Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Facteurs sociaux expliquant la sous fréquentation des services de l'accouchement assisté : cas du district sanitaire d'Andéramboukane, région de Ménaka (MALI), 2023

Social factors explaining the underutilization of assisted childbirth services: the case of the Andéramboukane health district, Ménaka region (MALI), 2023

I dB Keita*[1], CT Cisse[2], F Camara[3], M Sissoko[4], M Diassana[5], D Simpara[6], M Samake[7], O Toure[8], CAS Togola[9], T Traore[10], A Dembele[4], B Dembele[11], MC Traoré[12], I Bengaly[13], S Tounkara[14], S Tereta[14], AT Coulibaly[15], AM Dembele[16], R Cissé[17]

Résumé

Introduction : Améliorer la santé maternelle est l'une des grandes priorités de notre pays. L'accouchement assisté est la prise en charge des accouchements normaux ou compliqués par un personnel qualifié dans un environnement adéquat avec l'équipement approprié, et l'administration de médicaments à temps. Certaines estimations lui attribuent une réduction de 16 à 33% du taux de décès maternel. Au Mali, 59% des naissances ont bénéficié de l'assistance de personnel qualifié et 55% dans une structure sanitaire, 67%. Le taux d'accouchement assisté dans le district sanitaire d'Andéramboukane a évolué en dent de scie de 2018 à 2020, soit respectivement 21,10%, 39,20% et 33,80%. La présente étude s'inscrit dans la recherche des facteurs associés à la sous fréquentation de l'accouchement assisté en 2022.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale analytique mixte (quantitative et qualitative). Elle s'est déroulée dans le district sanitaire d'Andéramboukane. Elle a concerné un échantillon estimé selon la formule de Schwartz de 272 personnes dont 204 ont été sélectionnées exhaustivement pendant la période de la collecte et 68 par choix raisonné. Le test Khi² de Pearson ou celui exact de Fisher avec un risque alpha de 5% a été utilisé selon les conditions d'application. L'Epi-info, version 7.2.2.6 a servi à l'élaboration du masque de saisie et SPSS version 25 à l'analyse.

Résultats : La prévalence de l'accouchement assisté par le personnel qualifié est de 23%. Les facteurs les plus évoqués par les enquêtées ont été l'éloignement des centres (91%), le mauvais accueil (88%), les valeurs des coutumes et traditions (73%). Les facteurs déterminants de l'accouchement assisté sont les valeurs des coutumes et traditions (p = 0,004), la pauvreté de l'enquêtée (p = 0,012), l'insécurité (p = 0,025), les pratiques familiales (p = 0,029), les valeurs religieuses (p = 0,048).

Conclusion : La faible prévalence de l'accouchement assisté par un personnel qualifié est associée à quatre facteurs sociaux. L'amélioration de ces services nécessite une investigation plus approfondie et appropriée pour la prise de décisions idoines.
Mots-clés : Facteurs sociaux, Accouchement assisté, District.

Abstract

Introduction: Improving maternal health is one of our country's top priorities. Assisted childbirth involves the management of normal or complicated deliveries by qualified personnel in a suitable environment with appropriate equipment and the timely administration of medication. Some estimates attribute a 16% to 33% reduction in the maternal mortality rate to assisted childbirth. In Mali, 59% of births benefited from the assistance of qualified personnel, and 55% of these took place in a health facility, while 67% occurred in a health facility. The assisted childbirth rate in the Andéramboukane health district fluctuated between 2018 and 2020, reaching 21.10%, 39.20%, and 33.80%, respectively. This study aims to identify the factors associated with the underutilization of assisted childbirth services in 2022.

Methodology: This was a mixed-methods analytical cross-sectional study (quantitative and qualitative). It was conducted in the Andéramboukane health district. The sample size, estimated according to Schwartz's formula, was 272 individuals, of whom 204 were exhaustively selected during the data collection period and 68 through purposive selection. Pearson's chi-squared test or Fisher's exact test with an alpha risk of 5% was used, depending on the applicable conditions. Epi-info, version 7.2.2.6, was used to develop the data entry form, and SPSS version 25 was used for the analysis.

Results: The prevalence of childbirth assisted by skilled personnel was 23%. The factors most frequently mentioned by respondents were the distance to health centers (91%), poor reception (88%), and the values of customs and traditions (73%). The determining factors of assisted childbirth are the values of customs and traditions (p = 0.004), the poverty of the respondent (p = 0.012), insecurity (p = 0.025), family practices (p = 0.029), religious values (p = 0.048).

Conclusion: The low prevalence of skilled birth assistance is associated with four social factors. Improving these services requires further investigation and appropriate decision-making.
Keywords: Social factors, Skilled birth assistance, District.

