796	[0,605-1,048]
Veuve	< 0,001	0,401	[0,263-0,611]	0,361	0,777	[0,452-1,336]
Divorcée et séparée	< 0,001	0,457	[0,316-0,660]	0,437	0,828	[0,515-1,332]
Sexe du Chef du ménage						
Réf : Homme	1			1		
Femme	< 0,001	1,663	[1,478-1,871]	< 0,001	1,353	[1,156-1,584]
Milieu de résidence						
Réf : Urbain	1			1		
Rural	0,000	0,085	[0,076-0,095]	< 0,001	0,358	[0,303-0,423]
Consultation prénatale						
Réf : Au moins une consultation	1			1		
Aucune consultation	< 0,001	0,088	[0,074-0,105]	< 0,001	0,118	[0,096-0,144]
Parité	< 0,001			< 0,001		
Réf : [1-3]	1			1		
[4-6]	< 0,001	0,618	[0,568-0,673]	< 0,001	0,725	[0,631-0,832]
[7 et plus]	< 0,001	0,458	[0,406-0,517]	< 0,001	0,650	[0,531-0,796]
Région	< 0,001			< 0,001		
Réf : Conakry	1			1		
Boké	< 0,001	0,053	[0,040-0,069]	< 0,001	0,423	[0,300-0,595]

Faranah	< 0,001	0,036	[0,028-0,047]	< 0,001	0,376	[0,266-0,532]
Kankan	< 0,001	0,072	[0,055-0,094]	0,498	0,882	[0,613-1,269]
Kindia	< 0,001	0,072	[0,055-0,094]	< 0,001	0,415	[0,296-0,581]
Labé	< 0,001	0,039	[0,030-0,051]	< 0,001	0,504	[0,352-0,720]
Mamou	< 0,001	0,035	[0,027-0,047]	< 0,001	0,377	[0,264-0,538]
Nzérékoré	< 0,001	0,076	[0,058-0,100]	0,004	0,583	[0,402-0,845]
Niveau socio-économique	0,000			< 0,001		
Réf : Plus pauvre	1			1		
Pauvre	< 0,001	1,848	[1,622-2,105]	< 0,001	1,461	[1,267-1,684]
Moyen	< 0,001	2,895	[2,544-3,294]	< 0,001	2,194	[1,901-2,531]
Riche	< 0,001	10,36	[9,061-11,865]	< 0,001	4,353	[3,669-5,164]
		9				
Plus riche	< 0,001	49,40	[39,713-61,458]	< 0,001	8,987	[6,652-12,141]
		3				

Chapitre IV : Discussion

L'objectif de cette étude était de décrire le profil des mères qui accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié en République de Guinée.

L'analyse des données collectées en Guinée, au cours des Enquêtes Démographiques et de Santé de 2012 et de 2018, a révélé que la prévalence de l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement était respectivement de 46,4% et de 57,2%. Ce résultat est inférieur à l'objectif de 80% fixé par le ministère de la santé du pays dans le PNDS de 2015-2024 (61). Ces chiffres sont aussi inférieurs à la prévalence observée dans certains pays voisins. En Côte d'Ivoire, la prévalence de l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement était de 74% en 2016 et de 67% au Mali en 2018 (29).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette faible assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en République de Guinée.

En effet, les données analysées pour la présente étude ont montré une association directe entre l'assistance par un personnel de santé qualifié à la dernière naissance et le statut socio-économique de la femme. Ces données sont similaires aux résultats des travaux de Dickson et al. en 2017 au Ghana. Selon ces auteurs, les femmes les plus riches étaient plus susceptibles d'être aidées par un personnel de santé qualifié que les femmes du quintile le plus pauvre (71). Dans une étude menée en 2019 en Éthiopie, Fekadu et al. ont également démontré que les femmes du quintile le plus riche avaient plus de chance d'accoucher dans les structures de santé que les femmes du quintile le plus pauvre (72). Ce résultat permet de confirmer l'hypothèse selon laquelle, le niveau socio-économique est positivement associé à l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans. Nous supposons que le fait d'être en mesure de prendre en charge leurs dépenses de santé incite les femmes d'un niveau de revenu élevé à plus recourir aux professionnels de santé pour leurs accouchements. La pauvreté relative de la Guinée pourrait donc expliquer de plus bas niveaux d'assistance que dans certains pays voisins.

