

DÉMOGRAPHIE ET CULTURES

*Colloque international de Québec
(Canada, 25-29 août 2008)*



**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>**

Facteurs contextuels prépondérants du recours aux soins durant l'accouchement : cas de la religion dans l'adoption des comportements sanitaires sains durant l'accouchement

KONE Korotoumou

Université catholique de Louvain, Belgique

Avant de commencer, présentons-nous d'abords le contexte de l'étude.

Contexte général de l'étude

Avant de poursuivre, il convient de présenter le contexte géographique et culturel du pays. En effet, une meilleure connaissance des spécificités du pays permettrait de mieux expliquer et comprendre certains résultats.

Géographie

Située en Afrique occidentale entre le tropique du cancer et l'équateur, la Côte d'Ivoire s'étend sur une superficie de 322 465 Km². Elle est limitée au nord par le Burkina Faso (400 km) et le Mali (370 km) ; au sud l'océan atlantique (500 km) ; à l'est le Ghana (670 km) et à l'ouest le Libéria (580 km) et la Guinée (610 km).

Culture

La population originelle ivoirienne se répartit en près de 70 ethnies réparties en quatre grandes familles ethnolinguistiques : les Akan, les Krou, les Mandé et les Voltaïques, les Akan (au sud, à l'est, et au centre), les krou et les Mandé du sud à l'ouest, les Mandé du Nord et les voltaïques au Nord. De cette diversité ethnique découle une pluralité culturelle qui rend à la Côte d'Ivoire sa spécificité de carrefour d'aires ethno-culturelles d'Afrique de l'ouest. On y dénombre 38,6% de musulmans, 32,8% de chrétiens, 11,9% d'animistes et 16,7% de personnes sans religion. Le Nord autochtone du pays est majoritairement musulman et le Sud chrétien.

Introduction

Face à la situation très préoccupante de l'Afrique en matière de santé maternelle, de nombreux programmes ont orienté leurs actions sur la construction et le développement des services obstétricaux dans les pays africains, même si dans leur ensemble, les gouvernements africains n'ont reconnu que tardivement le problème de la mortalité maternelle. Cependant force est de constater que les taux de fréquentation de ces centres pourtant théoriquement spécialisés, restent encore faibles. En effet, selon les statistiques de l'OMS de 1998, la fréquence du recours aux soins prénatals parmi les femmes enceintes est seulement de 63% en Afrique contre 97% en Europe, 95% en Amérique du Nord, 73% en Amérique Latine et aux Caraïbes et 65% en Asie. La proportion de femmes enceintes qui accouchent dans des centres de santé modernes est de 42% en Afrique contre 98% en Europe, 99% en Amérique du Nord, 75% en Amérique Latine et les Caraïbes et 53% en Asie.

La Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette situation sanitaire pas très attrayante. Selon les données de la dernière Enquête Démographique et de Santé de 1998-1999 (EDS-CI/98-99), la proportion de consultations prénatales qui se font dans des centres de santé modernes est assez élevée. Plus de 80% des femmes ont effectué au moins une CPN au cours de leur dernière grossesse, en 1998, en Côte d'Ivoire. Mais le nombre d'accouchements dans ces établissements spécialisés et dotés d'une certaine technologie d'appoint pouvant réduire les risques à

l'accouchement, reste à améliorer. En effet, dans un contexte où les peuples sont culturellement bien conscients des risques liés à la maternité, une proportion non moins importante des femmes est presque livrée à elle-même, car elle ne consulte aucun personnel de santé pendant la grossesse ou son accouchement : moins de la moitié des femmes enceintes en Côte d'Ivoire sont assistées par des professionnels de santé pour leur accouchement (47%) et 14,3% ne consultent personne lors de la grossesse.