Introduction

Améliorer la santé maternelle est l'une des grandes priorités du pays et de ses partenaires dont l'OMS, l'UNICEF entre autres. C'est d'ailleurs, une des cibles de l'objectif de développement durable, dont l'objectif 3 qui est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes [1]. La majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications [1]. Parmi celles-ci nous pouvons retenir l'accouchement assisté.

Il est fondamental que toutes les naissances aient lieu en présence de professionnels de la santé compétents, car une prise en charge et un traitement rapide peuvent sauver la vie de la mère et de l'enfant [1]. L'accouchement assisté est la prise en charge des accouchements normaux ou compliqués par un personnel qualifié dans un environnement adéquat avec l'équipement approprié, et l'administration de médicaments à temps. Le personnel qualifié se définit selon la déclaration commune de l'UNICEF /l'OMS/ FUNAP/Banque Mondiale 99 par « des personnes ayants des compétences obstétricales (médecin, sage-femme ou infirmier) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux, et diagnostiquer prendre en charge ou transférer des complications obstétricales » [10]. Certaines estimations lui attribuent une réduction de 16 à 33% du taux de décès maternel [15]. Il est

ainsi qualifié d'intervention la plus importante pour sauver la vie des femmes enceintes [16]. Au Mali, 59% des naissances ont bénéficié de l'assistance de personnel qualifié (EDS V) [6], et 55% dans une structure sanitaire (EDS V) [6] et 67% (EDS VI) [7]. La situation sanitaire et particulièrement celle des femmes enceintes, est de plus en plus critique depuis la crise sociopolitique qui sévit dans notre pays depuis 2012. Le taux d'accouchement assisté dans le district sanitaire d'Andéramboukane a évolué en dent de scie de 2018 à 2020, soit respectivement 21,10%, 39,20% et 33,80% [17]. Ces accouchements ont été effectués dans les structures de premier contact et majoritairement assistés par du personnel qualifié avec respectivement 43,22% contre 27,12% ; 37,76% contre 28,69% et 22,9% contre 23,10% non qualifié [17]. De nombreux facteurs ont été identifiés comment étant limitatifs de l'accès des services de santé reproductive. Parmi ceux-ci, sans ordre de supériorité, il est retrouvé la pauvreté ; la distance ; le manque d'informations ; l'inadéquation des services ; les pratiques culturelles [1].Pour améliorer la santé maternelle, il est nécessaire voire capital d'étudier les facteurs sociaux qui expliquent la sous fréquentation des services de santé maternelle en général et de l'accouchement assisté en particulier afin de prendre des mesures idoines pour y remédier au niveau périphérique et opérationnel du système de santé du pays qui est le district sanitaire. Dans un contexte de crise sécuritaire, la présente étude s'inscrit dans cette dynamique dont l'objectif principal est d'étudier les facteurs sociaux associés à la fréquentation des services de l'accouchement assisté. Spécifiquement il s'agissait de :

- Déterminer la prévalence de l'accouchement assisté ;
- Déterminer la proportion des accouchements assistés ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude ;
- Déterminer les facteurs sociaux associés à la fréquentation des services de l'accouchement assisté.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale analytique mixte (quantitative et qualitative). Elle s'est déroulée dans le district sanitaire d'Andéramboukane. Elle a concerné un échantillon estimé selon la formule de Schwartz de 272 personnes dont 204 ont été sélectionnées exhaustivement pendant la période de la collecte et 68 par choix raisonné. Le test Khi² de Pearson ou celui exact de Fisher avec un risque alpha de 5% a été utilisé selon les conditions d'application. L'Epi-info, version 7.2.2.6 a servi à l'élaboration du masque de saisie et SPSS version 25 à l'analyse. Le QDA-Miner a permis l'analyse des données qualitative par l'approche inductive de l'analyse de contenu des verbatims L'étude a bénéficié des accords et autorisations de la direction régionale de la santé, des autorités administratives (gouvernorat, conseil de cercle, mairie).

Résultats

La prévalence de l'accouchement assisté était de 23% (figure n°1). La proportion des accouchements ayant bénéficié d'une assistance de personnel qualifié était de 30% (figure n°2). Le sexe masculin représentait 73% des interviewés (figure 3). L'âge moyen des enquêtées était de 26,53 ± 6,38 ans. L'ethnie haoussa représentait 40% (figure 4). Les enquêtées n'avaient pas un emploi chez 80% (figure 5) et 64% n'avait aucun niveau d'instruction (figure 6). Les femmes au foyer étaient de 54,05% des interviewés (figure 7). Les mariées représentaient 87% des enquêtées (figure 8). Elles dépendaient du mari dans une proportion de 61% (figure 9). La sous fréquentation des services de l'accouchement assisté était associée **aux valeurs des coutumes et traditions** (p = 0,004, Khi² = 10,842, dl =2) (tableau 1). Elles représentent 11,34% des facteurs évoqués lors des interviews, citées 140 fois dans 69 discours dont 58 individuels et 11 focus group (tableau 2). Entretien individuel n° 1, personnel de la santé, participant n°2, 31 ans : « J'ai remarqué que beaucoup de *femmes enceintes accouchent chez*