Cependant, en République de Guinée, le statut socio-économique ne suffit pas pour justifier cette faible prévalence de l'assistance par un personnel de santé qualifié lors des accouchements, car, depuis 2010, les soins liés aux accouchements et les CPN sont gratuits dans les structures sanitaires étatiques (70). Il se peut que certaines familles soient confrontées à d'autres difficultés, par exemple celles liées aux coûts de transport du domicile à l'hôpital, à la prise en charge alimentaire à l'hôpital et la garde des autres enfants à la maison.

Notre étude a aussi montré que le niveau d'instruction de la femme est un facteur prédictif de l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en République de Guinée. Comme l'a révélé l'étude menée au Ghana en 2017 (71), nous avons observé que les proportions de l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement augmentent en fonction du niveau d'éducation de la femme. La probabilité des femmes d'être assistées par un personnel de santé qualifié augmente donc avec le niveau d'éducation (71). Ayele GS et al. (2019) en Éthiopie ont trouvé que les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire et supérieure avaient 4 fois plus de chance de bénéficier d'une assistance par un personnel de santé qualifié, comparées à celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (73). D'autres chercheurs ont découvert que les mères qui ont un niveau d'étude secondaire et supérieur avaient plus de chance d'accoucher dans les établissements de santé que les mères qui n'avaient pas suivi d'enseignement formel (72). Au Kenya, selon Nyongesa et al (2018), les femmes instruites étaient 7 fois plus susceptibles de recourir à une assistance qualifiée lors de l'accouchement que les femmes non instruites (74). Notre hypothèse selon laquelle, le niveau d'instruction est positivement associé à l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans est donc vérifiée. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les mères instruites pourraient être faciles à sensibiliser sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. De plus, elles pourraient être davantage autonomes pour certaines dépenses.

Notre étude a révélé que les familles dont le chef de ménage est une femme, ont une chance augmentée de 35,3% d'être assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur dernier accouchement, en comparaison aux familles à chef de ménage homme. Tekelab.T et al (2019) ont découvert, dans les zones rurales de l'ouest de l'Éthiopie, que les mères qui prennent elles-mêmes la décision sur le lieu d'accouchement étaient deux fois plus susceptibles d'accoucher dans un établissement de santé, comparées aux mères dont la décision sur le lieu d'accouchement était prise par un autre (75). Nous supposons que nos résultats pourraient s'expliquer, d'un côté par le fait que les femmes pourraient être non seulement mieux informées sur les avantages à accoucher avec l'assistance des professionnels de santé qualifiés, mais aussi, qu'elles pourraient être plus soucieuses de leur état de santé et celui de leurs enfants, et plus libres dans leur prise de décision.

Nos résultats montrent également une association fortement significative entre le lieu d'habitation et l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier l'accouchement. Dans l'analyse multivariée de l'échantillon unique, les femmes qui habitent en milieu rural ont

une chance diminuée de 64,2% d'être assistées par un personnel de santé qualifié, comparativement à celles qui habitent en milieu urbain. Nos résultats sont similaires à ceux de Tiruaynet.k et al (2019) en Éthiopie. Les mères qui habitent en zone rurale ont moins de chance de profiter des services d'un personnel de santé qualifié que les mères vivant en milieu urbain (76). Des études ont révélé que les mères urbaines étaient plus susceptibles d'accoucher dans les établissements de santé que les mères rurales (72), et que les femmes vivant en milieu urbain avaient 4,74 fois plus de chance d'être assistées par un agent de santé qualifié à l'accouchement, comparativement à celles vivant en milieu rural (73). Notre hypothèse, selon laquelle le milieu de résidence est associé à l'assistance par un personnel de santé qualifié lors du dernier accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans, avec une meilleure couverture en milieu urbain, est aussi vérifiée. Ces résultats pourraient s'expliquer non seulement par le fait que l'accessibilité dans les structures sanitaires pourrait être plus facile en milieu urbain qu'en milieu rural, mais aussi parce que les structures sanitaires pourraient être plus nombreuses en milieu urbain qu'en milieu rural, et que les professionnels de santé qualifiés pourraient être plus nombreux dans les structures urbaines. Nous supposons aussi que les femmes qui habitent en milieu urbain pourraient bénéficier de la sensibilisation sur les avantages d'être assistées par un professionnel de santé qualifié, et les risques liés à l'accouchement non assisté par les professionnels de santé qualifiés. De l'autre côté, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en milieu rural, les femmes pourraient faire plus confiance aux accoucheuses traditionnelles qu'aux professionnels de santé qualifiés. De même, les services de transport, les routes et les moyens de communication pourraient être insuffisants ou absents dans certaines zones rurales.