On retient en définitive qu'en Afrique, les décès maternels et infantiles sont élevés et les recours aux soins maternels modernes demeurent relativement faibles¹, malgré l'existence de structures de santé. Cette situation quelque peu contradictoire nous amène à nous demander : « Existe-t-il réellement, une prise de conscience des risques encourus pendant la grossesse, en Côte d'Ivoire ? ». Rien qu'à l'analyse des expressions courantes dans les langues africaines et des rites culturels liés à l'accouchement dans presque toutes les régions de ce continent, nous sommes tentées, sans trop d'hésitations, de répondre par l'affirmative à cette question. Par exemple chez les Akans (les Adjoukrou, les Ebriés, les Attié, etc) au Sud de la Côte d'Ivoire, lorsqu'une femme accouche, elle est dispensée, pendant 90 jours, de toute sorte de travaux et reste aux bons soins de ses proches (mère, tantes, cousines, beaux parents, etc). À la fin des trois mois, on organise une cérémonie au cours de laquelle cette femme devra être parée de ses plus beaux habits et bijoux et faire le tour du village. Le sens donné à cette cérémonie appelée « **Awoulaba** » et qui perdure jusqu'aujourd'hui, est de féliciter la femme d'avoir réussi la grande épreuve qu'est l'enfantement. L'image qu'elle présente aux yeux de cette communauté est identique à celle de la « belle miraculée » choyée par tous. Cette période de 90 jours varie d'une région ou d'un pays à l'autre, mais le contenu reste semblable. Elle est de 45 jours chez les Malinké de Côte d'Ivoire et ailleurs. Ainsi, la perception des risques liés à l'enfantement est culturellement quasi identique partout en Afrique au Sud du Sahara, à l'instar des pays développés. Pire, le processus de l'enfantement est très souvent comparé à une lutte infernale contre la mort pour la femme. Un autre constat s'impose alors à nous : on est bien conscient des risques encourus pendant la grossesse, or les recours aux soins modernes, notamment pendant l'accouchement, sont relativement faibles et les décès maternels et infantiles très élevés. Outre les problèmes d'existence des structures il existe certainement des blocages ou du moins, il existe sans doute une logique particulière qui sous-tend le recours aux soins de santé des femmes enceintes en Côte d'Ivoire. Il serait opportun de comprendre cette logique qui guide les comportements préventifs de ces femmes – comportements qu'elles adoptent généralement pour protéger le fœtus contre toute maladie ou malformation – et les personnes qu'elles contactent pour leur assistance durant la grossesse ou à l'accouchement. Ce champ d'investigation est certes nécessaire mais très vaste. Néanmoins, nous nous proposons de le cerner sous l'angle de notre question de recherche que nous formulons comme suit :

La question que nous nous posons alors, question à laquelle nous voudrions apporter des éléments de réponse au cours de cette étude est : « *quelle est l'importance de la religion dans l'adoption des comportements sanitaires des femmes enceintes en Côte d'Ivoire ?* ». En outre, « *est ce la religion à elle seule expliquerait-elle les différences de comportements face aux soins en cas d'accouchement ou y a t'il d'autres déterminants (niveau d'instruction et situation socio économique) qui interviennent en amont ?* »

Nous visons, à travers cette recherche, à étudier, comment, dans un contexte de mutations sociales, politiques et culturelles, varient les comportements sanitaires des femmes ivoiriennes enceintes, selon leur religion. Ce document que nous présentons pour le colloque international de Québec sur « DEMOGRAPHIE ET CULTURE » comportera deux grandes parties : (1) la Méthodologie, (2) les résultats. Mais avant, il convient de définir certains concepts de l'étude.

¹ Comparées aux statistiques des pays développés.

Les comportements sanitaires des femmes

Les comportements sanitaires se définissent ici comme étant le schéma à travers lequel une femme a recours à un système de soins donné (service de santé moderne ou traditionnel) pendant les épisodes morbides de sa grossesse, ou ses comportements de prévention (comportements alimentaires et sanitaires) en vue de protéger le fœtus et le nouveau-né.

La prise en charge de l'accouchement

Nous définissons la prise en charge de l'accouchement comme étant le suivi de l'accouchement par du personnel médical formé ayant un minimum de compétences obstétricales pour aider à mener à bien l'accouchement jusqu'à son terme et aussi soigner et protéger la mère et le bébé 42 jours après la naissance². Ce personnel devrait aussi être capable de détecter à l'avance, les cas de complication et les prendre en charge ou les transférer. Il s'agit des médecins, sages-femmes, infirmières, auxiliaires sages-femmes et des accoucheuses traditionnelles formées.