leurs parents ou chez les beaux-parents. Certaines quittent même les grandes villes pour cela. Ceux sont des choses très importantes ici en milieux nomades. Mêmes des femmes intellectuelles le font. Ce sont sûrement des valeurs sociétales avec des significations importantes. Ces situations amènent souvent des femmes à accoucher à domicile ». Entretien individuel n° 34, ménagère, 41 ans : « *Pour notre ethnie, dès qu'une femme est enceinte, elle part chez ses parents jusqu'à l'accouchement. Pour d'autres, c'est chez les beaux-parents, qu'elle passe sa grossesse. Ils décident de l'accouchement. C'est l'accoucheuse de la famille qui est sollicitée. En cas de difficulté, nous partons au centre de santé* », **la pauvreté de l'enquêtée** (p = 0,012, Khi² = 8,733, dl =2) (tableau I), l'insécurité (p = 0,025, Khi² = 7,364, dl =2) (tableau I), L'insécurité (11,17%), citée 138 fois dans 69 discours dont 58 individuels et 11 focus group (tableau II). Entretien individuel n°12, Ménagère, 20 ans : « *La nuit, les femmes enceintes qui ont des douleurs abdominales ne peuvent pas sortir et aller dans un centre. Elles ne trouvent personne ni un moyen de transport qui accepte d'aller avec elle* ». Entretien focus group n° 2, personnel de la santé, participant n°4, 32 ans : « *Il n'est pas prudent de sortir à une certaine heure de la nuit pour aller faire une prestation au centre* », **les pratiques familiales** (p = 0,029, Khi² = 7,044, dl =2), **les valeurs religieuses** (p = 0,048, Khi² = 6,045, dl =2) (tableau I)

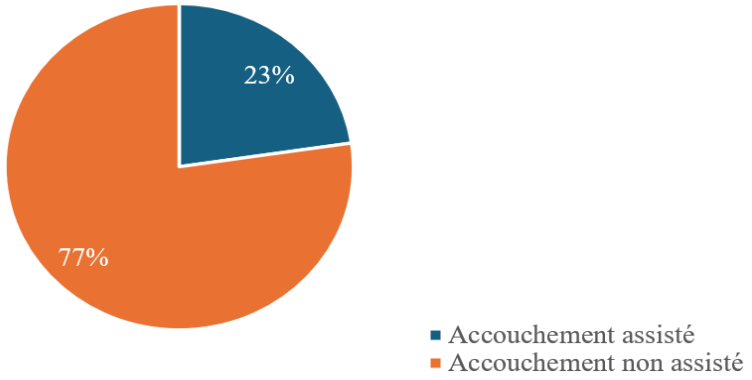

Figure 1 : Prévalence de l'accouchement assisté en 2021.

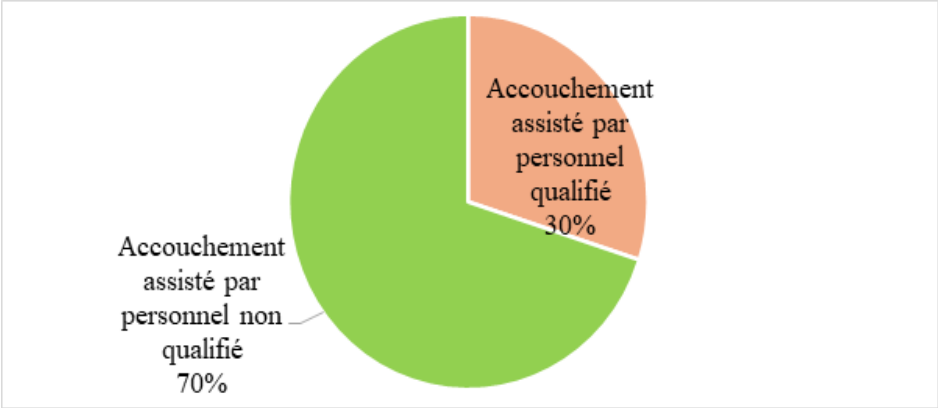

Figure 2 : Proportion de l'accouchement assisté par personnel qualifié en 2021. 30% des accouchements ont été assistés par un personnel qualifié.

