

TABLE DES MATIERES

Sommaire	i
Liste des tableaux	iv
Liste des graphiques et des figures	v
Liste des abréviations.....	vi
Introduction.....	1
Chapitre I: Cadre théorique de l'étude.....	7
I.1-Contexte de l'étude.....	4
I.1.1-Situation du pays	4
I.1.2-Organisation et fonctionnement du système sanitaire	4
I.1.2.1-Organisation administrative.....	4
I.1.2.2-Organisation et fonctionnement des structures de soins	5
I.1.3-Situation sanitaire	5
I.2-Présentation des approches théoriques	6
I.3- Revue de littérature.....	7
I.3.1-Offre de soins de santé	7
I.3.1.1-Qualité des services de santé.....	7
I.3.1.2-accessibilité aux services de santé.....	7
I.3.2-Demande de soins de santé	8
I.3.2.1-Facteurs contextuels et facteurs socioculturels	8
a-Instruction de la femme	8
b-Milieu de socialisation, de résidence de la femme	8
c-Ethnie de la femme	9
d-Religion de la femme.....	9
e-Région de résidence de la femme.....	10
I.3.2.2-Facteurs économiques	10
a-Niveau de vie du ménage	10
b-Activité économique de la femme	10
I.3.2.3-Facteurs sociodémographiques et démographiques	11
a-Parité de la femme	11
b-Age de la mère à l'accouchement.....	11
c-Etat matrimonial de la femme	12
I.4-Cadre conceptuel.....	12
I.4.1-Schéma conceptuel	12
I.4.2-Définition de concepts	13
I.4.4-Schéma d'analyse	14

I.4.3-Hypothèses	16
Chapitre II: Source de données et methodologie.....	43
II.1-Source de données.....	17
II.2-Evaluation de la qualité des données.....	18
II.2.1-Taux de réponse des différentes variables	18
II.2.2-Evaluation de l'âge des mères.....	19
II.2.3-Evaluation de la parité	20
II.2.4-Evaluation de la déclaration des naissances	22
II.3-Méthodes d'analyse	23
Chapitre III:Recherche des facteurs.....	59
III.1-Analyse descriptive.....	26
III.1.1-Association entre les variables socioculturelles, contextuelles et la prise en charge médicale de la grossesse, l'assistance médicale à l'accouchement.....	26
III.1.1.1-Le milieu de socialisation et le milieu de résidence de la femme	26
III.1.1.2-Le niveau d'instruction de la femme et le niveau d'instruction du conjoint.....	26
III.1.1.3-La religion de la femme.....	27
III.1.1.4-La région de résidence de la femme	27
III.1.2- Association entre les variables économiques et la prise en charge médicale de la grossesse, l'assistance médicale à l'accouchement.....	28
III.1.2.1-Activité de la femme et celle du conjoint	28
III.1.2.2-Le niveau de vie du ménage.....	28
III.1.3- Association entre les variables sociodémographiques, démographiques et la prise en charge médicale de la grossesse, l'assistance médicale à l'accouchement	29
III.1.3.1-Le sexe du chef de ménage.....	29
III.1.3.2-La parité de la femme.....	30
III.1.3.3-Le statut matrimonial de la femme	30
III.1.3.4-Âge de la mère à l'accouchement	30
III.1.2- Association entre la prise en charge médicale de la grossesse et l'assistance médicale à l'accouchement.....	31
III.2-Analyse multivariée des facteurs.....	32
III.2.1- Les facteurs de la prise en charge médicale de la grossesse.....	32
III.2.1.1-Les facteurs socioculturels et contextuels	32
a-Le milieu de socialisation et résidence de la femme.....	32
b-L'instruction de la femme	32
c-L'instruction du conjoint	33
d-La religion de la femme	33
e-La région de résidence de la femme	33
III.2.1.2-Les facteurs socio-économiques.....	33
a-L'activité économique du conjoint et de la femme	33
b-Niveau de vie du ménage	34
III.2.1.3-Les facteurs sociodémographiques.....	34

a-La parité de la femme	34
b-Le statut matrimonial de la femme.....	34
III.2.2- Les facteurs de l'assistance médicale à l'accouchement	37
III.2.2.1-Les facteurs socioculturels et contextuels	37
a-Le milieu de socialisation de la femme	37
b-Le milieu de résidence de la femme	37
c-L'instruction de la femme.....	37
d-L'instruction du conjoint.....	38
e-La religion de la femme.....	38
f- La région de résidence de la femme.....	38
III.2.2.2-Les facteurs économiques	38
a-L'activité économique du conjoint et de la femme	38
b-Le niveau de vie du ménage.....	39
III.2.2.3-Les facteurs sociodémographiques et démographiques	39
a- <i>La parité de la femme</i>	39
b-L'âge à l'accouchement de la mère.....	39
III.2.2.4- Prise en charge médicale de la grossesse	39
Conclusion partielle	40
III.3- Discussion.....	41
III.3.1- Les facteurs socioculturels et contextuels.....	41
III.3.1.1-Le milieu de socialisation	41
III.3.1.2-Le milieu de résidence	41
III.3.1.3-L'instruction de la femme.....	42
III.3.1.4-L'instruction du conjoint	42
III.3.1.5-La religion de la femme.....	42
III.3.1.6-La région de résidence de la femme	43
III.3.2-Les facteurs économiques	43
III.3.2.1-L'activité économique du conjoint	43
III.3.2.2-L'activité économique de la femme.....	43
III.3.2.3-Le niveau de vie du ménage.....	44
III.3.3-Les facteurs démographiques et sociodémographiques	44
III.3.3.1-Le sexe du chef de ménage	44
III.3.3.2-La parité de la femme.....	44
III.3.3.3-Le statut matrimonial de la femme	44
III.3.3.4-L'âge à l'accouchement de la mère	44
Conclusion.....	94
Bibliographie.....	99
Annexe.....	II

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.1 : Situation des formations sanitaires en décembre 2004.....	5
Tableau II.1 : Répartition des échantillon selon le milieu de résidence	17
Tableau II.2 : Taux de réponse des différentes variables	18
Tableau II.3 : Indice de Whipple	19
Tableau II.4 : Indice de Myers à tous les âges	19
Tableau II.5 : Parité moyenne, effectifs des femmes de 15-49 ans et des enfants nés.....	20
Tableau II.6 : effectif des naissances et rapport de masculinité selon les cinq dernières.....	22
Tableau III.1 : Proportion de la prise en charge médicale de la grossesse et de assistance médicale à l'accouchement selon les variables socioculturelles et contextuelles.....	27
Tableau III.3 : Proportion de la prise en charge médicale de la grossesse et de assistance médicale à l'accouchement selon les variables sociodémographiques et démographiques.....	30
Tableau III.5 : Rapport de chance de la prise en charge médicale de la grossesse selon l'ensemble des caractéristiques	34
Tableau III.6 : Rapport de chance de la prise en charge médicale de la grossesse selon l'ensemble des caractéristiques	36
Tableau III.7 : Rapport de chance de l'assistance médicale à l'accouchement selon l'ensemble des caractéristiques	39
Tableau A.1 : Rapport de chance du contact avec le système sanitaire moderne et du	II
Tableau A.2 : Répartition des effectifs et des proportions de femmes selon les modalités des différentes variables	III
Tableau A.3 : Contribution de chaque variable à la prise en charge médicale de la grossesse	IV
Tableau A.4 : Contribution de chaque variable à l'assistance médicale à l'accouchement.....	V
Tableau A.5 : Contribution de chaque catégorie de variables à la prise en charge médicale de la grossesse	V
Tableau A.6 : Contribution de chaque catégorie de variables à l'assistance médicale à l'accouchement.....	V
Tableau A.7 : Evolution des cas de tétanos néonatal entre 1990 et 1999 au Burkina Faso	VI

LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES

Figure I.1 : Schéma conceptuel des facteurs du comportement maternel.....	13
Figure I.2 : Schéma d'analyse des facteurs du comportement maternel.....	15
Graphique II-1 : Répartition des femmes de 15-49 ans par âges.....	19
Graphique II-2 : Parité moyenne des femmes de 15-49 ans par groupe d'âge	21
Graphique II-4; Répartition des rapports de masculinité (%) par année	23

LISTE DES ABREVIATIONS

CHN: Centre hospitalier national

CHR: Centre hospitalier régional

CM: Centre médical

CMA: Centre médical avec antenne chirurgicale

CSLP : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

DHS : Démographic and Health Surveys

ECD : Équipe Cadre de District

EDSBF-I : Première enquête démographique et de santé du Burkina Faso

EDSBF-II: Deuxième enquête démographique et de santé du Burkina Faso

EDSBF-III: Troisième enquête démographique et de santé du Burkina Faso

IDH : Indice de développement humain

IEC : Information, éducation et communication

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

MSP : Ministère de la Santé Publique du Burkina Faso

PSP: Poste de santé primaire

RGPH: Recensement général de la population et de l'habitat

SMI: Santé maternelle et infantile

TNN: Tétanos néo-natal

VAT: Vaccin antitétanique

INTRODUCTION

L'Afrique n'est pas seulement la région du monde où les risques liés à la grossesse et à l'accouchement sont les plus élevés, elle est aussi la région du monde où les femmes ont le moins recours aux services obstétricaux déployés pour faire face aux problèmes de santé liés à la maternité (Beninguissé, 2001). Selon l'enquête démographique et de santé qui a eu lieu à Madagascar en 1992, seulement 13% des femmes en milieu rural avaient accès aux établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile dans un rayon de un km.

La Conférence internationale sur la Maternité sans risque tenue à Nairobi (1987), la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994), la 4^e Conférence mondiale sur les femmes de Beijing (1995) et la Consultation technique sur la Maternité sans Risque à Colombo (1997) ont permis d'attirer l'attention de la communauté internationale sur la nécessité d'intensifier les mesures prises pour réduire de moitié la mortalité maternelle conformément à l'objectif fixé lors du Sommet mondial pour les enfants (New York, 1990) et de trois quarts entre 1990 et 2015 comme prévu lors du Sommet du Millénaire (New York, 2000) précisément dans l'objectif cinq des Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'un des meilleurs investissements que puisse faire un pays soucieux de concourir dans l'économie mondiale, dans laquelle le capital humain revêt une importance capitale, consiste à assurer de bonnes conditions de développement de la petite enfance et donc de la mère.

Selon l'OMS, le Burkina Faso occupe le 162^{ième} rang en terme d'état de santé parmi les 191 Etats qui ont fait l'objet du classement en 2000 (www.sante.gov.bf). La mortalité générale et maternelle y est respectivement de 15,2 ‰ et 484 pour 100 000 naissances vivantes (www.sante.gov.bf). La mortalité maternelle y était estimée en 1985 à 610 pour 100 000 naissances vivantes. Selon les statistiques de la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé, le taux de mortalité maternel était de 453 pour 100 000 naissances vivantes en 1988, de 231 pour 100 000 naissances vivantes en 1991 et de 675 naissances pour 100 000 naissances vivantes en 1997 (www.sante.gov.bf).

Le Burkina Faso apparaît donc comme un pays faisant partie des pays à fort taux de mortalité maternelle. En dépit des progrès de la technologie, la situation des femmes en période de grossesse reste donc préoccupante du fait qu'elles soient en position de risque élevé de décéder soit durant la grossesse, soit lors de l'accouchement ou en suites de couches. Cette situation peu reluisante a amené le Burkina Faso à élaborer un plan stratégique de

maternité à moindre risque pour 2004-2008. L'un des recours souvent proposé pour la réussite de telles stratégies en dehors de l'accroissement de l'offre sanitaire, est la stratégie d'IEC (Information, éducation et communication). Cependant toute stratégie d'IEC n'est possible que si on détermine les facteurs expliquant le comportement des mères pendant la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement.

Nous avons donc décidé de nous intéresser aux facteurs contextuels, socioculturels, économiques et démographiques pouvant expliquer les comportements des mères en matière de soins prénataux et d'assistance à l'accouchement. Cela va donc nous emmener à nous intéresser ***aux facteurs de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement au Burkina Faso***. Comment les facteurs relatifs à l'accessibilité et à la qualité des soins interagissent-elles avec les caractéristiques individuelles des femmes et celles de leur ménage dans l'explication de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement ?

Cette étude présente un intérêt politique dans la mesure où la connaissance des facteurs de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement permettra non seulement aux décideurs de mettre en œuvre de meilleurs programmes pour améliorer, promouvoir la santé de la mère, mais aussi aux bailleurs de fond d'être convaincu de la nécessité d'investissements sociaux, économiques et culturels bien ciblés en matière de politique de population.

La fréquentation des services de santé maternelle pour les soins préventifs est au moins abordée sous deux approches différentes mais complémentaires dans la littérature : il s'agit de la fréquentation des services de santé maternelle comme déterminant de la mortalité des enfants et des facteurs déterminants de la fréquentation des services de santé maternelle. C'est la seconde approche qui sera le cadre de notre étude. Il s'agira de:

- Estimer le niveau de fréquentation des services de santé maternelle concernant la grossesse et l'accouchement c'est-à-dire, décrire les comportements des femmes relatifs à la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement en fonction de leurs caractéristiques socioculturelles, contextuelles, démographiques, sociodémographiques et économiques ;
- dégager les facteurs de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'assistance médicale à l'accouchement ;

Ce travail s'articule autour de trois chapitres. Le premier chapitre présente la synthèse de la littérature qui traite de façon générale des facteurs de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement, et plus spécifiquement en Afrique et au Burkina Faso. Il comporte également le cadre théorique et le contexte de l'étude. Le chapitre deux quant à lui traite de la méthodologie, c'est-à-dire la présentation et l'évaluation des données (avantages et limites), mais aussi les méthodes d'analyse qui seront utilisées. Enfin le chapitre trois présentera les différents résultats de l'analyse descriptive et explicative.

Chapitre I: **CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

« Dès que la causalité cesse d'être unique, ce qui est pratiquement toujours le cas, les causes potentielles se bousculent au portillon de l'explication sans qu'un ordonnancement soit évident ou même toujours possible »
(Loriaux et Reny, cités par Zourkhaléini, 1997).

I.1-Contexte de l'étude

I.1.1-Situation du pays

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH, 2006), le Burkina Faso compte 13.730.258 habitants résidants en 2006, contre 10.312.609 habitants résidants en 1996 et 7.964.705 habitants résidants en 1985.