Notre étude a révélé une association fortement significative entre le fait de bénéficier d'au moins une consultation prénatale et le fait d'être assistée par du personnel de santé qualifié lors de l'accouchement. L'analyse multivariée du modèle globale nous montre que les femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation ont une chance diminuée de 88,2% d'être assistées par un personnel de santé qualifié, par rapport à celles qui ont bénéficié d'au moins une consultation. Nos résultats confirment ceux d'une autre étude dont plus de la moitié des participantes ayant bénéficié de quatre consultations prénatales ou plus, ont accouché dans les établissements de santé (72). Dans l'étude de Nyongesa et al. (2018), les femmes qui ont bénéficié de quatre CPN ou plus avaient 6 fois plus de chance d'être assistées par un personnel de santé qualifié que celles avec une seule visite (74). Ces résultats pourraient s'expliquer de différentes manières. Nous supposons que les femmes pourraient être mieux informées lors des CPN, sur les avantages de l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié et les

dangers liés aux accouchements non assistés par un personnel de santé qualifié. De plus, les femmes qui ont bénéficié des CPN pourraient mieux se familiariser avec les professionnels de santé que celles qui n'en ont pas eu.

Notre étude a montré une association significative entre le nombre d'accouchements de la femme et le fait de bénéficier de l'assistance d'un personnel de santé qualifié à la dernière naissance. Dans le modèle unique, les femmes qui ont entre 4 et 6 enfants ont une chance diminuée de 27,5% d'être assistées par un personnel de santé qualifié, comparées à celles qui ont 1 à 3 enfants. Nos résultats sont similaires à ceux de Fekadu et al. Dans leur étude, dès le second accouchement, les femmes avaient moins de chance d'être assistées par un personnel de santé qualifié en comparaison au premier accouchement (72). En d'autres termes, plus la femme a des enfants, moins elle recourt aux personnels de santé qualifiés lors de l'accouchement. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les femmes ayant plusieurs enfants pensent avoir assez d'expérience sur le phénomène de l'accouchement d'une part ; et d'autre part la familiarité et les liens de proximité qu'elles ont pu établir avec les accoucheuses traditionnelles qui sont parfois des membres de leur famille.

La religion s'est aussi révélée être un prédicteur de l'assistance par un personnel de santé qualifié au dernier accouchement. Les résultats de l'analyse multivariée de l'échantillon unique montrent que les femmes chrétiennes ont 56,3% plus de chances d'être assistées par un personnel de santé qualifié, comparativement aux femmes musulmanes. Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par Ganle JK et al (2019) au Ghana. Selon eux, la proportion de femmes chrétiennes faisant appel aux services des professionnels qualifiés pour l'accouchement était plus élevée que celle des femmes musulmanes (77). Bien qu'il ne soit pas aisé d'expliquer ce fait, nous supposons que cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'en Guinée, les femmes chrétiennes sont plus présentes dans les milieux urbains (78) et parlent pour la plupart le français, la langue dominante dans les différentes structures sanitaires du pays, même si notre modèle inclut bien le milieu de résidence. La relation et la confiance entre les femmes chrétiennes et les personnels de santé pourraient se créer plus facilement. Par ailleurs, vu la diversité ethnique et culturelle dans le pays, les normes, croyances et pratiques sont différentes d'une ethnie à l'autre. Ce qui pourrait entraîner des différences importantes selon les localités en termes de comportement, de compréhension et d'utilisation des services de santé maternelle par les femmes.