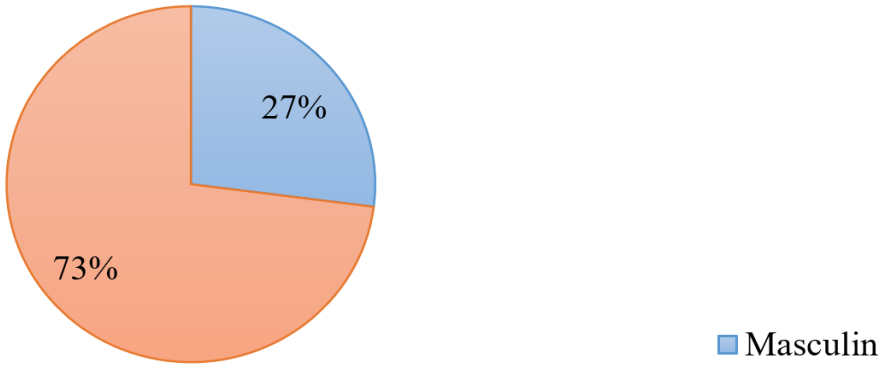

Figure 3 : Répartition selon le sexe des interviewés.

Tableau I : Répartition des facteurs en fonction du nombre d'accouchement au centre

Facteurs		Nombre d'accouchement au centre					
		0	1	2	p	χ^2	df
Manque d'argent/Pauvreté de l'enquêtée	Oui	24	37	5	**0,012**	8,7338	2
	Non	3	28	3			
Pauvreté du mari	Oui	10	30	4	0,680		
	Non	17	35	4			
Pauvreté de la belle-famille	Oui	4	5	1	0,566		
	Non	23	65	7			
Pauvreté de la famille de l'enquêtée	Oui	6	13	4	0,162		
	Non	21	52	4			
Aucun soutien financier	Oui	10	19	1	0,402		
	Non	17	46	7			
Eloignement des centres de santé	Oui	24	61	6	0,193		
	Non	3	4	2			
Inaccessibilité des centres à cause de l'insécurité	Oui	20	29	3	**0,025**	7,364	2
	Non	7	36	5			
Inaccessibilité des centres à cause de l'état des routes	Oui	7	12	2	0,696		
	Non	20	53	6			
Mauvais accueil	Oui	23	58	7	0,861		
	Non	4	7	1			
Mauvaise organisation du centre	Oui	16	24	3	0,136		
	Non	11	41	5			
Indisponibilité du personnel	Oui	22	36	5	0,061		
	Non	5	29	3			
Différence culturelle, linguistique et ethnique avec le personnel	Oui	15	24	5	0,142		
	Non	12	41	3			
Insuffisance d'IEC par le personnel	Oui	6	14	3	0,595		
	Non	21	51	5			
Marginalisation sociopolitique	Oui	2	11	0	0,243		
	Non	25	54	8			
Appartenance ethnique	Oui	17	27	5	0,126		
	Non	10	38	3			
Valeurs des coutumes et traditions	Oui	25	45	3	**0,004**	10,842	2
	Non	2	20	5			
Valeurs des religions	Oui	22	36	4	**0,048**	6,045	2
	Non	5	29	4			
Pratiques familiales	Oui	19	26	4	**0,029**	7,0443	2
	Non	8	39	4			
Accord marital	Oui	3	5	1	0,817		
	Non	24	60	7			
Accord de la famille	Oui	7	27	4	0,285		
	Non	20	38	4			
Accord des beaux parents	Oui	6	23	2	0,429		

Tableau II : Répartition selon les facteurs sociaux évoqués par les interviewés

Facteurs sociaux évoqués	Nombre de citations	%	Nbre discours	Individuel	Focus group
Manque d'argent/Pauvreté de l'enquêté	89	7,21	66	60	6
Pauvreté du mari	48	3,89	23	20	3
Pauvreté de la belle-famille	17	1,38	12	10	2
Pauvreté de la famille de l'enquêté	25	2,02	14	11	3
Aucun soutien financier	36	2,91	23	19	4
Eloignement des centres de santé	101	8,18	69	60	9
Inaccessibilité des centres à cause de l'insécurité	138	11,17	69	58	11
Inaccessibilité des centres à cause de l'état des routes	19	1,54	12	9	3
Mauvais accueil	139	11,26	69	60	9
Mauvaise organisation du centre	41	3,32	26	21	5
Indisponibilité du personnel	62	5,02	49	43	6
Différence culturelle, linguistique et ethnique avec le personnel	48	3,89	23	20	3
Insuffisance d'IEC par le personnel	25	2,02	14	11	3
Marginalisation sociopolitique	12	0,97	8	4	2
Appartenance ethnique	46	3,72	25	22	3
Valeurs des coutumes et traditions	140	11,34	69	58	11
Valeurs des religions	77	6,23	56	49	7
Pratiques familiales	82	6,64	62	54	8
Accord marital	10	0,81	8	6	2
Accord de la famille	44	3,56	28	23	5
Accord des beaux parents	36	2,91	23	19	4
Total	1 235	100			