Les populations n'ont pas les mêmes chances d'accès aux différents centres de santé selon leur région de résidence. En effet si le Centre a le plus grand nombre de formations sanitaires (299) en 2004, le Sahel lui a le plus faible nombre (71).

I.1.2-Organisation et fonctionnement du système sanitaire¹

I.1.2.1-Organisation administrative

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois (3) niveaux :

Le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général.

Le niveau intermédiaire qui comprend les Directions Régionales de la Santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires.

Le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

¹ Source MSP

I.1.2.2-Organisation et fonctionnement des structures de soins

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau est constitué par le district sanitaire qui comprend deux échelons :

Le premier échelon de soins est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), structure de base du système de santé ;

Le deuxième échelon de soins du district est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Certains districts sanitaires sont centrés sur des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

Le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA.

Le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier National (CHN) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

I.1.3-Situation sanitaire

Il y a une inégale répartition des infrastructures sanitaires.

Tableau I.1 : Situation des formations sanitaires en décembre 2004

Régions sanitaires	CSPS	Dispensaire et maternité	Centres médicaux ²	CHR et CHN	Formations sanitaires non publiques ³	Total
Cascades	62	0	2	1	11	76
Boucle du Mouhoun	132	0	9	1	14	156
Centre-Est	87	3	6	1	10	107
Centre-Nord	86	1	6	1	6	100
Centre-Sud	74	1	4	0	3	82
Centre	66	23	13	2	195	299
Centre-Ouest	108	13	6	0	19	146
Est	81	5	4	1	13	104
Haut bassins	125	1	5	2	80	213
Nord	119	29	7	1	9	165
Plateau central	76	5	3	0	3	87
Sahel	59	4	5	1	2	71
Sud-Ouest	63	1	6	1	8	79
National	1138	86	76	12	373	1685

Source : Ministère de la santé publique du Burkina Faso

² Y compris les centres médicaux avec antenne chirurgicale

³ Privées, confessionnelles, parapubliques et de l'armée

En 1999 seulement entre 50 et 79% de la population avait accès à tout moment et à un coût abordable aux médicaments essentiels (PNUD, 2004). En 1993, 43,2% des services de santé maternel et infantiles se trouvaient dans les SMI (santé maternel et infantile), 2,4% dans les hôpitaux publics et seulement 1,1% dans les centres médicaux publics plus proches des populations (EDSBF-I, 1993). Durant la période 1998-2003, environ 73 % des dernières naissances des mères ont fait l'objet d'une consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé contre près de 26 % qui n'ont fait l'objet d'aucune consultation (EDSBF, 2003). On constate donc une augmentation de la proportion des consultations par rapport à la période 1993-1998, où le taux était de 61 % (51 % pour les sages-femmes et infirmières). Entre 1993 et 1998, 61 % des femmes ont effectué au moins une visite et 56 % au moins deux visites prénatales. Faire au moins une visite prénatale ne suffit pas à assurer une bonne santé à la mère et au fœtus. En 2003, près de 27 % des mères ont effectué leur première visite prénatale selon les normes.

Les vaccinations durant la grossesse ont essentiellement pour but de prévenir le tétanos néonatal qui est une cause de décès importante chez les nouveau-nés dans les pays en voie de développement. Au Burkina Faso le ministère de la santé recommande au moins l'administration de deux doses de VAT aux femmes enceintes. En 2003, elles étaient 35% soit environ une naissance sur 3 à n'avoir reçu aucune dose (EDSBF-III, 2003). Le fait que les taux liés au tétanos soient inférieurs à ceux liés aux consultations prénatales peut laisser penser que les vaccins n'ont pas toujours été administrés lors des consultations prénatales.

Au même titre que le suivi prénatal, l'assistance à l'accouchement ainsi que les soins prodigués durant ce moment sont déterminants pour la survie de la mère. Malheureusement seulement 31 % des accouchements ont été assistés par un personnel de santé qualifié durant la période 1998-2003 (PNUD, 2004).

I.2-Présentation des approches théoriques

Nous avons identifié trois types d'approches dans la littérature. La première est *médicale* et met en exergue les mécanismes biologiques et médicaux affectant la santé des femmes durant la grossesse et l'accouchement. La deuxième approche est *institutionnelle* et met l'accent sur l'offre des services sanitaires. Enfin, la troisième approche est basée sur la demande des soins et replace la santé dans son contexte socioculturel et socio-économique. C'est l'approche *sociologique*. Notre étude sera essentiellement basée sur l'approche institutionnelle et l'approche sociologique.

I.3- Revue de littérature

I.3.1-Offre de soins de santé

I.3.1.1-Qualité des services de santé

La qualité des services offerts est tributaire de la disponibilité du matériel médical et de la compétence du personnel médical. La disponibilité des médicaments et du matériel technique, les attitudes des professionnels de santé et les coûts d'utilisation sont trois éléments fondamentaux qui traduisent aux yeux des populations la qualité des services sanitaires. Les relations interpersonnelles traduisent l'aspect humain des services offerts et l'appréciation des bénéficiaires au travers de l'accueil des clientes, de la durée de la consultation et de la satisfaction des clientes par rapport aux services et soins reçus.

I.3.1.2-accessibilité aux services de santé

L'insuffisance quantitative et qualitative de l'offre de santé en Afrique sub-saharienne est souvent citée comme cause de la sous-utilisation des services de santé maternels. L'utilisation des services de santé est un aspect clé du processus de santé (Canovas, 1994). Elle passe par la prise de décision du malade et la disponibilité du service ou/et du traitement. Les tarifs appliqués dans les centres de santé sont susceptibles de réduire et même d'anéantir toute tentative de fréquentation des services obstétricaux de la part de certaines femmes.

Les objectifs que l'Etat s'est fixés portent sur l'opérationnalisation des districts sanitaires dont le principe de base est l'amélioration de la santé de la mère avec sous-objectifs, l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé. Selon l'OMS (1996), *«le fait que les services de santé maternelle soient payants freine leur utilisation et empêche des millions de femmes d'accoucher à l'hôpital ou de se faire soigner même en cas de complications même lorsque officiellement les tarifs sont peu élevés ou les services gratuits, il peut y avoir des redevances "officieuses" ou dessous de table ou encore d'autres dépenses qui empêchent que les femmes utilisent les services. Ce peut être notamment le coût du transport, des médicaments ainsi que de la nourriture et du logement de la femme ou des parents qui s'occupent d'elle à l'hôpital.»*

L'accessibilité peut se traduire aussi par les caractéristiques du personnel sanitaire c'est-à-dire sa capacité d'accueil et de communication avec la femme. A ce propos des études (Jaffre et Prual, 1993) ont montré que l'accueil et le traitement accordés aux usagers des services de santé dépendent de leur statut social. Par exemple, l'accoucheuse doit être d'un

certain âge ou de sexe féminin pour rassurer la parturiente. Pour certaines femmes, accoucher en présence d'une personne moins âgée qu'elles ou de sexe masculin est synonyme d'impudicité.

I.3.2-Demande de soins de santé

I.3.2.1-Facteurs contextuels et facteurs socioculturels

a- Instruction de la femme

Les femmes instruites ont une meilleure capacité à utiliser les moyens sanitaires disponibles et de s'intégrer au monde moderne en général, à la fois parce qu'elles connaissent mieux ce qui existe et parce qu'elles ont la capacité de mobiliser une attention préférentielle du personnel soignant⁴. Une mère ayant un niveau d'instruction élevé peut accéder à un emploi rémunéré et même à un certain statut social lui permettant de subvenir aux besoins sanitaires de sa grossesse. Les femmes n'effectuant aucune visite prénatale en général sont celles qui n'ont aucun niveau ou qui ont uniquement le niveau primaire (Garssen, 1984)⁵. Cependant le niveau d'instruction du conjoint peut combler l'écart entre une femme instruite et une femme non instruite lorsque celui-ci épouse une femme non instruite, dans la compréhension de l'intérêt de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement. Il est donc important qu'au moins un des deux conjoints soit instruit.

b- Milieu de socialisation et de résidence de la femme

Le milieu de socialisation pendant l'enfance est ce milieu dans lequel l'individu dès sa naissance fait ses premiers pas et peut à ce titre modeler ou façonner ses manières de penser, d'agir et de surcroît ses perceptions vis-à-vis des soins préventifs. Le milieu de socialisation construit et façonne la manière de penser. Les femmes socialisées dans les grandes villes ont plus de chances que celles socialisées en milieu rural d'effectuer au moins une consultation prénatale au Togo (Tollégbé, 2004). Durant la période 93-98, 43 % des naissances n'ont fait l'objet d'aucune consultation prénatale en milieu rural alors que ce taux était de 3 % en milieu urbain au Burkina Faso (EDSBF-II, 2000). L'avantage du milieu urbain vient du fait que la plupart des infrastructures sanitaires y sont concentrées.

⁴ Orubuloye et Caldwell cités par Cantrell et Locoh

⁵ Cité par Canovas (1994)

C'est donc le lieu de conclure que si la femme n'est pas prédisposée à demander des services obstétricaux, même si l'environnement dans lequel elle vit lui offre toutes les meilleures facilités possibles, elle ne manifesterait pas sa demande.

c- Ethnie de la femme

Dans presque toutes les ethnies surtout africaines, il y a des interdits sanitaires et nutritionnels pour les femmes enceintes. Au Cameroun dans certaines ethnies, les femmes enceintes observaient des interdits, des prescriptions alimentaires et comportementales, accouchaient à domicile, souvent à même le sol, seules ou avec l'aide d'une matrone ou d'une parente (Béninguissé, 2001). Oliveira de Susa (1995) quand à lui note que chez les Biyago en Guinée-Bissau, les femmes accouchaient à la maison, assistées de leurs parents en position semi-assise ou accroupie. Les fausses couches et problèmes de grossesse sont la plupart du temps attribués à l'œuvre d'esprits malsains.

Dans les sociétés africaines la responsabilité sanitaire et nutritionnelle en particulier celle des enfants incombe à la mère. Il arrive que la famille n'accueille pas favorablement les femmes qui se plaignent de symptômes liés à la grossesse (OMS, 1993). Pour cela ces femmes évitent de se rendre dans un centre de santé pour la prise en charge médicale de leur grossesse de peur de subir la furie de la famille.

d- Religion de la femme

Une religion est un système de croyance qui véhicule un modèle culturel auprès de ses adeptes ou de ses disciples. C'est une variable à relativiser dans la mesure où elle est sujette à des mutations dues aux influences extérieures, susceptibles d'y intégrer de nouvelles valeurs comportementales.

L'effet de la religion se révèle surtout à travers certains facteurs comme l'instruction. Par exemple le christianisme est perçu comme une marque de modernité parce qu'étant la religion des occidentaux. Pour la plupart des auteurs, la religion chrétienne favorise le recours à la médecine moderne (Akoto et al, 2002). Cette religion est entrée en Afrique par le biais de la colonisation dont l'un des objectifs dans certains cas était l'assimilation des populations locales. Ce qui a eu pour conséquence la confusion entre culture occidentale et religion chrétienne dans la mesure où les premiers colons étaient des missionnaires. C'est ainsi qu'on

pense qu'une femme pratiquant la religion chrétienne aura un comportement en terme de soins préventifs identique à celui d'une femme de l'Occident.

e- Région de résidence de la femme

C'est une variable importante dans l'étude de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement à partir du moment où les différentes régions de résidence d'un pays diffèrent en terme d'infrastructure sanitaire, scolaire, bref de développement à tous les niveaux.

I.3.2.2-Facteurs économiques

a- Niveau de vie du ménage

La pauvreté est essentiellement un état qui rend les individus incapables de satisfaire leurs besoins, de réaliser leurs aspirations, et de participer pleinement à la vie en société. Pour Akoto et al. (2002), le constat qui se dégage clairement c'est que le recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication est dicté principalement par les considérations financières et dans une moindre mesure par les croyances étiologiques relatives aux origines et symptômes de la maladie.

Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) au Burkina Faso élaboré en 2000 garantit la gratuité de la consultation prénatale pour les populations défavorisées. Malgré cela, l'accès aux services de santé demeure difficile pour les familles à bas revenus à partir du moment où il faudra qu'elles prennent en charge les frais de prescription qui pourraient résulter d'une consultation. En effet, selon l'OMS (1996), « le fait que les services de santé maternelle et infantile soient payants freine leur utilisation et empêche des millions de femmes d'accoucher à l'hôpital ou de se faire soigner en cas de complications. ».

b- Activité économique de la femme

La prise en compte de l'activité économique de la mère s'explique par le fait qu'il faut du temps à la mère pour les visites prénatales (suivi de la grossesse et de l'accouchement) dans un centre de santé. Celles qui travaillent dans le secteur formel peuvent facilement obtenir une autorisation d'absence pour raison de santé. Des allocations et congés sont donc offerts aux femmes travaillant dans le secteur formel vers la fin de leur grossesse et donc à

l'accouchement pour leur permettre de mieux s'occuper de cette grossesse surtout au niveau de l'accouchement. Dans les zones rurales, les femmes continuent de vaquer à leurs occupations surtout aux travaux champêtres jusqu'à leurs accouchements.