Dans l'étude actuelle, les femmes Soussous ont la proportion d'assistance qualifiée à l'accouchement la plus élevée par rapport aux autres. Les femmes Peules ont une chance diminuée de 65% d'être assistées par un personnel de santé qualifié, comparées aux femmes Soussous. Cela pourrait s'expliquer de différentes manières. Les femmes Soussous sont les autochtones de la capitale Conakry. Dans cette région du pays, notre étude a révélé qu'environ

96% des femmes ont bénéficié d'une assistance par un professionnel de santé qualifié à l'accouchement.

Nous avons découvert que l'âge influence peu l'assistance qualifiée à l'accouchement. Dans l'analyse multivariée de l'échantillon unique, la seule association significative concernait le groupe des femmes dont l'âge est compris entre 20 et 25 ans. Des études ont démontré que les femmes âgées de moins de 20 ans sont celles qui bénéficient le moins d'accouchements qualifiés (77). Dans une étude menée au Nigeria, Olakunde BO et al (2019) ont aussi trouvé qu'à peine un quart des adolescentes mariées ont été assistées par un personnel de santé qualifié lors de leur accouchement (79). Bien que nous ne connaissions pas la cause de cette différence entre les pays, nous supposons qu'elle pourrait s'expliquer par la différence dans l'accès aux services de santé, le niveau de revenu et d'instruction des femmes.

Enfin, notre étude a montré des différences significatives entre les régions du pays pour l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement. L'analyse multivariée de l'échantillon unique nous montre que les femmes qui habitent dans la région de Labé ont une chance réduite de 49,6% de bénéficier d'une assistance par un personnel de santé qualifié, en comparaison avec les femmes de la région de Conakry la capitale. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que, dans la capitale du pays, l'accessibilité géographique des structures sanitaires pourrait être plus favorable. Notons aussi les niveaux de revenu et d'instruction des femmes sont plus élevés à Conakry que dans les autres régions de la République de Guinée (11).

Limites de l'étude

Pour cette étude, nous avons utilisé les données des Enquêtes Démographiques et de Santé de 2012 et de 2018. Par conséquent, nos résultats peuvent ne pas être représentatifs des réalités actuelles même si les EDS 2012 et 2018 sont les dernières réalisées à l'échelle nationale. Ensuite, les répondantes ayant été interrogées sur des événements passés, il est possible que certaines aient oublié des informations capitales.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas analyser les résultats de notre étude en termes de causalité car nous avons deux études transversales.

Malgré ces limites, les Enquêtes Démographiques et de Santé sont réalisées sur toute l'étendue du territoire, qui signifie que nos résultats peuvent être généralisés à toutes les femmes guinéennes. Cependant, les relations que nous avons établies sur les variables explicatives peuvent varier au fil du temps.

Cette étude a fourni des informations importantes sur l'assistance par un personnel de santé qualifié, permettant de mettre en place des stratégies prometteuses pour l'amélioration de la santé maternelle en République de Guinée.

Recommandations

Nous allons énumérer quelques recommandations qui permettraient d'améliorer le recours à l'assistance par le personnel de santé qualifié à l'accouchement en République de Guinée.

A l'endroit des autorités :

- Assurer une répartition équitable des personnels de santé, c'est-à-dire en fonction de la situation géographique et démographique du pays. A l'heure actuelle, il semble que la majorité du personnel de santé soit concentrée à Conakry, tandis que la plus grande partie de la population est répartie dans les autres régions, et plus précisément en zone rurale.
- Investir dans le renforcement des capacités du personnel de santé en matière de suivi de la femme du début de grossesse, à l'accouchement, et les soins postnataux afin de renforcer la qualité des soins dispensés, ainsi que la sensibilisation des femmes sur les avantages d'être aidées par un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement.
- Investir dans des programmes de sensibilisation sur les avantages d'être assistée par un personnel de santé à l'accouchement pour la mère et pour l'enfant en tenant compte des normes, des cultures et des religions.
- Investir dans des moyens facilitant le transfert des femmes qui habitent dans les zones à accès difficiles vers les structures de santé de référence.
- Investir dans des projets permettant d'améliorer les conditions socio-économiques des femmes en général, et plus particulièrement celles des femmes en milieu rural, afin de rendre plus autonomes les décisions liées à leur santé et celle de leurs enfants.