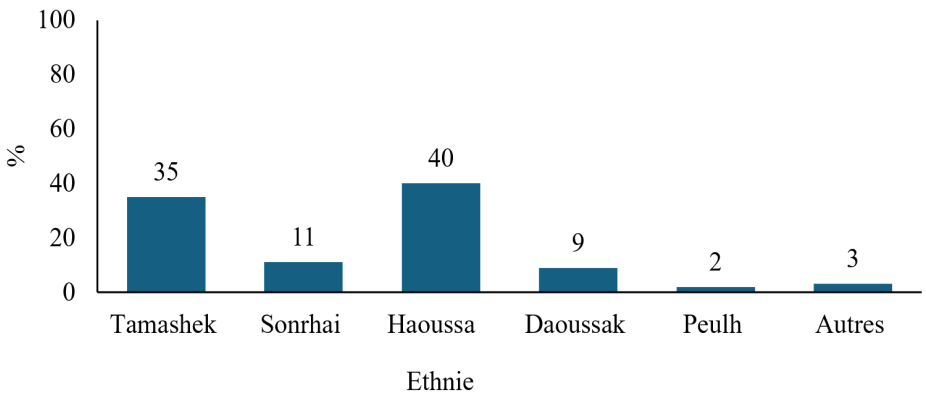

Figure 4 : Répartition selon l'ethnie

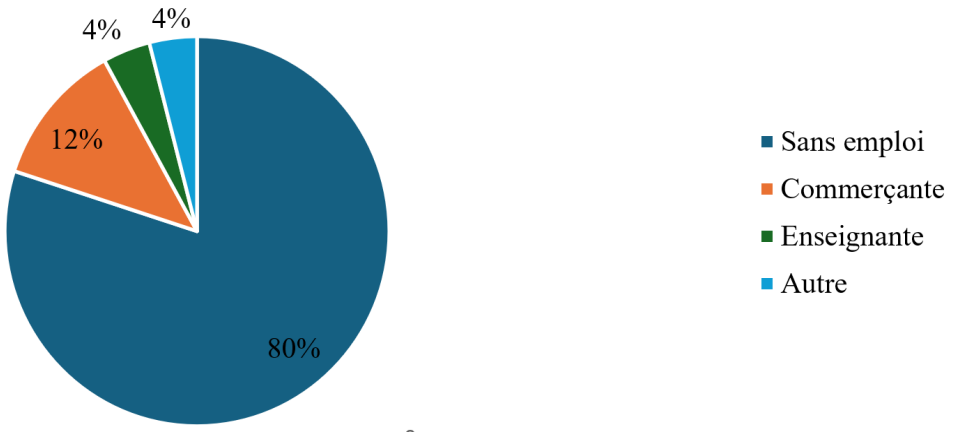

Figure 5 : Répartition selon la profession des enquêtées.

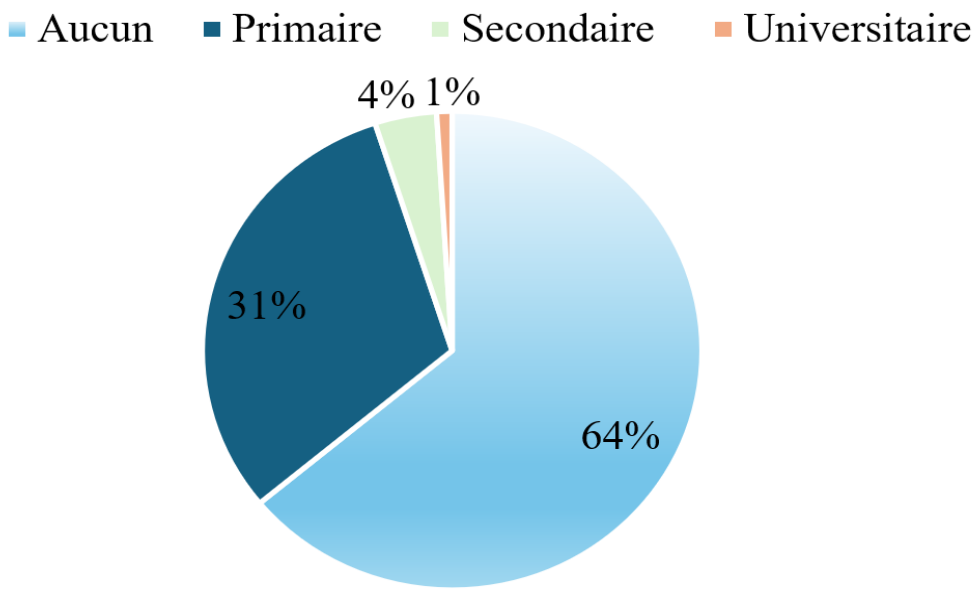

Figure 6 : Répartition selon le niveau d'instruction des enquêtées.
Autres : Aide-ménagère (3), Secrétaire (1).