I.3.2.3-Facteurs sociodémographiques et démographiques

a- Parité de la femme

La parité permet de vérifier le fait que les femmes qui ne sont pas à leur première grossesse ont des comportements adéquats vu leur expérience en terme de nombre de grossesses. Celles qui ont eu des difficultés dans le passé pourraient plus utiliser les services de santé. Selon Beninguissé (2001) la fréquentation des services de santé préventive diminue au fur et à mesure que le nombre antérieur de grossesses augmente. De manière générale, les soins offerts aux parturientes varient selon le rang de la grossesse du fait de l'expérience acquise par la mère sur les grossesses antérieures.

b- Age de la mère à l'accouchement

L'âge est l'un des déterminants classiques des comportements humains. Son influence sur le recours aux soins obstétricaux a été notamment mise en évidence dans les travaux de Zoungrana (1993), Saladiakanda (1999), Beninguisse (2001), Rakotondrabé (2001), (pour ne citer que ceux-là). En effet, pour Beninguisse (2001), « partout où les inégalités sont importantes, à la maternité tardive (plus de 34 ans) et surtout précoce (moins de 20 ans), est associée une propension plus faible à recourir aux services obstétricaux et à respecter les règles de prévention. » D'après Rakotondrabe (2001) « le risque pour une femme de ne pas se faire consulter pendant la période de grossesse est réduit de moitié lorsqu'elle est âgée d'au moins 35 ans ». Pour F. Saladiakanda (1999), « les femmes jeunes sont plus susceptibles de recourir aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum que les femmes âgées, ceci en raison du faible poids des valeurs traditionnelles plus pesantes sur ces dernières ». Pour Zoungrana (1993), les jeunes femmes (moins de 20 ans) et celles plus âgées (plus de 35 ans), ont tendance à recevoir des soins prénataux inadéquats.

c- Etat matrimonial de la femme

Dans une étude menée au Mali, on note que l'influence de l'état matrimonial est très marquée pendant la grossesse et s'estompe après la naissance de l'enfant. Il apparaît que le célibat est associé à des comportements moins favorables à la santé de la grossesse que la monogamie. En effet Baya (1996) pense que les mères non mariées auront de faibles chances de se rendre au moins une fois en consultation prénatale et même si elle a lieu, les chances qu'elle ait lieu au cours des quatre premiers mois est faible.

Cette revue de la littérature nous a permis de dégager deux types de facteurs ; les facteurs prédisposant (ou liés à la demande) et les facteurs facilitant (ou liés à l'offre).

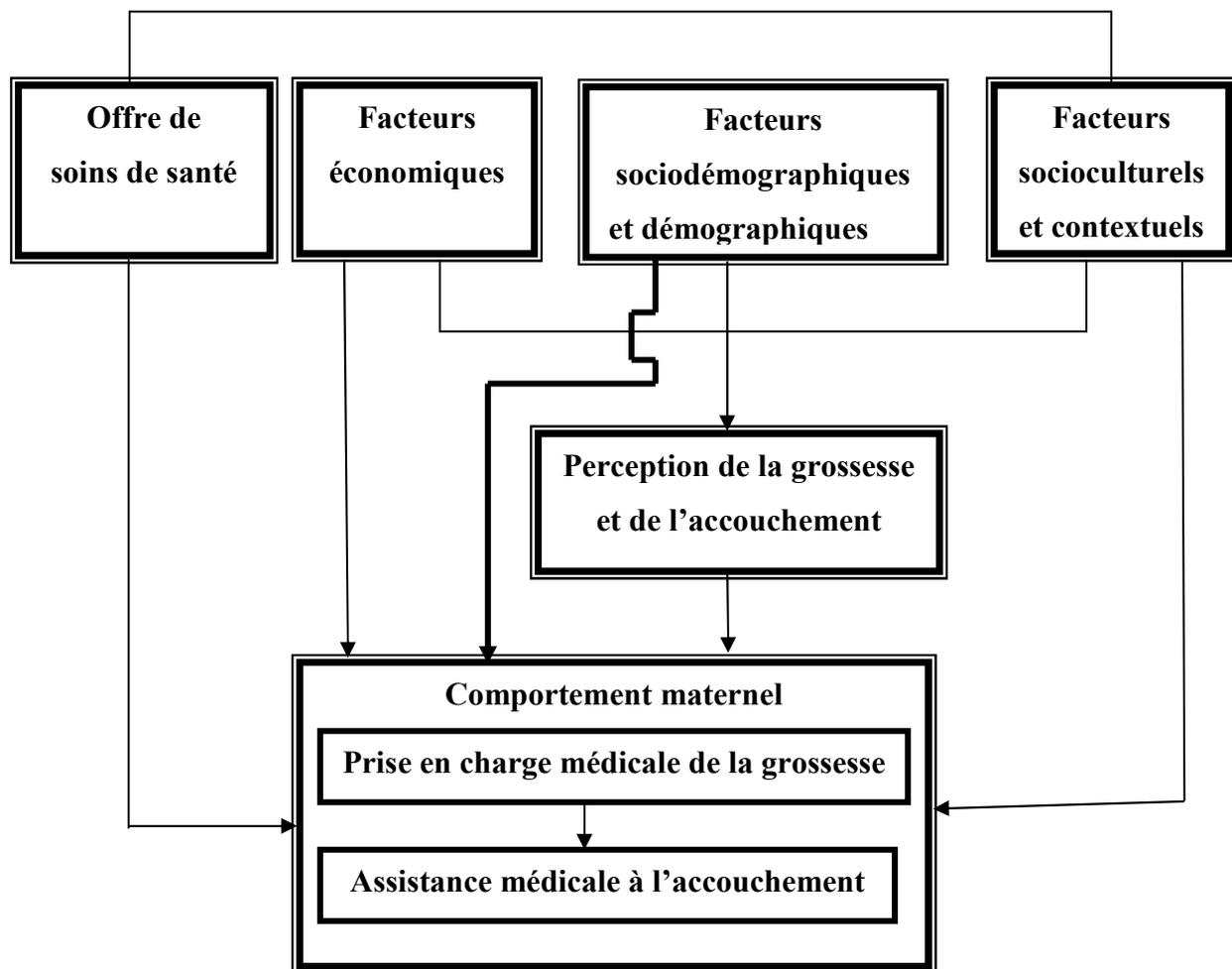
I.4-Cadre conceptuel

I.4.1-Schéma conceptuel

Ce cadre conceptuel permettra de résumer et de comprendre le mécanisme à la base de la santé des mères et par conséquent l'influence sur la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement. *Beninguisse (2001) recommande une approche intégrée offre-demande qui tient compte à la fois des facteurs relatifs à l'offre et ceux concernant la demande afin de mieux expliquer le phénomène et ne pas tomber dans une explication partielle voire parcellaire du phénomène.*

Pour cette étude le modèle de Zoungrana a retenu notre attention du fait qu'il est simple, qu'il intègre plusieurs facteurs et accorde une importance aux comportements en matière de soins préventifs. Nous lui associerons le modèle d'Andersen et de Mosley et Schen.

Figure I.1 : Schéma conceptuel des facteurs du comportement maternel



I.4.2-Définition de concepts

- *La prise en charge médicale de la grossesse* est le fait d'avoir effectué ou non les soins relatif aux consultations prénatales, à savoir le nombre de visites prénatales, la date de la première visite prénatale et la vaccination antitétanique.
- *L'assistance médicale à l'accouchement* est le fait d'avoir accouché en présence ou non d'un professionnel de santé.
- *Le comportement maternel* est l'attitude de la mère vis-à-vis des soins préventifs. Il est constitué de l'ensemble des interactions entre la mère et le système de santé en vue d'obtenir des soins préventifs. C'est la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement.
- *L'instruction de la femme et celle de son conjoint* sera appréhendé par le dernier cycle scolaire suivi par ces derniers.

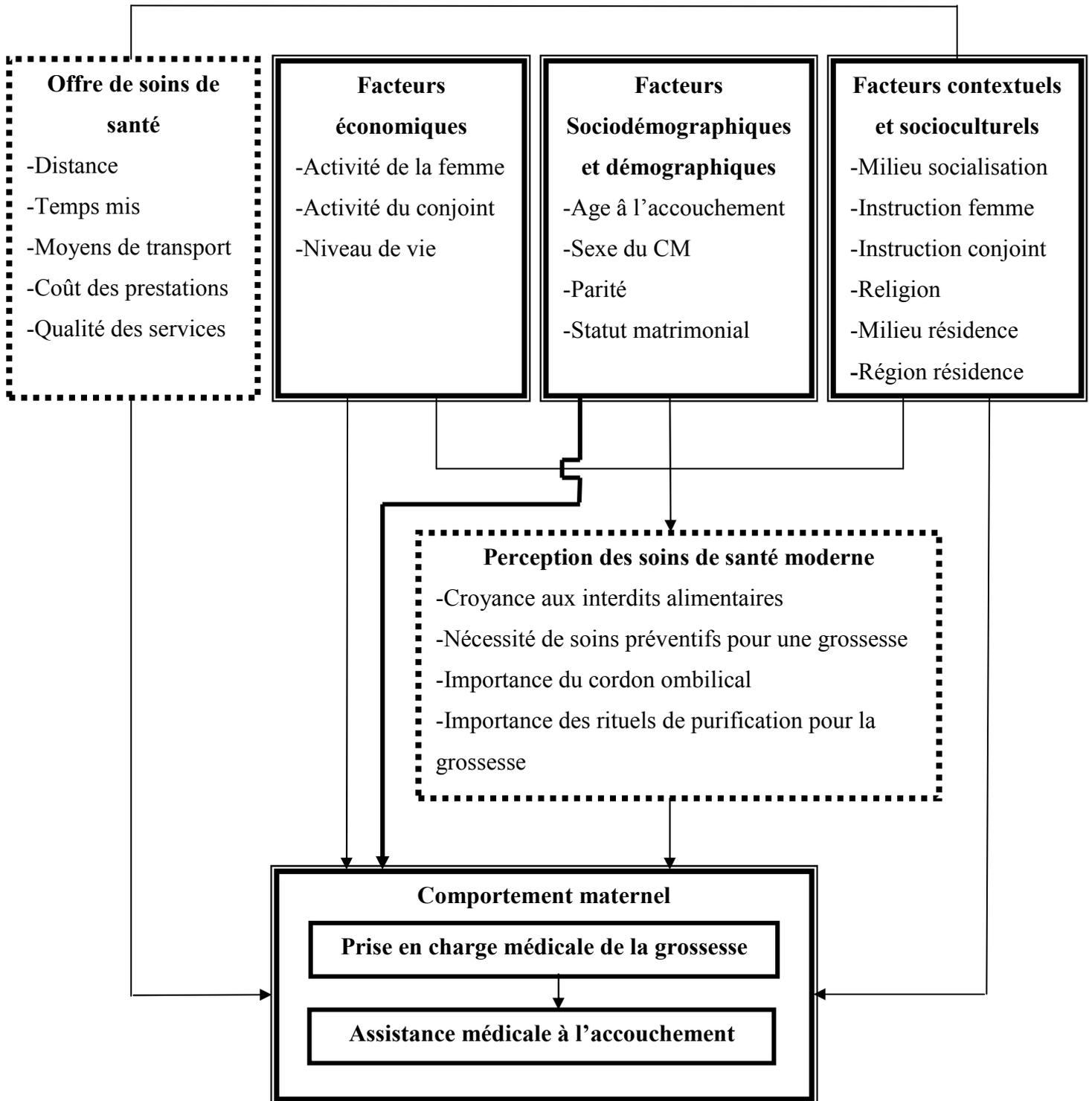
- *L'offre de soins de santé* se résume ici à la qualité des services de soins de santé et à leur accessibilité.

I.4.3-Schéma d'analyse⁶

Le but de ce schéma d'analyse n'est pas de relier toutes les variables entre elles.

⁶ Les traits en pointillés désignent des relations qui existent, mais qui ne seront pas éprouvées dans le cadre de cette étude faute de données appropriées.

Figure I.2 : Schéma d'analyse des facteurs du comportement maternel



I.4.4-Hypothèses

- H1** : Les femmes instruites ont une meilleure prise en charge médicale de la grossesse et une meilleure assistance médicale de l'accouchement que les femmes non instruites;
- H2** : Les femmes exerçant une activité non agricole ont un comportement plus adéquat c'est-à-dire une meilleure prise en charge médicale de la grossesse et une meilleure assistance médicale de l'accouchement que les femmes exerçant une activité agricole ;
- H3**: Les femmes résidant en milieu rural ou socialisées en milieu rural auront un faible suivi des soins obstétricaux que les femmes résidant en milieu urbain ou socialisées en milieu urbain ;
- H4** : La région de résidence détermine la prise en charge médicale de la grossesse et l'assistance médicale à l'accouchement ;
- H5** : Les multipares ont une meilleure prise en charge médicale de leurs grossesses et une meilleure assistance médicale de leurs accouchements que les primipares ;
- H6** : Le sexe du chef de ménage a une influence sur la prise en charge médicale de la grossesse et l'assistance médicale à l'accouchement ;
- H7** : L'âge de la mère à l'accouchement détermine son comportement au niveau de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'assistance médicale à l'accouchement ;
- H8** : Les chrétiennes ont une meilleure prise en charge médicale de leurs grossesses et une meilleure assistance médicale de leurs accouchements que les femmes des autres religions.

Mais avant de tester ces hypothèses, nous évoquerons d'abord la source de donnée et la méthodologie d'analyse appropriées pour atteindre nos objectifs.

Chapitre II

SOURCE DE DONNEES ET METHODOLOGIE

II.1-Source de données

Pour notre étude, nous utiliserons l'EDSBF 2003 qui, nous pensons, est l'une des sources les plus adaptées à nos objectifs. Elle contient de nombreuses informations sur la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement.

L'échantillon de l'EDSBF-III a été obtenu grâce à un sondage par grappe stratifié à deux degrés. Chaque région du pays (13 au total) a été séparée en partie urbaine et rurale pour former des strates à l'intérieur desquelles le tirage se faisait de façon indépendante. D'abord 400 grappes ont été tirées proportionnellement à la taille (nombre de ménages) et une liste de ménages a été établie par grappe à partir d'un tirage. C'est à l'intérieur de ces ménages qu'ont été enquêtées individuellement, les femmes de 15 à 49 ans. Parmi les ménages de l'échantillon, un sous échantillon d'un tiers a été constitué pour enquêter tous les hommes de 15 à 59 ans. 9149 ménages ont été identifiés au moment de l'enquête et 9097 ont été effectivement enquêtés avec succès. A l'intérieur de ces ménages, 12952 femmes ont été enregistrées et 12477 enquêtées avec succès. 3984 hommes ont été identifiés et 3605 ont été enquêtés avec succès

Cette enquête a été exécutée avec trois types de questionnaires et nous utiliserons pour notre étude les résultats du questionnaire ménage et ceux du questionnaire individuel femme.

Tableau II.1 : Répartition des échantillon selon le milieu de résidence

Unités	Urbain	Rural	Ensemble
Ménages sélectionnés	2340	7130	9470
Ménages enquêtés	2197	6900	9097
Femmes éligibles	3177	9775	12952
Femmes enquêtées	3014	9463	12477

Source : EDSBF-III

II.2-Evaluation de la qualité des données

Le caractère transversal de l'EDSBF-III peut présenter un biais du fait que les caractéristiques socio-économiques et démographiques enregistrées ne correspondraient pas à celles qui prévalaient au moment où l'évènement s'est produit. Mais vu la période courte, nous supposons que les changements qui ont pu se produire sur les caractéristiques sont mineurs.