A l'endroit du personnel de santé :

- Ils doivent être compétents et fournir des soins de santé de qualité à toutes les femmes de façon équitable, sans discrimination et distinction de race, d'ethnie ou de richesse.
- Réaliser des études qualitatives pour mieux comprendre la place de la culture, des normes et de la religion dans l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement, et notamment le rôle des pères et des chefs de ménage.
- Organiser des campagnes de sensibilisation sur l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement en passant par les médias, les chefs religieux, les sages de la communauté et la communauté elle-même dans le but de changer certaines pratiques culturelles qui ralentissent l'amélioration de l'assistance par un personnel de santé qualifié, particulièrement chez les non scolarisés et les femmes à revenus faibles.
- Inclure dans les activités des agents de santé communautaires, des actions permettant d'encourager les femmes et les conjoints à faire le recours au personnel de santé qualifié avant, pendant et après l'accouchement.

Conclusion

En République de Guinée, la faible assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié reste encore un problème majeur. Cette étude a révélé que le niveau d'éducation, le sexe du chef de ménage, le milieu de résidence, la consultation prénatale, la parité, le niveau socio-économique, l'année d'enquête, l'âge, la religion, l'ethnie, et la région d'habitation influençaient l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement. Au regard de ces résultats, il faudrait mener des actions communautaires portant sur l'éducation et la mise en place des activités génératrices de revenus pour les femmes, particulièrement celles qui habitent en milieu rural, afin de les rendre plus autonomes. Au niveau des structures de santé, il est fondamental de mettre l'accent sur le renforcement des capacités du personnel de santé, et la promotion des accouchements dans les structures sanitaires lors des activités de routine en général, et particulièrement lors des consultations pré et postnatales.

Bibliographie

1. Maternal mortality [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Une femme meurt toutes les deux minutes de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, selon les organismes des Nations Unies [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>
3. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
4. OMS. Mortalité maternelle [Internet]. 2019 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Antenatal care coverage - at least four visits (%) [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/antenatal-care-coverage---at-least-four-visits-\(-\)](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/antenatal-care-coverage---at-least-four-visits-(-))
6. Union Africaine. Rapport 2019 sur l'état de santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations d'urgence humanitaire. 2019; Disponible sur: https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/36768-wd-final_2019_mncah_status_report_fr.pdf
7. Nations Unies. Rapport sur les objectifs de développement durable 2020. 2020; Disponible sur: https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_French.pdf
8. Mortalité maternelle [Internet]. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
9. Newborn health [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/newborn-health>
10. En 2021, un décès d'enfant ou de jeune a été enregistré toutes les 4,4 secondes, selon un rapport des Nations Unies [Internet]. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/10-01-2023-a-child-or-youth-died-once-every-4.4-seconds-in-2021---un-report>

11. Institut National de la Statistique, Ministère du Plan. Enquête Démographique et de Santé (EDS V) Guinée, 2018. 2018; Disponible sur: [EDS 2018.pdf](#).
12. Saliou BM. Soins Périnataux et Accouchement Assisté en Guinée. Eur Sci J ESJ [Internet]. 30 juin 2020 [cité 20 juin 2022];16(16). Disponible sur: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/13027>
13. STATcompiler [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.statcompiler.com/fr/>
14. ACCOUCHEMENT : Définition de ACCOUCHEMENT [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/accouchement>
15. Apporter des soins individualisés pour que l'accouchement soit une expérience positive [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who>
16. Guinée Population 2023 [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://countrymeters.info/fr/Guinea>
17. Karine P. Haute Autorité de santé. 2017; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf
18. Karine P. Haute Autorité de santé. 2017; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
19. Futura. Définition | Césarienne | Futura Santé [Internet]. Futura. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-cesarienne-11948/>
20. OMS hrp. WHO Statement on Caesarean Section Rates. 2015; Disponible sur: [WHO_RHR_15.02_eng.pdf](#)
21. Dumont A, Guilmoto CZ. Trop et pas assez à la fois : le double fardeau de la césarienne. Popul Sociétés. 2020;581(9):1-4.
22. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos [Internet]. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically-necessary>
23. Organisation mondiale de la Santé hrp. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. 2014; Disponible sur: [WHO/RHR/15.02](#)