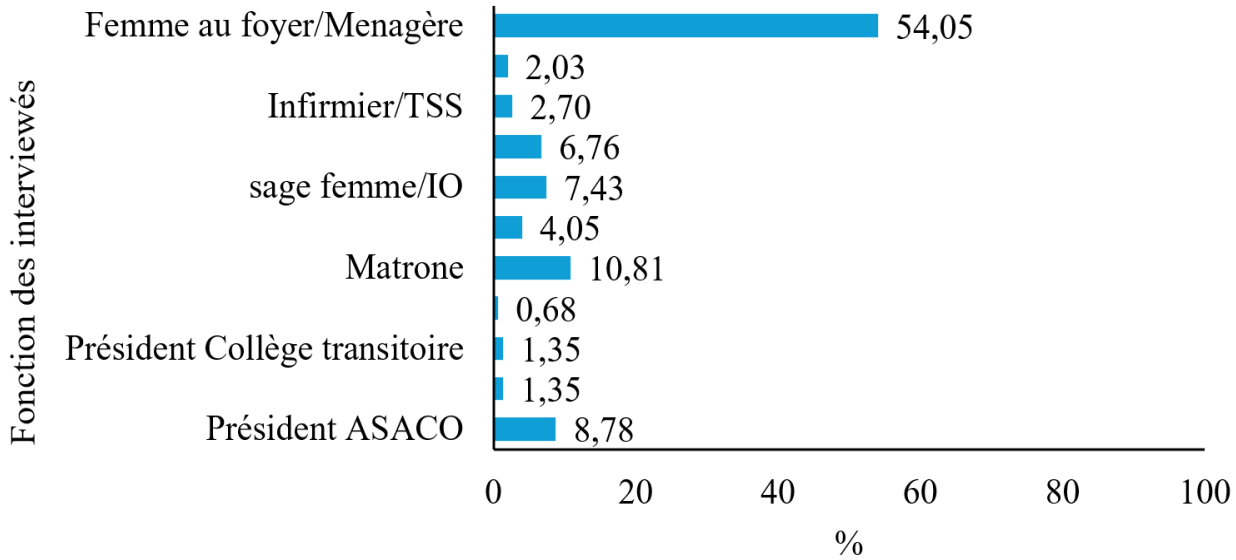

Figure 7 : Répartition selon la fonction des interviewés.

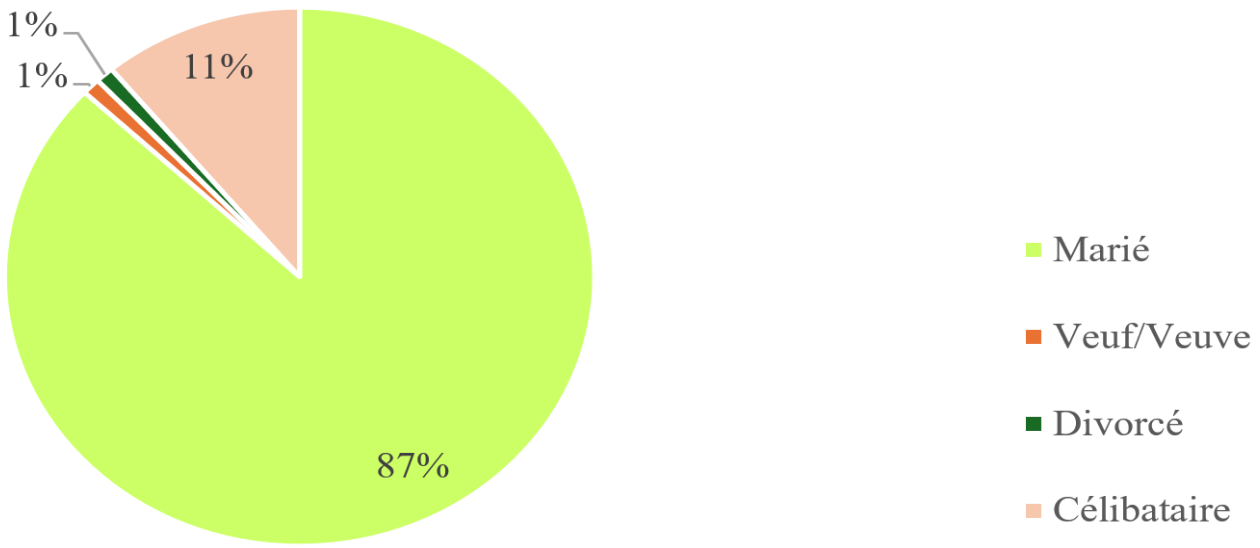

Figure 8 : Répartition selon le statut matrimonial des enquêtées.