Les variables socioculturelles

Les attributs socioculturels, encore appelés variables socioculturelles, participent à la formation des modèles culturels. Ces modèles culturels représentent le cadre de pensée et de pratiques connues et valorisées socialement par la communauté. Ils forment des « condensés d'un système de normes, d'images, d'habitudes, d'idées, de pratiques quotidiennes, de nécessité » et qui guident l'action de l'individu dans sa vie de tous les jours (Kouamé et Rwengé, 1996 : 11). Les variables socioculturelles pourraient influencer les comportements sanitaires car, comme le dit (1995), les modèles culturels « constituent le type d'orientation mentale et de comportement que secrète, propose et valorise la société à l'égard des risques³ et auquel les sujets se réfèrent sans doute plus inconsciemment que consciemment » (Gérard et al, 1995 : 48).

Selon la définition de Lorimer (Lorimer cité par Nations Unies, 1977 : 93, op. cit.) ; l'expression « valeur culturelle » désigne les « attitudes et les intérêts qui sont, en partie, engendrés par une structure sociale donnée et qui, à leur tour, motivent et orientent les activités des individus appartenant à une société ».

En nous inspirant de cette définition de Lorimer, nous entendons ici par variables culturelles affectant les comportements sanitaires, l'ensemble des caractéristiques d'identification sociale fortement influencées par les normes et valeurs institutionnalisées par une société, et qui guident l'individu dans ses actes touchant au type de soins utilisé. Ces variables sont opérationnalisées par le milieu de résidence et la religion. Nous ajoutons aussi l'instruction quoique cette variable soit une variable tant socioéconomique que socioculturelle⁴.

Ces variables, auxquelles on peut ajouter le milieu de socialisation, peuvent également être qualifiées de variables de modernité culturelle car elles traduisent l'affaiblissement de l'adhésion aux normes culturelles traditionnelles et l'exposition aux idées nouvelles. Les religions, surtout les religions traditionnelles, sont celles qui à priori traduisent le plus l'intériorisation des valeurs anciennes.

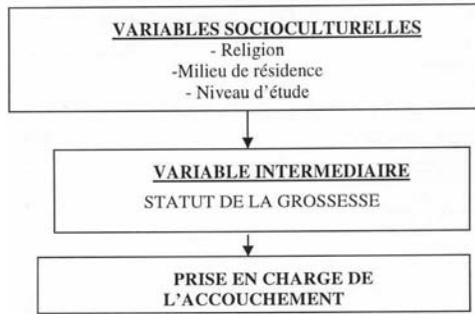
La présente étude se fera selon le cadre d'analyse suivant :

² Les 42 jours se référant à la définition citée plus haut de la mortalité maternelle selon l'OMS.

³ Les risques auxquels fait allusion l'auteur sont les risques démographiques : procréer, migrer, mourir.

⁴ En effet, comme déjà souligné plus haut, l'instruction est une variable à plusieurs dimensions. D'une part, elle permet d'emmagasiner des connaissances, d'autre part, ce pouvoir accumulateur de connaissances lui confère celui de générateur de ressources à travers l'exercice d'activité économique génératrice de revenus. L'instruction permet d'assurer en conséquence plus d'indépendance à la femme au sein de son ménage ou de sa famille.

FIGURE 1 : CADRE D'ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DE GROSSESSES ET DES ACCOUCHEMENTS EN CÔTE D'IVOIRE



L'hypothèse générale que nous voulons tester au cours de cette étude est la suivante :

Hypothèse général : le poids des facteurs socioculturels, sur les comportements sanitaires des femmes durant l'accouchement est fortement ressenti en Côte d'Ivoire. Au nombre de ces facteurs socioculturels, la religion joue un rôle très prépondérant dans l'adoption ou non des comportements sanitaires sains.

De cette hypothèse générale découle les hypothèses spécifiques suivantes :

Hypothèses spécifiques :

H0 : Nous pensons que le statut de la grossesse représente une variable intermédiaire du recours aux soins obstétricaux des femmes durant l'accouchement.