24. Benkirane S, Saadi H, Mimouni A. Le profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne au CHR EL Farabi Oujda. Pan Afr Med J [Internet]. 12 juin 2017 [cité 28 mars 2023];27(108). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/108/full>
25. African Health Stats : LIVE site [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://africanhealthstats.org/?page_id=16
26. Nouvelle définition du personnel de santé qualifié [Internet]. Figo. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.figo.org/fr/news/nouvelle-definition-du-personnel-de-sante-qualifie>
27. Graham WJ, Bell JS, Bullough CHW. L'assistance qualifiée à la naissance peut-elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement? 2001; Disponible sur: <http://dspace.itg.be/bitstream/handle/10390/2669/2001shsop0105.pdf;sequence=2>
28. Santé maternelle [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/maternal-health>
29. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (% du total) - Guinée | Données [Internet]. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTC.ZS?locations=GN>
30. Hatem M, Halabi-Nassif H, Maroun M. Évaluation de la qualité des services de santé maternelle et néonatale en Guinée-Conakry et au Togo: Santé Publique. 3 mars 2018;HS(HS):101-11.
31. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 17 janv 2023]. 41 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141487>
32. OMS. Recommandations de L'OMS pour la Prévention et le traitement de l'hémorragie du Post-Partum. 2012; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120084/WHO_RHR_14.20_fre.pdf;sequence=1
33. Lahmiri FZ. Les hémorragies du post-partum immédiat: étude rétrospective quantitative uni-centrique. 2017; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01652228>

34. La septicémie et son impact sur la mortalité maternelle [Internet]. Figo. [cité 19 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.figo.org/fr/news/la-septicemie-et-son-impact-sur-la-mortalite-maternelle>
35. OMS. Recommandations de l’OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles perinatales. 2015; Disponible sur: [WHO/RHR/16.01](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/WHO-RHR-16.01)
36. Saisonou J, Ouédraogo L, Paraiso MN, Ayélo P, Kpozèhouen A, Daraté R, et al. Epidémiologie et prise en charge des infections du per-partum à la maternité du centre hospitalier départemental de l’Ouémé-Plateau au Bénin. *Pan Afr Med J.* 4 févr 2014;17:89.
37. USAID / OMS. Recommandation de l’OMS pour la Prévention et le traitement de la Prééclampsie et de l’Eclampsie. 2013; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119716/WHO_RHR_14.17_fre.pdf;sequence=1
38. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* juin 2014;2(6):e323-333.
39. Les complications possibles de l’accouchement [Internet]. Elsan. [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/patients/maternite/les-complications-possibles-de-laccouchement>
40. l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA et la Banque mondiale. Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008. 2008; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44476/9789242500264_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Yambare A. Analyse des déterminants de la Mortalité maternelle pré partum en République du Congo. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01593267/file/D%c3%a9terminants%20de%20la%20mortalit%c3%a9%20maternelle%20au%20Congo.pdf>
42. Objectifs de la Journée mondiale de la sécurité des patients 2021 : promouvoir des pratiques sûres en matière de soins maternels et néonataux [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/16-09-2021-who-s-world-patient-safety-day-goals-2021-promote-safe-maternal-and-newborn-practices>
43. La liste de contrôle de l’OMS cible les principales causes de décès de mères et de nouveau-nés [Internet]. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur:

<https://www.who.int/fr/news/item/04-12-2015-who-checklist-targets-major-causes-of-maternal-and-newborn-deaths-in-health-facilities>