Les femmes accouchant dans les maternités peuvent être surreprésentées dans l'échantillon. A cela on peut ajouter le cas des fausses couches qui ne sont pas saisies et aussi le fait que ce ne sont que les femmes qui sont vivantes au moment de l'enquête qui sont prise en compte.

Malgré les précautions prises pour assurer la représentativité de l'échantillon, on ne peut exclure les erreurs liées à la collecte (même si celles liées à la conception sont minimales). Dans notre cas, on s'intéressera à la qualité de l'âge déclaré des femmes, à leur parité moyenne et à la déclaration des naissances des enfants.

II.2.1-Taux de réponse des différentes variables

Tableau II.2 : Taux de réponse des différentes variables

Variables	Modalités	Effectifs	Taux de réponse
Âge		6873	100 %
Région de résidence		6873	100 %
Milieu de résidence		6873	100 %
Milieu de socialisation		6864	99,9 %
Niveau d'instruction de la femme		6873	100 %
Niveau d'instruction du conjoint		6760	99,9 %
Religion		6871	99,9 %
Sexe du chef de ménage		6873	100 %
Age de l'enfant		6873	100 %
Parité		6873	100 %
Vaccination antitétanique		6865	99,9 %
Assistance accouchement	docteur	6873	100 %
	infirmière/sage femme	6873	100 %
	accoucheuse formée	6873	100 %
	accoucheuse traditionnelle	6873	100 %
	autre personne	6873	100 %
	aucune	6873	100 %
Date de la première visite prénatale		5123	100 %
Nombre de visites prénatales		6873	100 %
Lieu d'accouchement		6873	100 %
Statut matrimonial		6873	100 %
Activité économique de la femme		6872	100 %
Activité économique du conjoint		6724	99,3 %
Niveau de vie		6873	100 %

II.2.2-Evaluation de l'âge des mères

Nous utiliserons les indices de Whipple et de Myers pour tester la qualité des données sur l'âge des femmes au moment de l'enquête.

Graphique II-1 : Répartition des femmes de 15-49 ans par âges

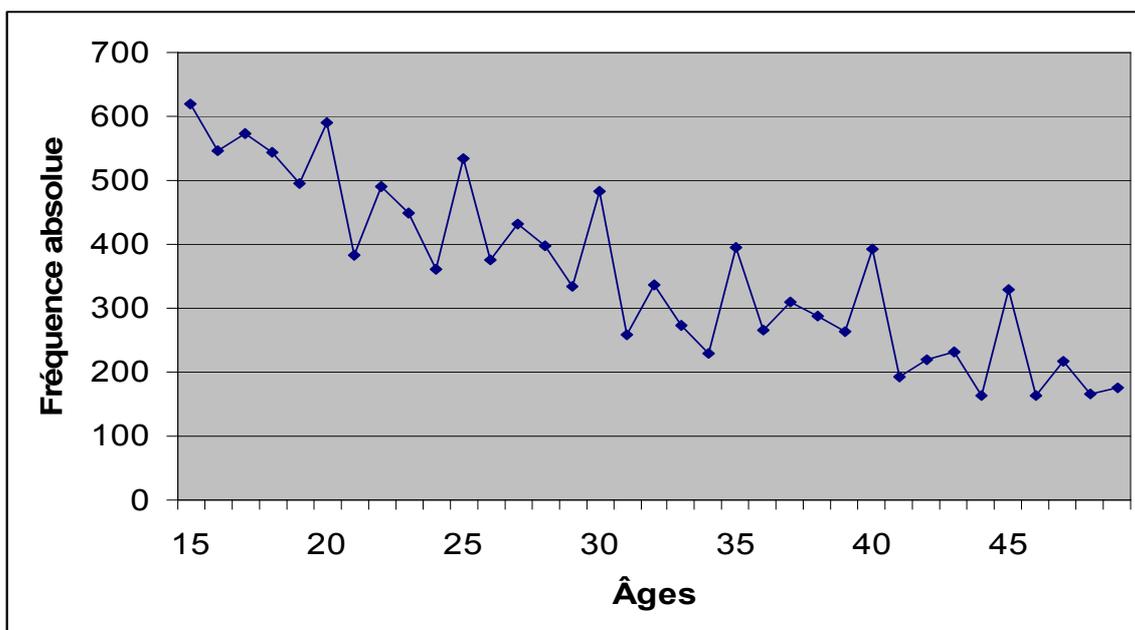


Tableau II.3 : Indice de Whipple

Age terminé par	0	5	0 et 5
Indice de Whipple	1,31	1,46	1,39

Tableau II.4 : Indice de Myers à tous les âges

Age terminé par	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ensemble
Indice de Myers	3,0	-2,2	0,33	0,26	-2,04	3,01	-1,22	0,39	-0,31	-1,21	14,04

On constate à partir de l'indice de Whipple et du graphique II.1 qu'il y a une attraction pour les chiffres se terminant par 0 et 5 et que les données sont grossières. On peut pour une première affirmation dire que l'âge des femmes a été mal déclaré. L'analyse des résultats de l'indice de Myers nous confirme le fait qu'il y a une préférence pour les âges se terminant par 0 et 5 chez les femmes. Cependant on peut estimer que celles-ci ont relativement bien déclaré leur

âge (indice de Myers=14,04). De plus on remarque qu'il y a répulsion pour les âges se terminant par 1, 4, 6 et 9 et attraction pour les âges se terminant par 2, 3, et 7. Les deux indices calculés nous montrent donc que la déclaration de l'âge des femmes n'est pas très satisfaisante. Il faudra donc en tenir compte lors de nos analyses. Pour palier à cela, nous regrouperons les femmes en trois groupes d'âges.

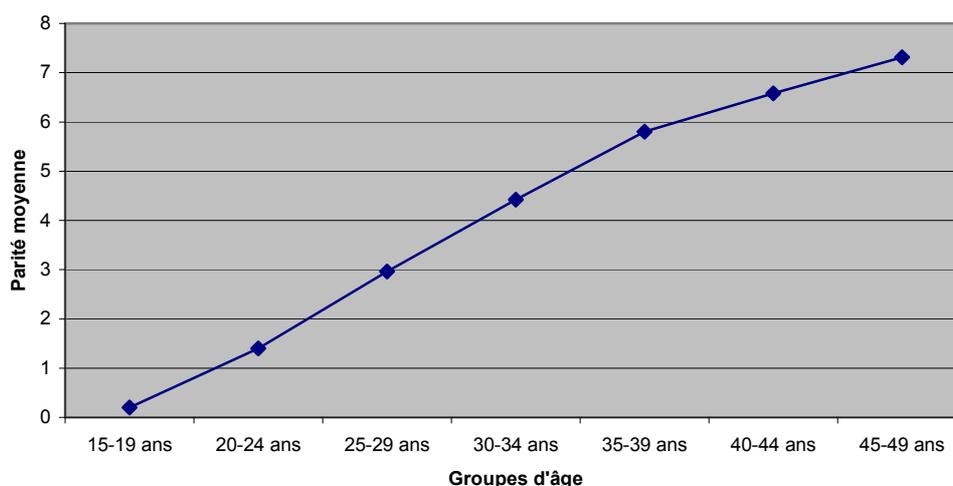
II.2.3-Evaluation de la parité

Le nombre d'enfants nés vivants croît avec l'âge des femmes si celui-ci ne souffre pas de mauvaises déclarations. Pour l'évaluation de la qualité des données, nous utiliserons les méthodes indirectes d'estimation du taux de fécondité général.

Tableau II.5 : Parité moyenne, effectifs des femmes de 15-49 ans et des enfants nés vivants par groupe d'âges

Groupes d'âges	Effectifs femmes	Enfants nés vivants	Parité moyenne
15-19 ans	2776	555	0,20
20-24 ans	2274	3184	1,40
25-29 ans	2073	6136	2,96
30-34 ans	1580	6984	4,42
35-39 ans	1524	8839	5,80
40-44 ans	1201	7903	6,58
45-49 ans	1049	7668	7,31
Total	12477	41269	3,31

Graphique II-2 : Parité moyenne des femmes de 15-49 ans par groupe d'âge



De prime abord, on peut dire que la parité moyenne des femmes a été bien déclarée car elle croît avec leur âge. C'est l'allure à laquelle on s'attendait. Une autre méthode permet d'apprécier la déclaration de la parité. Elle consiste à estimer le taux de fécondité général à partir de la parité moyenne des femmes de 20-24 ans (P_2), de 25-29 ans (P_3), de 30-34 ans (P_4) et le comparer à la parité moyenne des femmes de 45-49 ans. On suppose que la déclaration de l'âge des femmes est bonne c'est-à-dire qu'il n'y a pas de transfert anormal des femmes d'un groupe d'âges à un autre (erreur de classement). Deux estimations ont été proposées :

- La première est celle de Coale et Demeny (ONU, 1967) : $TGF = (P_3)^2 / P_2$
- La deuxième est celle de Brass et Rachad (1979) : $TGF = P_2 * (P_4 / P_3)^4$

Brass et Rachad ont suggéré de prendre la plus petite valeur des deux taux calculés (Inoussa, 1990). Si la valeur choisie est inférieure à la parité des femmes de 45-49 ans alors la déclaration de la parité des femmes est bonne, sinon elle est mauvaise.

Nous avons obtenu les valeurs suivantes : $(P_3)^2 / P_2 = 6,26$ et $P_2 * (P_4 / P_3)^4 = 6,96$. Ces deux valeurs sont inférieures à la parité moyenne des femmes de 45-49 ans (7,31).

Tableau II.6 : Quotient P/F selon l'âge de la femme

Groupe d'âges	Taux spécifique de fécondité	Parité moyenne	Phi (i)	F (i)	P/F
15-19	0,131	0,200	0,655	0,295	0,678
20-24	0,275	1,400	2,030	1,464	0,956
25-29	0,271	2,960	3,385	2,854	1,037
30-34	0,241	4,420	4,590	4,131	1,070
35-39	0,181	5,800	5,495	5,150	1,126
40-44	0,106	6,580	6,025	5,800	1,135
45-49	0,042	7,310	6,235	6,186	1,182

Aucun des rapport n'est égal a un. Cependant ils sont tous proche de un. La déclaration de la parité est donc bonne comme l'avait montré l'étude de la distribution des parités moyennes selon l'âge de la femme.

II.2.4-Evaluation de la déclaration des naissances

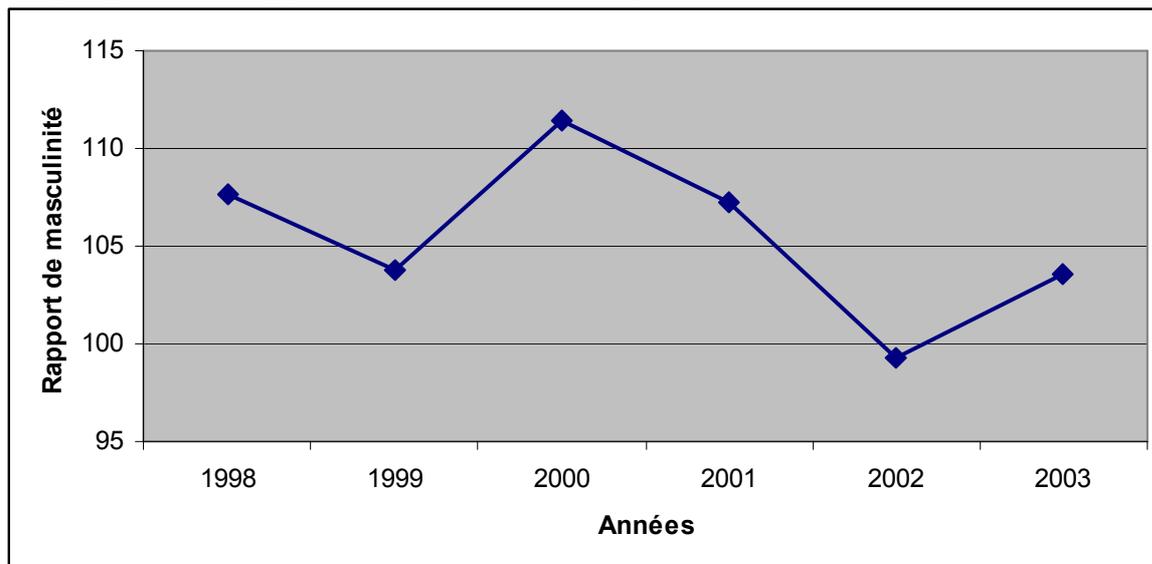
Tableau II.7 : effectif des naissances et rapport de masculinité selon les cinq dernières Années précédants l'enquête

Année	naissances	Rapport de masculinité (%)	Proportion des naissances avec une date de naissance complète ⁷
2003	1694	103,6	100
2002	2176	99,3	100
2001	1924	107,2	100
2000	2341	111,4	100
1999	2281	103,8	99,9
1998	1897	107,7	100

Source : EDSBF-III

⁷ Déclaration avec le mois et l'année de naissance

Graphique II-3; Rapports de masculinité (%) par année de naissance



Il y a manifestement une sous déclaration des naissances en 2001 et 2003, et ceci en faveur de 2002 et 2000. On constate cependant que la déclaration de l'ensemble des naissances durant les cinq dernières années précédant l'enquête s'est faite correctement, c'est-à-dire le mois et l'année de naissance ont été enregistrés. Par contre, on note que sur cette période, il y a eu une déclaration différentielle des naissances. Alors qu'en 1999, 2002 et 2003 elle était en faveur des filles, en 2000 et 2001 la tendance était observée en faveur des garçons. Les écarts les plus élevés par rapport à la norme (105) se situent en 2000 et 2002 ; En effet en 2000, le rapport était de 111,4 %. Cela peut s'expliquer soit par une omission des naissances féminines soit par un transfert différentiel des sexes. En 2002 on observait un rapport de 99,3 %.

En résumé nous dirons que même si la totalité des naissances a été déclarée en mois et en année, cela n'a pas empêché une sous déclaration des naissances et une déclaration différentielle des naissances à certaines périodes.