H.1 : Nous pensons que la religion est un facteur de différenciation important des comportements sanitaires des femmes enceintes en Côte d'Ivoire. Autrement dit, nous pensons que le recours aux soins médicaux durant l'accouchement des femmes chrétiennes est toujours meilleur. Ensuite viennent les femmes musulmanes et en dernière position, les femmes des autres religions ou les athées.

La religion semble constituer une source de conflits internationaux armés de nos jours. De même, à l'intérieur même des États, elle semble opposer l'adoption de comportements sanitaires médicaux sains, à la conservation des méthodes traditionnelles de soins aux mères. Ainsi :

H.2 : Nous pensons que le fait de pratiquer telle ou telle autre religion suffit à lui seul pour améliorer (quand il s'agit des religions chrétiennes) ou anéantir (quand il s'agit de la religion musulmane ou autre), les efforts de promotion de la médecine moderne dans l'exercice de la maternité.

Sources des données, calcul des indicateurs

Sources de données et méthodologie des enquêtes

Les données sont principalement les données des deux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1994 et de 1998 ainsi que l'enquête de 2005 sur les indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire (EIS). Ces trois sources sont celles provenant des enquêtes d'envergure nationale sur la santé et la fécondité qui existent à ce jour en Côte d'Ivoire. Nous choisissons de restreindre cette analyse sur les comportements sanitaires des femmes enceintes seulement au dernier enfant né vivant par femme, au cours des trois dernières années avant les enquêtes. Ils sont en tout au nombre de 10 233 enfants de 0 à 3 ans révolus, dont 3 562 proviennent de l'EIF, 3 343 de l'EDS de 1994, 1 038 de l'EDS de 1998/99 et 2 290 de l'EIS 2005. Les 10 233 enfants

sélectionnés pour l'étude sont nés de mères relativement jeunes : les âges moyens des mères étaient de 27 ans aux trois enquêtes.

Calcul de l'indicateur de prise en charge de l'accouchement :

Pour le calcul de l'indicateur de suivi de l'accouchement, plusieurs méthodes s'offrent à nous. Par exemple, nous aurions pu attribuer des scores aux modalités des variables « type de personnel ayant suivi l'accouchement » et « lieu de l'accouchement ». Les scores les plus élevés seraient alors attribués lorsque le type de personnel ou le lieu de l'accouchement se réfère au système de soins médical. Mais cette méthode a ses limites car non seulement le « lieu de l'accouchement » n'existe pas dans l'EIF de 1980, mais également les déclarations sur le type de personnel ayant assisté l'accouchement étant quelque peu confuses du fait que certaines femmes ont répondu « maternité » à la question « qui a assisté l'accouchement » en 1980. Nous allons donc, pour des besoins de comparaison, adopter une méthode simple, applicable aux 4 enquêtes et permettant en outre, d'avoir une distribution équilibrée des échantillons entre ses différentes modalités. Et de toute manière, selon les données des EDS et de l'EIS, on constate que la plupart des accouchements médicalement assistés ont eu lieu dans des centres de soins médicaux tandis que les accouchements non assistés sont généralement survenus à domicile.

En définitive⁵, il s'agira de calculer un indicateur qui sera une valeur dichotomique prenant la valeur 0 pour les accouchements non assistés (assistance traditionnelle) par du personnel médical et 1, si l'accouchement a été assisté par du personnel médical formé (assistance moderne).

Calcul de l'indicateur de prise en charge de la grossesse :

La méthode de calcul de l'indicateur de prise en charge de la grossesse sera la méthode des scores cumulés, les variables considérées étant les variables « nombre de CPN » et « âge de la grossesse à la première CPN » dont les modalités sont respectivement « 0 à 1 CPN ; 2-3 CPN et 4 CPN et plus » et « durant le premier trimestre de la grossesse ; après le 4^{ème} mois ». Les modalités de l'indicateur construit c'est-à-dire la Prise en charge de la grossesse (PCMG) sont : (1) entièrement traditionnelle (quand la grossesse n'a pas du tout été médicalement suivie), (2) quasi traditionnelle (quand la femme a fait 1 seule CPN et après le 4^{ème} mois de grossesse), (3) quasi moderne (quand la femme a fait 2 à 3 CPN après le 4^{ème} mois, ou alors quand elle en a fait 1 seule mais avant la fin du premier trimestre de sa grossesse) et (4) prise en charge adéquate (quand la femme a fait plus de 4 CPN et avant la fin du premier trimestre de la grossesse). Mais cet indicateur ne pourra être calculé pour l'EIF car la variable « durée de la grossesse à la première CPN » n'existant pas dans ce fichier.