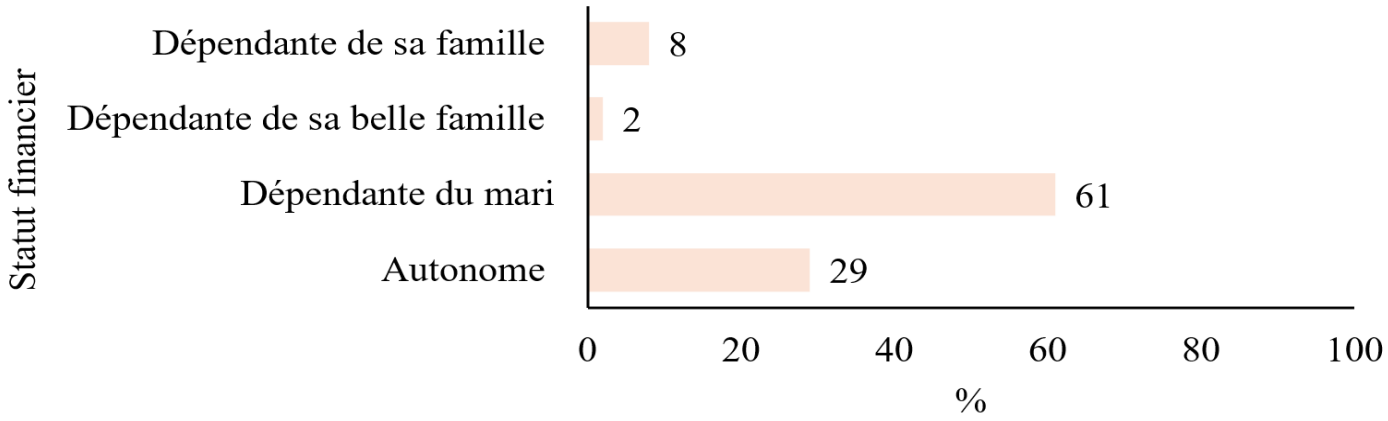

Figure 9 : Répartition selon le statut financier.
Les enquêtées étaient plus dépendantes de leurs maris avec 61%.

Discussion

Notre étude a enregistré une prévalence d'accouchement assisté par personnel qualifié de 23%. Elle est supérieure à celle de Diallo F.B et al. en Guinée avec 20,6% [18].

Notre étude a retrouvé 91% d'éloignement des centres. Cette fréquence est supérieure à celles de Diallo F.B et al pour les quatre zones de la Guinée, 52,38% Basse Guinée, 44,79% Moyenne Guinée, 46,15% Haute Guinée, 36,76% Guinée forestière [18]. Le mode de vie des communautés de la zone d'étude peut expliquer notre fréquence élevée. En effet, elles habitent dans des zones peu denses loin des centres de santé desservant normalement des zones plus denses. La recherche des pâturages et des points d'eau leurs amènent loin des centres de santé qui deviennent peu accessibles. Le mauvais accueil a été évoqué 88%. Diallo F.B et al pour les quatre zones de la Guinée ont trouvé des résultats inférieurs avec 6,80% Basse Guinée, 9,38% Moyenne Guinée, 7,69% Haute Guinée, 13,24% Guinée forestière [18]. Certaines pratiques au niveau des structures sanitaires modernes en contradiction avec les valeurs du milieu

peuvent mieux illustrer cet aspect. Nous pouvons citer entre autres le refus des parents ou d'autres personnes de les accompagner ou de les assister dans la salle d'accouchement (qui n'est pas apprécié), aussi certains gestes, le toucher vaginale, être nue (déshabiller), l'imposition de la position d'accoucher et d'accoucher sur la table. Le personnel sanitaire n'a souvent pas la lecture de ces appréhensions. Pour les coutumes, traditions, notre étude a enregistré 73%. Notre résultat est supérieur à ceux de Diallo F.B et al pour les quatre zones de la Guinée, 4,76% Basse Guinée, 14,58% Moyenne Guinée, 9,62% Haute Guinée, 22,06% Guinée forestière [18]. Notre fréquence élevée pourrait s'expliquer par les valeurs sociétales particulières et enracinées dans les communautés de zone sanitaire. Leur souci de conserver leurs valeurs ancestrales les amènent à aller accoucher chez leurs parents pour certaines ethnies ou chez les beaux-parents pour d'autres. Les frontières établies par la cohabitation entre les différentes ethnies sont difficilement franchies, par exemple le refus de faire l'accouchement par certains sous-groupes de la société même s'ils sont diplômés et très compétents. L'accouchement non assisté par personnel est une pratique familiale courante pour les communautés de la zone d'étude. L'insécurité a beaucoup contribué à l'accouchement non assisté eu égard au résultat obtenu par notre étude. Le même constat a été fait par Ali ag Hamed M [8] qui a trouvé que l'accès aux soins s'est encore dégradé avec le climat d'insécurité qui s'est installé dans le pays (rébellion, terrorisme, instabilité politique, etc.). En effet l'insécurité a entrainé le déplacement massif des populations les amenant loin des structures sanitaires ainsi que la destruction de ces dernières et la mobilité du personnel sanitaire. Tous ceux-ci contribuent à une augmentation des accouchements non assistés.