II.3-Méthodes d'analyse

Nous construirons deux indicateurs qui opérationnaliseront les deux aspects du comportement maternel que nous avons décidé d'étudier : le premier sera relatif à la prise en charge médicale de la grossesse et le second à l'assistance médicale à l'accouchement.

- **La prise en charge médicale de la grossesse** sera construite à partir du nombre de visites prénatales, de la date de la première visite prénatale, et de la vaccination antitétanique. Comme modalités, nous aurons :
 - ***aucune prise en charge** pour les femmes qui n'ont pas fait de visites, et qui n'ont reçu aucune dose de vaccin antitétanique.
 - ***prise en charge complète** pour celles qui ont eu au moins 4 visites au cours de leur grossesse, qui ont été consultées au premier trimestre pour la première fois et qui ont au moins reçu deux doses de vaccin antitétanique pendant leur grossesse.
 - ***prise en charge partielle** pour les femmes qui ont eu moins de 4 visites au cours de leur grossesse ou qui ont fait leur première consultation prénatale après le premier trimestre ou qui ont reçu moins de deux doses du vaccin antitétanique au cours de leur grossesse et qui ne se trouvent pas dans le premier cas.
- **L'assistance médicale à l'accouchement** sera construite à partir de l'assistance médicale à l'accouchement. Comme modalités, nous aurons :
 - ***aucune assistance** pour les femmes qui n'ont pas bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé à l'accouchement. Nous retrouvons à ce niveau les accoucheuses traditionnelles car leurs pratiques n'obéissent pas aux normes médicales prescrites par l'OMS.
 - ***assistance** pour les femmes qui ont accouché en présence d'un professionnel de santé.

En plus des deux indicateurs précédemment construits, nous en construirons deux autres qui nous permettront d'opérationnaliser d'une part le contact de la femme avec le système de santé moderne pour suivre sa grossesse et d'autre par le respect des normes médicales au cours du processus de suivi. Nous les nommerons **contact grossesse et norme grossesse**.

- **contact grossesse** sera construit à partir de la prise en charge médicale de la grossesse. Comme modalités, nous aurons :
 - * **oui** pour les femmes qui ont bénéficié d'une prise en charge médicale complète ou partielle de leurs grossesses;
 - * **non** pour celles qui n'ont bénéficié d'aucune prise en charge;
- **norme grossesse** sera également construit à partir de la prise en charge médicale de la grossesse. Comme modalités, nous aurons :
 - * **oui** pour les femmes qui ont bénéficié d'une prise en charge complète;
 - * **non** pour celles qui ont bénéficié d'une prise en charge partielle;

Au niveau des variables indépendantes, un autre indicateur sera créé. Il s'agit de l'âge de la femme à son accouchement. Il sera approximativement estimé par la différence entre l'âge de la mère et celui de l'enfant. Comme modalités, nous aurons :

- **Jeune** pour les femmes de 15-24 ans
- **Adulte** pour les femmes de 25-34 ans
- **Agées** pour les femmes d'au moins 35 ans

Au regard de la littérature, deux types d'approches analytiques caractérisent l'étude de la santé de la mère et de l'enfant : *l'approche par les naissances ou birth-based approach* et *l'approche par les femmes ou women-based approach*. Dans cette étude, nous considérerons la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement comme une composante de la santé de la mère. D'où l'utilisation de l'approche par les femmes.

L'analyse de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement comportera essentiellement deux parties. Une première qui sera consacrée à l'analyse descriptive et une seconde à l'analyse multivariée. Vu le caractère qualitatif des variables dépendantes, nous aurons recours dans un premier temps à la méthode de régression logistique simple et dans un second temps à la régression logistique multinomiale pour l'analyse.

Chapitre III: **RECHERCHE DES FACTEURS**

III.1-Analyse descriptive

III.1.1-Association entre les variables socioculturelles, contextuelles et la prise en charge médicale de la grossesse, l'assistance médicale à l'accouchement

Les associations entre les variables socioculturelles, contextuelles et la prise en charge médicale de la grossesse et l'assistance médicale à l'accouchement sont résumées dans le tableau III-1. Selon ce tableau, toutes les caractéristiques socioculturelles et contextuelles sont significativement associées à la prise en charge médicale de la grossesse et à l'assistance médicale à l'accouchement.

III.1.1.1-Le milieu de socialisation et le milieu de résidence de la femme

La tendance se dégageant de la description de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'assistance médicale à l'accouchement selon le milieu de socialisation et de résidence est la suivante: Les femmes socialisées en milieu urbain ou y résidant ont une meilleure prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement que les femmes socialisées ou résidant en milieu rural.

III.1.1.2-Le niveau d'instruction de la femme et le niveau d'instruction du conjoint

Le niveau d'instruction de la femme est significativement et positivement associé à la prise en charge médicale de la grossesse et à l'assistance médicale à l'accouchement. Comme on s'y attendait, la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement s'améliore avec le niveau d'instruction de la femme. Cette proportion est très faible chez les femmes dont les conjoints sont de niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

Tout comme l'instruction de la femme, on constate que la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement est plus adéquate au fur et à mesure que le niveau d'instruction du conjoint s'élève.

III.1.1.3-La religion de la femme

Il ressort de cette description que ce sont les chrétiennes qui ont une prise en charge médicale plus adéquate de leurs grossesses et de leurs accouchements que les musulmanes qui à leur tour sont mieux que les animistes.

III.1.1.4-La région de résidence de la femme

Il ressort que les femmes résidant à Ouagadougou ont le comportement le plus adéquat alors que les femmes résidant au Sahel ont le comportement le moins adéquat.

Tableau III.1 : Proportion de la prise en charge médicale de la grossesse et de assistance médicale à l'accouchement selon les variables socioculturelles et contextuelles

Variables indépendantes		Variables dépendantes						
		prise en charge médicale de la grossesse (%)				Assistance médicale à l'accouchement (%)		
		aucune	partielle	complète	Total	aucune	Assistance	Total
Milieu de résidence ***	urbain	2,7	82,3	15,0	100	9,4	90,6	100
	Rural	25,5	68,8	5,7	100	66,5	33,5	100
Milieu de socialisation ***	urbain	9,0	79,4	11,6	100	28,8	71,2	100
	Rural	25,5	68,5	6,0	100	65,3	34,7	100
Niveau d'instruction de la femme ***	San niveau	24,9	69,0	6,1	100	64,1	35,9	100
	Primaire	7,4	81,1	11,5	100	28,6	71,4	100
	Secondaire +	0,0	81,9	18,1	100	4,5	95,5	100
Religion ***	Chrétienne	14,1	75,5	10,5	100	50,2	49,9	100
	Musulmane	22,2	71,5	6,3	100	56,5	43,5	100
	Animiste	38,7	56,7	4,6	100	83,5	16,5	100
Niveau d'instruction du conjoint ***	Sans niveau	25,2	68,2	6,0	100	65,0	35,0	100
	Primaire	8,5	80,8	10,7	100	32,1	68,0	100
	Secondaire +	0,6	78,8	20,6	100	5,0	95,0	100
Région ***	Ouagadougou	1,2	79,4	19,4	100	3,4	96,6	100
	Nord-Ouest	20,2	67,8	4,1	100	64,2	35,8	100
	Centre	11,8	78,6	9,6	100	53,0	47,0	100
	Est	25,3	66,0	8,7	100	65,8	34,2	100
	Sud-Ouest	21,9	72,9	5,2	100	56,9	43,1	100
	Sahel	41,5	53,9	4,7	100	84,8	15,2	100

Note : (***) Significatif à 1 % ; (**) significatif à 5 % ; ns= non significatif à 5 %

III.1.2- Association entre les variables économiques et la prise en charge médicale de la grossesse, l'assistance médicale à l'accouchement

Les associations entre les variables économiques et la prise en charge médicale de la grossesse et entre les premières et l'assistance médicale à l'accouchement sont résumées dans le tableau III.2 ci-dessus.

III.1.2.1-Activité de la femme et celle du conjoint

Ce sont donc les femmes inactives et celles ne travaillant pas dans le secteur agricole qui sont les plus nombreuses à avoir bénéficié d'une prise en charge de leurs grossesses et de leurs accouchements. Il ressort de cette description que les femmes travaillant dans le secteur agricole ont une moins bonne prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement que les autres femmes.

L'avantage que présente les femmes dont le conjoint travaille dans les secteurs non agricoles dans les trois situations pourrait s'expliquer également par le fait qu'elles consacrent l'essentiel de leur temps aux travaux ménagers et donc à l'entretien des enfants. Par conséquent, elles auraient plus de temps pour fréquenter les formations sanitaires.

III.1.2.2-Le niveau de vie du ménage

Comme on s'y attendait, ce sont les femmes vivant dans les ménages de niveau de vie élevé qui ont le meilleur comportement et les femmes des ménages pauvres, le comportement le moins adéquat.

Tableau III.2 : Proportion de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'assistance médicale à l'accouchement selon les variables économiques

Variables indépendantes		Variables dépendantes						
		prise en charge médicale de la grossesse (%)				Assistance médicale à l'accouchement (%)		
		aucune	partielle	complète	Total	aucune	Assistance	Total
Activité économique du conjoint ***	Cadre	6,8	76,3	16,8	100	19,4	80,6	100
	Agriculteur	26,3	68,2	5,5	100	68,0	29,3	100
	Commerçant	8,4	81,5	10,0	100	28,3	71,7	100
	Service	5,0	80,9	14,1	100	24,2	75,8	100
Activité économique de la femme ***	Aucune	14,1	73,4	12,5	100	30,1	69,9	100
	Non agricultrice	11,4	78,6	10,0	100	30,9	69,1	100
	Agricultrice	25,9	68,3	5,8	100	68,4	31,6	100
Niveau de vie du ménage ***	Faible	33,0	62,1	4,9	100	76,2	23,8	100
	Moyen	22,4	71,2	6,4	100	65,1	34,9	100
	Elevé	9,9	79,9	10,2	100	33,1	66,9	100

Note : (***) Significatif à 1 % ; (**) significatif à 5 % ; ns= non significatif à 5 %

III.1.3- Association entre les variables sociodémographiques, démographiques et la prise en charge médicale de la grossesse, l'assistance médicale à l'accouchement

Les associations entre les variables sociodémographiques, démographiques et la prise en charge médicale de la grossesse et l'assistance médicale à l'accouchement sont résumées dans le tableau III.3.

III.1.3.1-Le sexe du chef de ménage

Il apparaît ainsi que la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement est meilleure dans les ménages où le chef est de sexe féminin que dans les ménages où le chef est de sexe masculin. Ces tendances peuvent s'expliquer par le fait que les femmes chef de ménage ont plus conscience des dangers d'une grossesse puisqu'elles sont concernées.

III.1.3.2-La parité de la femme

La parité de la femme est significativement associée à la prise en charge médicale de la grossesse et à l'assistance médicale à l'accouchement. Le comportement maternel est moins bon au fur et à mesure qu'augmente la parité.

III.1.3.3-Le statut matrimonial de la femme

Le statut matrimonial est aussi, significativement associé à la prise en charge médicale de la grossesse et à l'assistance médicale à l'accouchement. Il faut noter que la proportion des femmes ayant bénéficié d'une assistance médicale à leurs grossesses reste faible.

III.1.3.4-Âge de la mère à l'accouchement

La prise en charge médicale de la grossesse et à l'assistance médicale à l'accouchement sont significativement associées à l'âge de la mère à l'accouchement. En effet, le comportement de la mère se dégrade quand son âge à l'accouchement augmente même si on n'observe pas de fortes variations des proportions des modalités.

Tableau III.3 : Proportion de la prise en charge médicale de la grossesse et de assistance médicale à l'accouchement selon les variables sociodémographiques et démographiques.

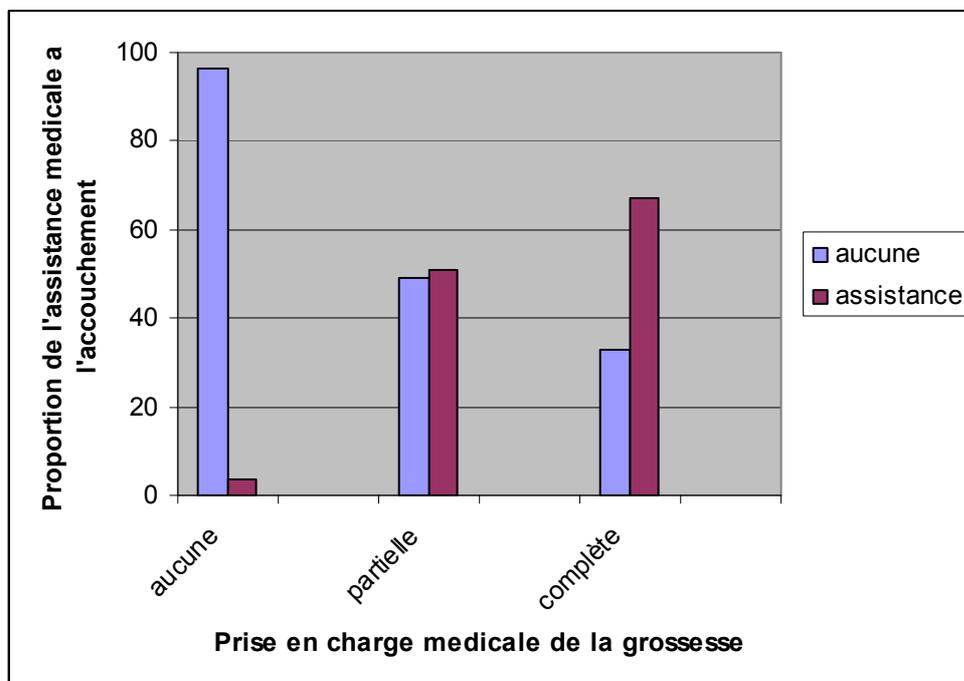
Variables indépendantes		Variables dépendantes						
		prise en charge médicale de la grossesse (%)				Assistance médicale à l'accouchement (%)		
		aucune	partielle	complète	Total	aucune	assistance	Total
Sexe du chef de ménage ***	Masculin	22,8	70,2	7,0	100	59,2	40,8	100
	Féminin	13,5	77,3	9,2	100	43,6	56,4	100
Parité de la femme ***	Primipare	17,4	73,1	9,5	100	45,6	54,4	100
	Paucipare	20,9	71,3	7,8	100	56,7	43,3	100
	Multipare	24,8	69,4	5,8	100	63,8	36,2	100
Statut matrimonial de la femme ***	Célibataire	12,7	82,4	4,9	100	24,0	76,0	100
	En union	22,2	70,6	7,2	100	59,2	40,8	100
	Séparée	31,3	63,1	5,6	100	46,8	53,2	100
Age de la mère à la naissance de L'enfant ***	14-24 ans	21,1	70,8	8,1	100	55,5	44,5	100
	25-34 ans	22,4	71,0	6,6	100	59,2	40,8	100
	34 ans +	24,1	69,7	6,2	100	61,6	38,4	100

Note : (***) Significatif à 1 % ; (**) significatif à 5 % ; ns= non significatif à 5 %

III.1.2- Association entre la prise en charge médicale de la grossesse et assistance médicale à l'accouchement

Comme on s'y attendait, la prise en charge médicale de la grossesse est significativement associée à l'assistance médicale à l'accouchement. Meilleure est la prise en charge médicale de la grossesse, meilleure sera l'assistance médicale à l'accouchement. Il en résulte que la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement n'est pas continue ; c'est-à-dire que toutes les femmes ayant eu un suivi complet de leurs grossesses n'ont pas été médicalement assistées à leurs accouchements.