44. Institut National de la Statistique, Ministère du Plan, Conakry, Guinée. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2012).
45. Soins obstétriques et néonataux essentiels (SONE) - Soins De Santé [Internet]. doczz.fr. [cité 17 févr 2023]. Disponible sur: <http://doczz.fr/doc/196109/soins-obst%C3%A9triques-et-n%C3%A9onataux-essentiels--sone->
46. OMS hrp. Directives de l’OMS pour la santé maternelle et néonatale. sept 2017; Disponible sur: https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/4.2%20Lignes%20Directrices_Sante%CC%81%20Maternelle%20et%20Ne%CC%81onatale.pdf
47. Ndeye Fatou Ngom. L’assistance médicale à l’accouchement au Sénégal. Démographie. Université de Bordeaux, 2016. 2016; Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01524668>
48. Monica Akinyi Magadia,_, Alfred O. Agwandab, Francis O. Obarec. A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). 2007;
49. Gyimah SO, Takyi BK, Addai I. Challenges to the reproductive-health needs of African women: On religion and maternal health utilization in Ghana. Soc Sci Med. juin 2006;62(12):2930-44.
50. Sabine Gabrysch* and Oona MR Campbell. Encore trop loin pour marcher : revue de la littérature sur les déterminants de l’utilisation des services de livraison. 11 août 2009; Disponible sur: 1471-2393-9-34 (3).pdf.
51. Falkingham J. Inequality and Changes in Women’s Use of Maternal Health-care Services in Tajikistan. Stud Fam Plann. 2003;34(1):32-43.
52. doi:10.1016/j.socscimed.2004.04.007 | Lecteur amélioré Elsevier [Internet]. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0277953604001868?token=E66EA2B7D3681D900C478419577A9FDA12F3857AA0891B7DF9C7B45E849785A1AC8E88AE49B36D09A07425C53DD49A7A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230331162655>

53. Nkurunziza M. Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins: Le cas du milieu rural burundais. *Autrepart*. 14 déc 2016;N° 74-75(2):85-100.
54. K. Navaneethama*, A. Dharmalingamb. Utilization of maternal health care services in Southern India PII: S0277-9536(01)00313-6 | Lecteur amélioré Elsevier [Internet]. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0277953601003136?token=8CC5DCA41705232E1956E331DCFB9F31909DD20896C68000F2C41BE475F3BC2467F2F893FE7EA6C17727595706E521BB&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230331174852>
55. Aremu O, Lawoko S, Dalal K. The Influence of Individual and Contextual Socioeconomic Status on Obstetric Care Utilization in the Democratic Republic of Congo: A Population-based Study. *Int J Prev Med*. avr 2012;3(4):278-85.
56. Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ*. oct 2007;85(10):812-9.
57. Ali H, Mahmood QK, Jalil A, Fischer F. Women's Status and its Association With Home Delivery: A Cross-Sectional Study Conducted in Khyber-Pakhtunkhwa, Pakistan. *Matern Child Health J*. 2022;26(6):1283-91.
58. Gitimu A, Herr C, Oruko H, Karijo E, Gichuki R, Ofware P, et al. Determinants of use of skilled birth attendant at delivery in Makueni, Kenya: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 3 févr 2015;15:9.
59. Le modèle des trois retards : la mortalité maternelle en contexte | Le Partenariat pour les technologies de la santé mondiale [Internet]. [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.bu.edu/globalhealthtechnologies/2015/11/30/the-three-delays-model-maternal-mortality-in-context/>
60. Géographie de la Guinée – La Guinée en action [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <http://laguinee-en-action.com/pages/geographie-de-la-guinee/>
61. Ministère de la santé Guinée. Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024 Guinée. mars 2015;127.
62. Ministère du Plan et de la Coopération Internationale. Comptes Nationaux Définitifs 2019 et Provisaires 2020. Guinée. févr 2022; Disponible sur: <https://www.stat->

guinee.org/images/Documents/Publications/INS/annuelles/CN/Comptes_nationaux_def_2019_et_prov_2020.pdf

63. Institut national de la santé publique. Enquête légère sur l'évaluation de la pauvreté (ELEP)-2012 Guinée. 2012;
64. PNUD. Le Développement Humain. Rapport /2022 2021; Disponible sur: https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf
65. Organisation globale du système de santé – PASSPE GUINÉE [Internet]. [cité 12 janv 2023]. Disponible sur: <https://passpe-guinee.org/organisation-globale-du-systeme-de-sante/>
66. MCSP Guinée : Evaluation Rapide du Système de Sante en Guinée. déc 2016; Disponible sur: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TWWN.pdf
67. MINISTERE DE LA SANTE. Politique Nationale de Santé. nov 2014; Disponible sur: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/guinea/guinee_-_politique_nationale_sante_aout_2015.pdf
68. Ministère de la Santé. Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire. juin 2014; Disponible sur: <https://portail.sante.gov.gn/wp-content/uploads/2020/04/politique-pharmaceutique-nationale.pdf>
69. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique G. Feuille de Route Nationale Pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile. 2012;
70. Delamou A, Dubourg D, Beavogui AH, Delvaux T, Kolié JS, Barry TH, et al. How Has the Free Obstetric Care Policy Impacted Unmet Obstetric Need in a Rural Health District in Guinea? HELLERINGER S, éditeur. PLOS ONE. 5 juin 2015;10(6):e0129162.
71. Dickson KS, Amu H. Determinants of Skilled Birth Attendance in the Northern Parts of Ghana. Adv Public Health. 2017;2017:1-8.
72. Fekadu GA, Ambaw F, Kidanie SA. 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. déc 2019;19(1):64.
73. Ayele GS, Melku AT, Belda SS. Utilization of skilled birth attendant at birth and associated factors among women who gave birth in the last 24 months preceding the survey in Gura Dhamole Woreda, Bale zone, southeast Ethiopia. BMC Public Health. déc 2019;19(1):1501.