Conclusion

Note étude a enregistré une faible prévalence de l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Plusieurs facteurs sociaux semblent exercer une influence à degré variable sur la fréquentation des services de santé de l'accouchement assisté.

La qualité des soins dans ces différents aspects a été le facteur le plus évoqué comme facteur entravant l'accouchement des femmes au centre. Elle est suivie de ceux financiers. Les facteurs socioculturels ont été les facteurs les imposants ou contraignants pour l'accouchement des femmes au centre. L'insécurité a été évoquée comme le facteur d'accessibilité géographique ayant plus empêché les femmes à accoucher au centre. La pauvreté des femmes enceintes, l'insécurité, les valeurs des coutumes et traditions, les valeurs religieuses et les pratiques familiales semblent significativement être associées à la sous fréquentation des services de l'accouchement. Elles nécessitent une investigation plus approfondie et appropriée pour une confirmation et la prise de décisions idoines pour l'amélioration des services de l'accouchement assisté.

***Correspondance**

I dB Keita

duboua02@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Décembre 2025

1 : District sanitaire d'Andéramboukane
2 : District sanitaire de Tidermène
3 : District sanitaire du 4ème arrondissement, Hôpital de District
4 : Direction régionale de la santé de Ménaka
5 : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, Service de gynécologie-obstétrique
6 : District sanitaire de Keniéba, Centre de santé de référence
7 : Direction générale de la santé et de l'hygiène publique, Programme national de santé oculaire
8 : District sanitaire d'Oussoubidiagnan, Centre de santé de référence
9 : Direction régionale de la santé de Gao

10 : District sanitaire d'Inekar
11 :Centre de santé communautaire de Mahina
12 : Hôpital dermatologique de Bamako
13 : Institut national de santé publique
14 : District sanitaire de Koro, Centre de santé de référence
15 : Direction régionale de la santé de Kayes
16 : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré
17 : District sanitaire de Ségou, Centre de santé de référence

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] World Health Organization (WHO). Mortalité maternelle. Genève: WHO; 2019 Sep 19.
[2] 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. 2014;2(6):e323-33.
[3] Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016;387(10018):587-603.
[4] Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016;387(10017):462-74.
[5] World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates. Genève: WHO; 2019. Report No.: WHO/RHR/19.23.
[6] Cellule de Planification et de Statistique (CPS), INSTAT, ICF. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDS V). Bamako; 2013.
[7] Cellule de Planification et de Statistique (CPS), INSTAT, ICF. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDS VI). Bamako; 2018.
[8] Ali ag Hamed M. Les déterminants du recours ou non à l'accouchement assisté par les femmes nomades de Gossi au Mali et les stratégies potentielles pour le faciliter [mémoire]. Québec: Université Laval; 2019.
[9] Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet. 2014;384(9940):347-70.
[10] Graham WJ, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Studies in Health Organization & Policy. 2001;18:105-39.
[11] Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. BJOG. 2018;125(8):918-22.
[12] Organisation mondiale de la Santé (OMS). Résultats de l'enquête rapide sur la disponibilité des services de santé au Mali avec l'outil HeRAMS. Genève: OMS; 2016.
[13] United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and trends in child mortality. New York: UNICEF; 2015.
[14] Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000. Lancet Glob Health. 2016;4(2):e98-e108.
[15] Graham WJ, Bell JS, Bullough CH. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence. 2001.
[16] World Health Organization (WHO). Global Health Observatory data repository. Genève: WHO; [cited YYYY Mon DD]. Available from: Global Health Observatory.

[17] Ministère de la Santé du Mali. Annuaires statistiques du système local d'information sanitaire. Bamako; 2018-2020.

[18] Diallo FB, Diallo TS, Sylla M, Onivogui F, Diallo MC, Baldé IS, Diallo MS. Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée. Med Afr Noire. 1999;46(1).

Pour citer cet article :

I dB Keita, CT Cisse, F Camara, M Sissoko, M Diassana, D Simpara et al. Facteurs sociaux expliquant la sous fréquentation des services de l'accouchement assisté : cas du district sanitaire d'Andéramboukane, région de Ménaka (MALI), 2023. Jaccr Africa 2025; 9(4):438-448

https://doi.org/10.70065/2594.jaccrAfri.013L022912