Graphique III.1 : Proportion de l'assistance médicale à l'accouchement selon la prise en charge médicale de la grossesse



En définitive, le calcul de la statistique du chi deux associée aux différents tableaux croisant les variables indépendantes et les variables dépendantes a montré que dans tous les cas, celles-ci étaient fortement associées entre elles. L'analyse multivariée qui suit pourra confirmer ou infirmer les relations observées précédemment.

III.2-Analyse multivariée des facteurs

Avant de procéder à la régression multinomiale pour l'analyse de la prise en charge médicale de la grossesse, nous avons recouru au modèle de régression logistique binomiale de sorte à avoir une idée sur le contact entre la femme et le système de santé et sur le respect des normes médicales ; c'est-à-dire avoir une idée sur le comportement différentiel d'une part entre les femmes n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge médicale et celles qui en ont bénéficié, et d'autre part entre les femmes ayant bénéficié d'une prise en charge partielle et celles ayant bénéficié d'une prise en charge complète. Les résultats figurent en annexe au tableau A.1.

III.2.1- Les facteurs de la prise en charge médicale de la grossesse

L'analyse multivariée nous montre que toutes les variables socioculturelles, contextuelles et économiques déterminent la prise en charge médicale de la grossesse. Au niveau des variables sociodémographiques, c'est uniquement l'état matrimonial qui détermine la prise en charge médicale de la grossesse.

III.2.1.1-Les facteurs socioculturels et contextuels

a- Le milieu de socialisation et de résidence de la femme

La baisse des seuils à l'introduction des variables relative au contexte traduirait le fait que l'influence du milieu de socialisation pourrait également être médiatisée par au moins une de ces variables. Il se dégage nettement que l'effet du milieu de résidence dépend des autres caractéristiques.

b- L'instruction de la femme

La différence entre les femmes du niveau secondaire et plus et celles n'ayant aucun niveau disparaît que ce soit pour la prise en charge partielle et la prise en charge complète. Il apparaît ainsi que l'influence du niveau d'instruction de la femme peut être directe tout comme médiatisée par le milieu de résidence et la région de résidence. Ces résultats confirment ceux observés au niveau descriptif, c'est-à-dire la prise en charge médicale de la grossesse s'améliore avec le niveau d'instruction de la femme.

c- L'instruction du conjoint

La prise en charge médicale de la grossesse est meilleure quand le niveau d'instruction du conjoint est élevé. Le fait que la différence significative entre les femmes dont le conjoint est de niveau d'instruction primaire et les femmes dont le conjoint est sans niveau d'instruction disparaît, traduit le fait que l'influence de l'instruction du conjoint pourrait être médiatisée par d'autres caractéristiques.

d-La religion de la femme

Il faut noter que les musulmanes ont 23 % moins de chance que les chrétiennes d'avoir une prise en charge complète de leurs grossesses plutôt que d'avoir une prise en charge partielle.

e-La région de résidence de la femme

Il y a une différence significative dans la prise en charge médicale de la grossesse selon la région de résidence. Le Sahel est la région où la grossesse est moins prise en charge médicalement. C'est une région à majorité musulmane.

III.2.1.2-Les facteurs socio-économiques

a- L'activité économique du conjoint et de la femme

L'activité économique du conjoint discrimine les femmes à l'égard de la prise en charge médicale de la grossesse. Lorsqu'on contrôle l'occupation de la femme avec les autres variables socio-économiques, on constate qu'elle détermine la prise en charge partielle de la grossesse mais non la prise en charge complète. En effet, les femmes inactives ont 46 % moins de chance de faire suivre partiellement leurs grossesses plutôt que de ne pas les faire suivre que les femmes travaillant dans les secteurs non agricoles. Par contre au niveau bivarié, il n'y a pas de différences significatives entre les femmes ne travaillant pas dans le secteur agricole et les inactives.

b- Le niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage détermine fortement la prise en charge médicale de la grossesse. On observe les mêmes tendances au niveau des effets bruts. Ainsi, plus le niveau de vie du ménage est élevé, meilleur est la prise en charge médicale de la grossesse. Cela confirme les résultats obtenus au niveau descriptif. La baisse et la disparition du seuil de signification à l'introduction de la région de résidence et le milieu de résidence indique que l'influence du niveau de vie est également médiatisée par ces deux variables.

III.2.1.3-Les facteurs sociodémographiques

a-La parité de la femme

A l'introduction des caractéristiques liées au contexte, les différents effets disparaissent. Cela montre que la parité ne détermine pas la prise en charge médicale de la grossesse.

b-Le statut matrimonial de la femme

Il est à noter que l'influence du statut matrimonial bénéficie de la contribution des caractéristiques liées à la demande de soins de santé et est en partie médiatisée par les caractéristiques liées au contexte.

Tableau III.4 : Rapport de chance de la prise en charge médicale de la grossesse selon l'ensemble des caractéristiques

Variables	Prise en charge partielle de la grossesse			Prise en charge complète de la grossesse		
	Effet brut	Effet net M1	Effet net M2	Effet brut	Effet net M1	Effet net M2
Milieu de socialisation			**			**
Milieu urbain	3,30***	1,52***	1,28**	5,55***	1,85 ***	1,48**
Milieu rural	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Instruction femme			***			***
Sans niveau	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Primaire	3,94***	2,05***	1,94***	6,29***	2,08 ***	2,01 ***
Secondaire supérieur	201,30***	22,82**	18,08 ^{ns}	476,07***	23,41 **	17,76 ^{ns}
Religion			***			***
Chrétien	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Musulman	0,60***	0,58***	0,73***	0,38***	0,36 ***	0,56***
Animiste	0,27***	0,41***	0,45***	0,16***	0,32 ***	0,44***

Instruction du conjoint			***			***
Sans niveau	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Primaire	3,89***	1,86***	1,77***	5,61***	1,70 **	1,58 ^{ns}
Secondaire Supérieur	50,50***	8,75***	7,99***	149,69***	12,79 ***	11,79***
Activité du conjoint			***			***
Cadre	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Domestique	1,41 ^{ns}	2,10 **	1,90 ^{ns}	1,10 ^{ns}	1,87 ^{ns}	1,72 ^{ns}
Commerçant	0,87 ^{ns}	1,57 ^{ns}	1,45 ^{ns}	0,47**	1,24 ^{ns}	1,11 ^{ns}
Agriculteur	0,23 ***	0,78 ^{ns}	0,80 ^{ns}	0,08***	0,43 ***	0,48 ***
Activité de la femme			***			***
Non agricultrice	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Agricultrice	0,38 ***	0,84 ^{ns}	0,88 ^{ns}	0,25 ***	0,83 ^{ns}	0,94 ^{ns}
Inactive	0,76 ^{ns}	0,58 ***	0,54***	1,03 ^{ns}	0,71 ^{ns}	0,66 ^{ns}
Niveau de vie ménage			***			***
pauvre	0,59***	0,65 ***	0,72***	0,51***	0,58 ***	0,68**
Moyen	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Riche	2,55***	1,56 ***	1,39***	3,59***	1,54 ***	1,34 ^{ns}
Sexe du chef de ménage			ns			ns
Masculin	0,54***	0,74 ^{ns}	0,70 ^{ns}	0,46***	0,85 ^{ns}	0,83 ^{ns}
Féminin	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Parité			ns			ns
primipare	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
paucipare	0,81**	0,85 ^{ns}	0,86 ^{ns}	0,69**	0,76 ^{ns}	0,80 ^{ns}
multipare	0,66***	0,72 **	0,79 ^{ns}	0,43***	0,58 **	0,68 ^{ns}
Statut matrimonial			***			***
Célibataire	2,07**	1,19 ***	1,12 ***	1,21 ^{ns}	1,08 **	1,01 ^{ns}
En union	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Séparé	0,64**	0,38 ***	0,36***	0,45 ^{ns}	0,24 ***	0,22***
Âge à l'accouchement			ns			ns
15-24 ans	1,06 ^{ns}	0,81 **	0,88 ^{ns}	1,30**	0,88 ^{ns}	1,02 ^{ns}
25-34 ans	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
35 ans ou plus	0,91 ^{ns}	1,04 ^{ns}	0,99 ^{ns}	0,88 ^{ns}	1,10 ^{ns}	1,07 ^{ns}
Milieu de résidence			***			***
Milieu urbain	11,15***		2,34***	24,06***		3,51***
Milieu rural	1,00		1,00	1,00		1,00
Région de résidence			***			***
Ouagadougou	1,00		1,00	1,00		1,00
Nord-ouest	0,04***		0,23 **	0,01***		0,14**
Centre	0,11***		0,57 ^{ns}	0,06***		0,71 ^{ns}
Est	0,04***		0,23 ^{ns}	0,02***		0,30 ^{ns}
Sud-ouest	0,06***		0,28 ^{ns}	0,02***		0,16**
Sahel	0,02***		0,15**	0,008***		0,14**
Signification modèle		***	***			***
Pseudo R² du modèle		28,65 %	24,80 %		28,65 %	24,80 %

Note : (***) Significatif à 1 % ; (**) significatif à 5 % ; ns= non significatif à 5 %

Tableau III.5 : Rapport de chance de la prise en charge médicale de la grossesse selon l'ensemble des caractéristiques

Variables indépendantes	Prise en charge médicale complète de la grossesse ⁸		
	Effet brut	Effet net M1	Effet net M2
Milieu de socialisation			ns
Milieu urbain	1,68 ***	1,19 ^{ns}	1,15 ^{ns}
Milieu rural	1,00	1,00	1,00
Instruction femme			***
Sans niveau	1,00	1,00	1,00
Primaire	1,59 ***	1,04 ^{ns}	1,05 ^{ns}
Secondaire supérieur	2,36 ***	1,08 ^{ns}	1,02 ^{ns}
Religion			***
Chrétienne	1,00	1,00	1,00
Musulman	0,63 ***	0,62***	0,77 **
Animiste	0,58 ***	0,77 ^{ns}	0,97 ^{ns}
Instruction du conjoint			***
Sans niveau	1,00	1,00	1,00
Primaire	1,44 **	0,91 ^{ns}	0,89 ^{ns}
Secondaire Supérieur	2,96 ***	1,46 ^{ns}	1,47 ^{ns}
Activité du conjoint			***
Cadre	1,00	1,00	1,00
Domestique	0,78 ^{ns}	0,89 ^{ns}	0,90 ^{ns}
Commerçant	0,56***	0,79 ^{ns}	0,77 ^{ns}
Agriculteur	0,36***	0,56***	0,60**
Activité de la femme			***
Non agricultrice	1,00	1,00	1,00
Agricultrice	0,66***	0,99 ^{ns}	1,07 ^{ns}
Inactive	1,35 ^{ns}	1,22 ^{ns}	1,23 ^{ns}
Niveau de vie ménage			***
pauvre	0,87 ^{ns}	0,89 ^{ns}	0,93 ^{ns}
Moyen	1,00	1,00	1,00
Riche	1,41 ***	0,99 ^{ns}	0,96 ^{ns}
Sexe du chef de ménage			ns
Masculin	0,86 ^{ns}	1,12 ^{ns}	1,18 ^{ns}
Féminin	1,00	1,00	1,00
Parité			ns
primipare	1,00	1,00	1,00
paucipare	0,85 ^{ns}	0,90 ^{ns}	0,92 ^{ns}
multipare	0,65***	0,80 ^{ns}	0,86 ^{ns}
Statut matrimonial			***
Célibataire	0,58 ^{ns}	0,44 ^{ns}	0,39 ^{ns}
En union	1,00	1,00	1,00
Séparé	0,84 ^{ns}	0,64 ^{ns}	0,62 ^{ns}
Âge à l'accouchement			ns
15-24 ans	1,23 ^{ns}	1,10 ^{ns}	1,15 ^{ns}
25-34 ans	1,00	1,00	1,00
35 ans ou plus	0,95 ^{ns}	1,06 ^{ns}	1,07 ^{ns}
Milieu de résidence			***
Milieu urbain	2,14 ***		1,50 ^{ns}
Milieu rural	1,00		1,00
Région			***
Ouagadougou	1,00		1,00
Nord-ouest	0,26 ***		0,61 **
Centre	0,53 ***		1,24 ^{ns}
Est	0,57 ***		1,31 ^{ns}

⁸ La modalité de référence ici est la prise en charge partielle de la grossesse

Sud-ouest	0,30 ***		0,57 **
Sahel	0,36 ***		0,94 ^{ns}
<i>Signification modèle</i>		***	***
<i>Pseudo R² du modèle</i>		28,65 %	24,80 %

Note : (***) Significatif à 1 % ; (**) significatif à 5 % ; ns= non significatif à 5 %

III.2.2- Les facteurs de l'assistance médicale à l'accouchement

Toutes les variables socioculturelles et contextuelles déterminent l'assistance médicale à l'accouchement. Parmi les variables économiques et sociodémographiques, ce sont l'activité économique du conjoint, celle de la femme, le niveau de vie du ménage et la parité de la femme qui déterminent l'assistance médicale à l'accouchement.