74. Nyongesa C, Xu X, Hall JJ, Macharia WM, Yego F, Hall B. Factors influencing choice of skilled birth attendance at ANC: evidence from the Kenya demographic health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2018;18(1):88.
75. Tekelab T, Yadecha B, Melka AS. Antenatal care and women's decision making power as determinants of institutional delivery in rural area of Western Ethiopia. *BMC Res Notes*. déc 2015;8(1):769.
76. Tiruaynet K, Muchie KF. Determinants of utilization of antenatal care services in Benishangul Gumuz Region, Western Ethiopia: a study based on demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2019;19(1):115.
77. Ganle JK, Kombet ML, Baatiema L. Factors influencing the use of supervised delivery services in Garu-Tempene District, Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2019;19(1):141.
78. GUINEA 2012 INTERNATIONAL RELIGIOUS FREEDOM REPORT [Internet]. United States Department of State • Bureau of Democracy, Human Rights and Labor; [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://2009-2017.state.gov/documents/organization/208368.pdf>
79. Olakunde BO, Adeyinka DA, Mavegam BO, Olakunde OA, Yahaya HB, Ajiboye OA, et al. Factors associated with skilled attendants at birth among married adolescent girls in Nigeria: evidence from the Multiple Indicator Cluster Survey, 2016/2017. *Int Health*. 1 nov 2019;11(6):545-50.

Annexe



Aug 03, 2022

Ibrahima Bah
Ministère de la santé
Guinea
Request Date: 08/03/2022

Dear Ibrahima Bah:

This is to confirm that you are approved to use the following Survey Datasets for your registered research paper titled: "Profil des mères qui accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié en Guinée : Une étude des données des enquêtes démographiques et de santé de 2012 et 2018.":

Guinea

To access the datasets, please login at: https://www.dhsprogram.com/data/dataset_admin/login_main.cfm. The user name is the registered email address, and the password is the one selected during registration.

The IRB-approved procedures for DHS public-use datasets do not in any way allow respondents, households, or sample communities to be identified. There are no names of individuals or household addresses in the data files. The geographic identifiers only go down to the regional level (where regions are typically very large geographical areas encompassing several states/provinces). Each enumeration area (Primary Sampling Unit) has a PSU number in the data file, but the PSU numbers do not have any labels to indicate their names or locations. In surveys that collect GIS coordinates in the field, the coordinates are only for the enumeration area (EA) as a whole, and not for individual households, and the measured coordinates are randomly displaced within a large geographic area so that specific enumeration areas cannot be identified.

The DHS Data may be used only for the purpose of statistical reporting and analysis, and only for your registered research. To use the data for another purpose, a new research project must be registered. All DHS data should be treated as confidential, and no effort should be made to identify any household or individual respondent interviewed in the survey. Also, be aware that re-distribution of any DHS micro-level data, either directly or within any tool/dashboard, is not permitted. Please reference the complete terms of use at: <https://dhsprogram.com/Data/terms-of-use.cfm>.

The data must not be passed on to other researchers without the written consent of DHS. However, if you have coresearchers registered in your account for this research paper, you are authorized to share the data with them. All data users are required to submit an electronic copy (pdf) of any reports/publications resulting from using the DHS data files to: references@dhsprogram.com.

Sincerely,

Bridgette Wellington

Bridgette Wellington
Data Archivist
The Demographic and Health Surveys (DHS) Program