III.2.2.1-Les facteurs socioculturels et contextuels

a- Le milieu de socialisation de la femme

On constate également que le seuil de signification du milieu de socialisation a baissé en contrôlant par la prise en charge médicale de la grossesse. Cela signifie que son influence sur l'assistance médicale à l'accouchement est en partie médiatisée par la prise en charge médicale de la grossesse.

b-Le milieu de résidence de la femme

Les femmes résidant en milieu urbain ont 19,2 fois plus de chance de bénéficier d'une assistance médicale à leurs accouchements que les femmes résidant en milieu rural. En présence des autres caractéristiques et de la prise en charge médicale de la grossesse, elles ont 2,5 fois plus de chance de bénéficier d'une assistance médicale à leurs accouchements que les femmes résidant en milieu rural.

c- L'instruction de la femme

Le niveau d'instruction de la femme détermine positivement et significativement l'assistance médicale à l'accouchement. Plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, meilleur est son comportement au niveau de l'accouchement.

d- L'instruction du conjoint

L'assistance médicale à l'accouchement est positivement déterminée par le niveau d'instruction du conjoint. Elle s'améliore donc avec le niveau d'instruction du conjoint.

e-La religion de la femme

En introduisant les autres caractéristiques, on constate que seules les femmes animistes ont un comportement différentiel au niveau de l'assistance médicale à l'accouchement par rapport aux chrétiennes. Cependant, on ne constate plus de comportement différentiel à l'introduction des variables relatives au contexte. Ce qui prouve que bien que l'effet de la religion sur l'assistance médicale à l'accouchement soit direct, il est également médiatisé soit par le milieu de résidence, soit par la région de résidence, ou les deux simultanément.

f- La région de résidence de la femme

La région de résidence a une influence significative sur l'assistance médicale à l'accouchement. En revanche, il n'y a pas une différence significative entre les femmes des régions du Centre, du Nord-ouest et celles de Ouagadougou. On note également que l'influence de la région de résidence est en partie médiatisée par la prise en charge médicale de la grossesse.

III.2.2.2-Les facteurs économiques

a- L'activité économique du conjoint et de la femme

L'activité économique du conjoint détermine l'assistance médicale à l'accouchement de façon significative. L'activité économique de la femme détermine également l'assistance médicale à l'accouchement. Cependant, lorsqu'on introduit la prise en charge médicale de la grossesse, on constate que ce sont uniquement les agricultrices qui ont un comportement différent des femmes ne travaillant pas dans le secteur agricole.

b-Le niveau de vie du ménage

L'assistance médicale à l'accouchement est déterminée par le niveau de vie du ménage comme on s'y attendait. Ce sont les mêmes tendances qu'on observe au niveau bivarié.

III.2.2.3-Les facteurs sociodémographiques et démographiques

a- La parité de la femme

La parité est significativement déterminante sur l'assistance médicale à l'accouchement. L'assistance médicale diminue avec la parité. On observe la même tendance au niveau des effets bruts.

b- L'âge à l'accouchement de la mère

Après contrôle, l'effet disparaît. Il en découle que l'influence de l'âge à l'accouchement est entièrement médiatisée par la prise en charge médicale de la grossesse

III.2.2.4- Prise en charge médicale de la grossesse

La prise en charge médicale de la grossesse détermine significativement l'assistance médicale à l'accouchement. Que ce soit au niveau bivarié ou au niveau multivarié, les effets sont fortement élevés et on remarque que meilleure sera la prise en charge médicale de la grossesse, meilleure sera celui de l'accouchement.

Tableau III.6 : Rapport de chance de l'assistance médicale à l'accouchement selon l'ensemble des caractéristiques

Variables indépendantes	Assistance médicale de l'accouchement			
	Effet brut	Effet net M1	Effet net M2	Effet net M3
Milieu de socialisation			***	**
Milieu urbain	4,66 ***	1,59***	1,30***	1,26 **
Milieu rural	1,00	1,00	1,00	1,00
Instruction femme			***	***
Sans niveau	1,00	1,00	1,00	1,00
Primaire	4,46 ***	1,99***	1,95***	1,79 ***
Secondaire supérieur	36,59 ***	3,48***	2,85 ***	2,49 ***
Religion			***	***
Chrétienne	1,00	1,00	1,00	1,00
Musulman	0,77 ***	0,81***	0,99 ^{ns}	1,10 ^{ns}
Animiste	0,20 ***	0,39***	0,45 ***	0,52 ***

Instruction du conjoint			***	***
Sans niveau	1,00	1,00	1,00	1,00
Primaire	3,93 ***	1,78***	1,69 ***	1,59 ***
Secondaire Supérieur	36,07 ***	5,89***	5,82 ***	4,45 ***
Activité du conjoint			***	***
Cadre	1,00	1,00	1,00	1,00
Domestique	0,75 ^{ns}	0,85 ^{ns}	0,86 ^{ns}	0,75 ^{ns}
Commerçant	0,61***	0,91 ^{ns}	0,89 ^{ns}	0,81 ^{ns}
Agriculteur	0,11***	0,44***	0,50***	0,51***
Activité de la femme			***	***
Non agricultrice	1,00	1,00	1,00	1,00
Agricultrice	0,21***	0,56 ***	0,59***	0,60 ***
Inactive	1,04 ^{ns}	0,73 **	0,66***	0,75 ^{ns}
Niveau de vie ménage			***	***
pauvre	0,58***	0,68***	0,75 ***	0,82 **
Moyen	1,00	1,00	1,00	1,00
Riche	3,76***	1,80***	1,55 ***	1,49 ***
Sexe du chef de ménage			ns	ns
Masculin	0,54***	1,05 ^{ns}	1,05 ^{ns}	1,16 ^{ns}
Féminin	1,00	1,00	1,00	1,00
Parité			***	***
primipare	1,00	1,00	1,00	1,00
paucipare	0,64***	0,66***	0,67 ***	0,68 ***
multipare	0,47***	0,53***	0,58 ***	0,61 ***
Statut matrimonial			ns	ns
Célibataire	4,51***	0,90 ^{ns}	1,01 ^{ns}	1,03 ^{ns}
En union	1,00	1,00	1,00	1,00
Séparé	1,65***	0,84 ^{ns}	0,87 ^{ns}	1,32 ^{ns}
Âge à l'accouchement			ns	ns
15-24 ans	1,17***	0,78**	0,85 ^{ns}	0,87 ^{ns}
25-34 ans	1,00	1,00	1,00	1,00
35 ans ou plus	0,91 ^{ns}	1,22**	1,18 **	1,18 ^{ns}
Milieu de résidence			***	***
Milieu urbain	19,16 ***		2,71***	2,52***
Milieu rural	1,00		1,00	1,00
Région			***	***
Ouagadougou	1,00		1,00	1,00
Nord-ouest	0,02 ***		0,42 ***	0,55 ^{ns}
Centre	0,03 ***		0,59 ^{ns}	0,60 ^{ns}
Est	0,02 ***		0,39 ***	0,47 **
Sud-ouest	0,03 ***		0,35 ***	0,43 **
Sahel	0,01 ***		0,12 ***	0,17 ***
Suivi de la grossesse			***	***
Aucun	1,00			1,00
Partiel	26,91***			17,68 ***
Complet	53,22***			28,48 ***
Signification modèle		***	***	***
Pseudo R² du modèle		77,92 %	60,15 %	80,56 %

(***) Significatif à 1 % ; (**) significatif à 5 % ; ns= non significatif à 5 %

Conclusion partielle

Il ressort de cette analyse que seulement trois variables ne déterminent pas la prise en charge médicale de la grossesse. Parmi les facteurs de la prise en charge de la grossesse, les plus déterminants sont la région de résidence, la religion de la femme et le niveau de vie du

ménage (confère tableau A.3). Le milieu de socialisation est le moins déterminant. Cela peut s'expliquer par l'innovation citadine due à la migration de retour. Les facteurs socioculturels déterminent plus le suivi de la grossesse que les autres facteurs car ils contribuent plus à sa variance (confère tableau A.5).

Le statut matrimonial de la femme, le sexe du chef de ménage et l'âge à l'accouchement de la mère ne déterminent pas l'assistance médicale à l'accouchement. Les facteurs les plus déterminants de l'assistance médicale à l'accouchement sont en plus du suivi de la grossesse (qui n'est pas un véritable facteur), la région de résidence, le niveau de vie du ménage et la religion de la femme (confère tableau A.4). Les facteurs socioculturels et contextuels déterminent plus l'assistance médicale à l'accouchement que les autres facteurs (confère tableau A.6).

III.3- Discussion

III.3.1- Les facteurs socioculturels et contextuels

III.3.1.1-Le milieu de socialisation

La prise en charge médicale de la grossesse peut être le résultat de la socialisation. Effectivement, les effets observés montrent que le comportement maternel est d'abord le résultat du vécu social. Dans le subconscient africain, l'hôpital est une réalité urbaine. Ainsi, les femmes socialisées en milieu rural ont très souvent des préjugés négatifs sur les prestations des services de santé modernes, les empêchant ainsi d'y recourir. L'automédication ou le recours à un prestataire traditionnel est une caractéristique singulière du recours aux soins préventifs. Ce recours est en général le plus connu, le plus recommandé et le plus usuté par les femmes socialisées en milieu rural.

III.3.1.2-Le milieu de résidence

Dans les pays en développement on observe une concentration des couches aisées en ville et celles des pauvres en milieu rural. En plus de cela, il faut ajouter que contextuellement, les villes africaines sont mieux dotées en infrastructures socio-sanitaires que les villages où les centres de santé sont généralement très distants des populations. Akoto et al (2002) avancent eux l'inégale répartition des ressources humaines et matérielles comme une des principales raisons qui oppose le milieu urbain et le milieu rural dans l'explication du choix thérapeutique dans certains pays africains.

III.3.1.3-L'instruction de la femme

Si l'effet de l'instruction de la femme qui était significativement élevé au niveau de chaque modalité (bivarié) de la prise en charge médicale de la grossesse a substantiellement baissé au niveau multivarié, cela montre que ses effets bruts sont en partie dus à ceux d'autres caractéristiques socioculturelles. Le comportement différentiel entre les femmes de niveau d'instruction différent peut s'expliquer par le fait que les femmes instruites tirent profit des bienfaits de la médecine moderne car l'instruction modifie les connaissances et les perceptions que la mère a de l'importance de la médecine moderne vis-à-vis de sa santé et de celle de son enfant (Caldwell cité par Baya, 1996). Plus le niveau d'instruction de la femme sera élevé, meilleur sera la communication entre cette dernière et le personnel de santé.

III.3.1.4-L'instruction du conjoint

L'acquisition de connaissance et de savoir faire par le biais d'un système d'enseignement structuré et organisé selon les normes occidentales (Akoto, 1990) permet à l'individu d'avoir une plus grande chance d'acquérir des connaissances scientifiques sur les maladies obstétricales mais également de développer des attitudes positives en matière de prévention contre ces risques par le biais d'un suivi complet. Cette acquisition permet également à l'individu de rompre avec les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme (Akoto et al, 2002). Du fait de leur niveau d'instruction élevé et de leur connaissance des dangers d'un accouchement négligé, les conjoints instruits prodiguent des conseils à leur femme et ont tendance à personnaliser la grossesse. Ce n'est donc plus une affaire de femme mais plutôt une affaire de couple. En plus de cela, les personnes issues des milieux sociaux élevés ont peu d'empathie avec la médecine traditionnelle obstétricale et refusent catégoriquement les systèmes traditionnels de soins.

III.3.1.5-La religion de la femme

La meilleure prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement chez les chrétiennes peut s'expliquer par le fait que ces dernières sont a priori plus instruites et plus modernes que les femmes des autres religions. La différence de comportement observée entre chrétiennes et animistes peut également s'expliquer soit par l'ignorance des animistes sur

l'importance de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement, soit par la préférence des remèdes traditionnels ou soit aussi par la crainte que les visites prénatales soient subseptibles d'avoir des effets secondaires néfastes sur la grossesse, se basant sur des expériences passées. Dans les cultures de tradition islamique, la disponibilité et la mobilité des femmes sont limitées, ce qui va influencer négativement l'utilisation des services de santé maternelle.

III.3.1.6-La région de résidence de la femme

Dans les régions d'accès difficile comme le Sahel et le Nord-Ouest, la dispersion du peuplement rend difficile l'accès des centres de santé au cas où il en existe. Ces régions ont également un environnement physique difficile. En effet ces régions sont généralement enclavées et les moyens de déplacement ne sont ni confortables, ni adéquats. La différence significative entre le Sahel et Ouagadougou peut également se justifier par le fait que la région du Sahel est une région à majorité islamique.

III.3.2-Les facteurs économiques

III.3.2.1-L'activité économique du conjoint

Une explication possible est que dans nos différents pays, la gratuité des services publics de santé est progressivement abandonnée au profit du paiement par les usagers des services de santé modernes pour pallier au sous financement de ces services. Cela favorise les femmes dont le conjoint exerce dans le secteur moderne. Il est établi que les accoucheuses traditionnelles acceptent des paiements en nature ou en espèce différés (Fournier et Haddad, 1995). Cette flexibilité les rend donc particulièrement attractives pour les femmes dont les conjoints travaillent dans le secteur agricole.

III.3.2.2-L'activité économique de la femme

Cette discrimination des agricultrices à l'égard de celles qui travaillent peut s'expliquer par le fait que la majorité de ces femmes réside en milieu rural et ne dispose toujours pas des ressources financières nécessaires pour supporter les coûts relatifs à la prise en charge médicale de leurs grossesses.

III.3.2.3-Le niveau de vie du ménage

Les résultats obtenus renforcent la thèse selon laquelle le niveau de vie du ménage est une des principales barrières à l'utilisation des services de santé maternelle. Le pouvoir économique du ménage est une contrainte majeure à surmonter pour accéder au système moderne de soins et pour le respect des règles préventives (Beninguissé, 2001).

III.3.3-Les facteurs démographiques et sociodémographiques

III.3.3.1-Le sexe du chef de ménage

Le fait qu'il n'y ait pas de différences significatives entre les femmes vivant dans les ménages où le chef est de sexe masculin et celles vivant dans les ménages où le chef est de sexe féminin peut s'expliquer par le fait que les femmes chefs de ménage sont généralement des veuves ou des divorcées et bénéficient de l'héritage financier laissé par leur conjoint. Les femmes chefs de ménage en union sont généralement dans des unions polygamiques, accédant ainsi à une partielle autonomie économique et sociale.

III.3.3.2-La parité de la femme

Le meilleur comportement des primipares peut se justifier par le fait qu'elles ont conscience de l'ampleur des risques associés à la première grossesse. De plus les multipares qui peut être n'ayant eu aucun cas de maladies graves avec leurs grossesses précédentes, peuvent négliger la prise en charge médicale des grossesses suivantes.

III.3.3.3-Le statut matrimonial de la femme

Le suivi des soins préventifs chez la femme en union incombe au couple. Le conjoint comme la femme veille à ce que la grossesse reçoive les soins nécessaires. Les femmes en union bénéficient également de l'assistance financière de leur conjoint contrairement à celles qui sont sans conjoint.

III.3.3.4-L'âge à l'accouchement de la mère

Le fait que l'âge à l'accouchement de la mère ne détermine pas la prise en charge médicale de la grossesse et l'assistance médicale à l'accouchement pourrait s'expliquer par le

fait que les jeunes mères bénéficie de l'assistance financière de leurs parents et qu'ils sont généralement instruits.

CONCLUSION

L'analyse univariée nous a montré que la grossesse est plus suivie médicalement avec un rapport de 78 femmes sur 100, ensuite vient l'accouchement avec un rapport de 58 femmes sur 100. C'est la proportion des femmes n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge de leurs grossesses qui est également la plus faible comparativement à l'accouchement.

En définitive, il ressort que la région de résidence, la religion de la femme et le niveau de vie du ménage sont les facteurs les plus déterminants de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement. S'agissant des hypothèses, il ressort que cette étude a confirmé les hypothèses H₁, H₂, H₃ et H₄. Par contre les hypothèses H₅, H₆ et H₇ ont été totalement infirmées. L'hypothèse H₈ a été partiellement vérifiée. En effet, pour cette hypothèse, on a plutôt le résultat suivant :

- Les chrétiennes se font plus assister médicalement à leurs accouchements que les animistes uniquement.

BIBLIOGRAPHIE

- AKOTO E. M. (1990), « Christianisme et inégalité en matière de mortalité des enfants en Afrique », Population, vol6, pp.971-992.
- AKOTO E.M. et al (2002), Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest: pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Bénin, cote d'Ivoire et Mali), Yaoundé, IFORD, Les Cahiers de l' IFORD n°27, 170p.
- ASSEMAL A. (2003), Les déterminants de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement au Tchad, Yaoundé, IFORD, mémoire de DESSD, 102p.
- BAYA B. (1996),Quelques déterminants du comportement en matière de santé à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), Les travaux de l'UERD n°7, Ouagadougou, 33p.
- BENINGUISSE G.,(2001), Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, Louvain-la-neuve, UCL, département des sciences de la population et du développement, Institut de démographie, 297p.
- CANOVAS C.J.E., (1994), Famille statut de la femme et santé des enfants au Mexique, Louvain-la-neuve, thèse, 290 p.
- CANTRELLE P. et LOCOH T. (1990), Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest, Paris, CEPED, Les Dossiers du CEPED n°10, 40p.
- CNRE et DHS (1994), Enquête nationale démographique sanitaire de Madagascar, 1992, Calverton Maryland, Macro International Inc, 248p.
- INSD et Macro International (1994), Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 1993, Calverton Maryland, INSD et Macro International, 295p.

- **INSD et Macro International Inc** (2000), Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 98-99, Calverton Maryland, INSD et Macro International, 327p.

- INSD et ORC macro** (2004), Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003, Calverton Maryland, INSD et ORC macro, 455p.

- JAFFRE Y. et PRUAL A. (1993)**, « Le corps des sages-femmes entre identités professionnelles et sociales », in sciences sociales et santé, vol XI n°2, John Libbey Eurotext, pp.63-80.

- KINOUANI KENGUE M.A. (2002)**, Déterminants des comportements thérapeutiques des femmes pendant la grossesse et l'accouchement : Cas du milieu rural de cinq provinces Camerounaises, Yaoundé, IFORD, Mémoire de DESSD, 122p.

- DE SOUSA O.A. (1995)**, La maternité chez les Bijago de Guinée-Bissau : une analyse épidémiologique et son contexte ethnologique, Paris, CEPED, Les cahiers du CEPED n°9, 114p.

- OMS (1993)**, Compléments martiaux pendant la grossesse : pour quelles raisons les femmes ne se conforment-elles pas? Analyse des données disponibles, Genève, OMS, 57p.

- OMS, (1996)**, Combattre la maladie, promouvoir le développement, Rapport sur la santé dans le monde 1996, Genève, 12p.

- PNUD (2004)**, Rapport mondial sur le développement humain 2004, Paris, Economica, 285p.

- RAKOTONDRABE F. P. (2001)**, « Contribution du genre à l'explication de la santé des enfants : cas de Madagascar », in Colloque international genre, population et développement en Afrique, session VII : santé et système de genre, Abidjan, UEPA/INED/ENSEA/IFORD.

-**SALADIANKADA T.F.** (1999), Recherche des facteurs d'un recours de qualité aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum : cas de la ville de Bafia, Yaoundé, IFORD, Mémoire de DESSD, 96p.

-**TOLLEGBE A.** (2004), Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique : Cas du Bénin, Yaoundé, IFORD, Mémoire de DESSD,

-**UNFPA** (2004), Etat de la population mondiale 2004, New-york, 116p.

-**ZOUNGRANA C.M.** (1993), Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali), Montréal, thèse de doctorat, 233p.

-**ZOURKALEINI Y.** (1997), Les déterminants socio-démographiques et contextuels de la mortalité des enfants au Niger, Montréal, thèse de doctorat, 386p.

-www.sante.gov.bf

ANNEXE

Tableau A.1 : Rapport de chance du contact avec le système sanitaire moderne et du respect des normes selon toutes les caractéristiques

Variables indépendantes	Suivi de la grossesse	
	Contact	Norme
Milieu de résidence	***	**
Milieu urbain	2,52**	1,52**
Milieu rural	1,00	1,00
Milieu de socialisation	**	ns
Milieu urbain	1,30**	1,16 ^{ns}
Milieu rural	1,00	1,00
Instruction femme	***	ns
Sans niveau	1,00	1,00
Primaire	1,94***	1,04 ^{ns}
Secondaire supérieur	14,20 ^{ns}	0,99 ^{ns}
Religion	***	**
Chrétienne	1,00	1,00
Musulman	0,71***	0,76**
Animiste	0,46***	0,99 ^{ns}
Instruction du conjoint	***	ns
Sans niveau	1,00	1,00
Primaire	1,77***	0,88 ^{ns}
Secondaire Supérieur	8,37***	1,46 ^{ns}
Région	***	***
Ouagadougou	1,00	1,00
Nord-ouest	0,22**	0,61**
Centre	0,57 ^{ns}	1,26 ^{ns}
Est	0,23 ^{ns}	1,32 ^{ns}
Sud-ouest	0,26 ^{ns}	0,57**
Sahel	0,13***	0,94 ^{ns}
Activité économique du conjoint	***	**
Cadre	1,00	1,00
Domestique	2,01**	0,92
Commerçant	1,53 ^{ns}	0,79
Agriculteur	0,79 ^{ns}	0,60**
Activité économique de la femme	***	ns
Non agricultrice	1,00	1,00
Agricultrice	0,88 ^{ns}	1,08 ^{ns}
Inactive	0,55***	1,21 ^{ns}
Niveau de vie ménage	***	ns
pauvre	0,72***	0,94 ^{ns}
Moyen	1,00	1,00
Riche	1,40***	0,96 ^{ns}
Sexe du chef de ménage	ns	ns
Masculin	0,71 ^{ns}	1,21 ^{ns}
Féminin	1,00	1,00
Parité	ns	ns
primipare	1,00	1,00
paucipare	0,85 ^{ns}	0,93 ^{ns}
multipare	0,78 ^{ns}	0,88 ^{ns}
Statut matrimonial	***	ns
Célibataire	0,93***	1,12 ^{ns}
En union	1,00	1,00
Séparé	0,35***	0,63 ^{ns}
Âge à l'accouchement	ns	ns
15-24 ans	0,90 ^{ns}	1,17 ^{ns}

25-34 ans	1,00	1,00
35 ans ou plus	0,99^{ns}	1,08^{ns}
<i>Signification modèle</i>	***	***
<i>Pseudo R² du modèle</i>	39,36 %	7,4 %

(***) Significatif à 1 % ; (**) significatif à 5 % ; ns= non significatif à 5 %

Tableau A.2 : Répartition des effectifs et des proportions de femmes selon les modalités des différentes variables.

Variables indépendantes	Effectifs	Proportions
Milieu de socialisation		
Milieu urbain	1311	19,1 %
Milieu rural	5553	80,9 %
Instruction femme		
Sans niveau	5962	86,7 %
Primaire	602	8,8 %
Secondaire supérieur	309	4,5 %
Religion		
Chrétienne	1731	25,2 %
Musulman	4273	62,2 %
Animiste	866	12,6 %
Instruction du conjoint		
Sans niveau	5757	87,4 %
Primaire	472	7,2 %
Secondaire Supérieur	359	5,5 %
Activité du conjoint		
Cadre	408	6,1 %
Domestique	496	7,4 %
Commerçant	465	6,9 %
Agriculteur	5356	79,6 %
Activité de la femme		
Non agricultrice	1291	18,4 %
Agricultrice	5032	73,2 %
Inactive	549	8,0 %
Niveau de vie ménage		
pauvre	2662	38,7 %
Moyen	2374	34,5 %
Riche	1837	26,7 %
Sexe du chef de ménage		
Masculin	6496	94,5 %
Féminin	377	5,5 %
Parité		
primipare	1244	18,1 %
paucipare	2127	30,9 %
multipare	3503	51,0 %
Statut matrimonial		
Célibataire	144	2,1 %
En union	6598	95,4 %
Séparé	171	2,4 %
Âge à l'accouchement		
15-24 ans	2595	37,8 %
25-34 ans	2798	40,7 %
35 ans ou plus	1481	21,5 %
Milieu de résidence		
Milieu urbain	987	14,4 %

Milieu rural	5887	85,6 %
Région		
Ouagadougou	435	6,3 %
Nord-ouest	1895	27,6 %
Centre	1380	20,1 %
Est	1168	17,0 %
Sud-ouest	1488	21,7 %
Sahel	507	7,4 %
Prise en charge médicale de la grossesse		
Aucune	1476	22,3 %
Partielle	4681	70,6 %
Complète	470	7,1 %
Assistance médicale à l'accouchement		
Non	4004	58,3 %
Oui	2861	41,7 %

Tableau A.3 : Contribution de chaque variable à la prise en charge médicale de la grossesse

Effet	-2 log-vraisemblance du modèle réduit	Khi-deux	degrés de liberté	Signif.
Constante	4136,970 ^a	,000	0	,
V024	4321,737	184,768	10	,000
V025	4154,974	18,004	2	,000
V103	4143,040	6,070	2	,048
V106	4161,834	24,864	4	,000
V130	4194,002	57,032	4	,000
V701	4166,493	29,523	4	,000
V705	4171,056	34,086	6	,000
V717	4148,963	11,993	4	,017
HV270	4192,289	55,320	4	,000
V151	4141,360	4,390	2	,111
V201	4140,467	3,497	4	,478
V501	4160,181	23,211	2	,000
AGACOU	4139,123	2,154	4	,708

La statistique Khi-deux est la différence dans les -2 log-vraisemblances entre le modèle final et un modèle réduit. Le modèle réduit est formé en omettant l'effet de la variable du modèle final. L'hypothèse est nulle si tous les paramètres de cet effet sont égaux à zéro.

- a. Ce modèle réduit est équivalent au modèle final car l'omission de l'effet n'augmente pas les degrés de liberté.

Tableau A.4 : Contribution de chaque variable à l'assistance médicale à l'accouchement

Effet	-2 log-vraisemblance du modèle réduit	Khi-deux	degrés de liberté	Signif.
Constante	3226,988 ^a	,000	0	,
V024	3311,093	84,105	5	,000
V025	3258,497	31,508	1	,000
V103	3232,810	5,822	1	,016
V106	3254,979	27,991	2	,000
V130	3272,624	45,636	2	,000
V701	3267,875	40,887	2	,000
V705	3248,626	21,638	3	,000
V717	3252,877	25,889	2	,000
HV270	3278,821	51,833	2	,000
V151	3227,949	,961	1	,327
V201	3243,277	16,289	2	,000
V501	3228,296	1,308	1	,253
AGACOU	3233,020	6,032	2	,049
SUIGRO	3975,683	748,695	2	,000

La statistique Khi-deux est la différence dans les -2 log-vraisemblances entre le modèle final et un modèle réduit. Le modèle réduit est formé en omettant l'effet de la variable du modèle final. L'hypothèse est nulle si tous les paramètres de cet effet sont égaux à zéro.

a. Ce modèle réduit est équivalent au modèle final car l'omission de l'effet n'augmente pas les degrés de liberté.

Tableau A.5 : Contribution de chaque catégorie de variables à la prise en charge médicale de la grossesse

Modèle	Chi deux	Différence
modèle global	1026	0
modèle global sans les facteurs socioculturels et les facteurs contextuels	600	426
modèle global sans les facteurs économique	921	105
modèle global sans les facteurs sociodémographiques et démographiques	994	32

Tableau A.6 : Contribution de chaque catégorie de variables à l'assistance médicale à l'accouchement

Modèle	Chi deux	Différence
modèle global	2600	0
modèle global sans les facteurs socioculturels et les facteurs contextuels	2335	265
modèle global sans les facteurs économique	2492	108
modèle global sans les facteurs sociodémographiques et démographiques	2578	22

Tableau A.7 : Evolution des cas de tétanos néonatal entre 1990 et 1999 au Burkina Faso

Années	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
TNN			47	19	20	18	15	14	18	19

source : www.arriva.org