Principaux résultats de l'étude

1. Analyse bi varies de l'influence des facteurs d'identification sociale sur la prise en charge de l'accouchement

1.1. Milieu de résidence et prise en charge des grossesses et des accouchements

Le milieu de résidence apparaît comme un déterminant important du recours aux soins durant la grossesse et à l'accouchement (voir tableaux 1 et 2 suivants). Les niveaux de recours aux soins modernes augmentent selon le degré de citadinité, c'est-à-dire le degré d'urbanisation. En effet l'utilisation des services de santé est beaucoup plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Par exemple plus de 2/3 des accouchements en milieu urbain

⁵ Comme méthode de calcul adoptée ici

(Abidjan et autres villes) se font dans des centres de santé modernes. À l'inverse dans les quatre enquêtes, c'est près des 2/3 des accouchements qui se font à domicile en milieu rural. Dans le milieu urbain, la capitale se démarque nettement des autres villes. Les femmes abidjanaises ont les niveaux de recours aux soins modernes de loin les plus élevés, par rapport aux femmes des autres villes (voir tableau 2 suivant).

En dépit du fait que vivre en milieu rural est moins favorable à des recours aux soins obstétricaux modernes, les femmes rurales semblent de plus en plus résolues à changer leurs pratiques, vu la hausse des niveaux de pratiques sanitaire modernes entre 1994 et 2005.

TABLEAU 1 : PRATIQUES SANITAIRES DES MÈRES DURANT LA GROSSESSE, SELON LES VARIABLES SOCIOCULTURELLES

Variables socioculturelles		Durée moyenne de la grossesse à la 1 ^{ère} CPN				Nombre moyen de CPN			Nombre moyen d'injection	
		1994	1998	2005	1980	1994	1998	2005	1994	1998
Milieu de résidence										
Abidjan	Moyenne	4,6	4,2	4,1	3,7	3,2	4	4,3	1,5	1,6
	N	785	285	379	622	809	294	378	813	295
	Écart-type	1,9	1,8	1,7	1,8	1,9	2	2,1	1	1,2
Autres villes	Moyenne	4,7	4,6	4,5	3,4	3,2	3,4	3,8	1,5	1,7
	N	521	310	422	724	545	327	437	547	328
	Écart-type	1,8	2,1	1,9	1,7	1,7	2	1,9	0,8	1,1
Rural	Moyenne	5	4,6	4,7	2,3	2,2	2,6	2,9	1,2	1,3
	N	1531	338	1140	2216	1968	407	1342	1983	414
	Écart-type	1,7	1,7	1,7	2,1	1,8	2	2	1	1
Total	Moyenne	4,8	4,4	4,6	2,8	2,6	3,3	3,3	1,3	1,5
	N	2837	933	1941	3562	3322	1028	2157	3343	1037
	Écart-type	1,8	1,9	1,7	2,1	1,8	2,1	2,1	1	1,1
Niveau d'instruction										
Illettrée	Moyenne	5,1	4,8	4,8	2,6	2,3	2,7	2,9	1,2	1,4
	N	1783	532	1242	2870	2206	617	1444	2226	624
	Écart-type	1,8	1,9	1,8	2,1	1,7	2	2	1	1
Primaire	Moyenne	4,7	4,2	4,4	3,5	3	3,8	3,8	1,5	1,7
	N	765	284	511	502	822	293	522	823	295
	Écart-type	1,7	1,6	1,6	1,9	1,7	1,9	1,9	1	1,1
Secondaire et +	Moyenne	3,9	3,6	3,6	3,9	4,1	4,9	5	1,7	1,8
	N	289	117	188	190	294	118	191	294	118
	Écart-type	1,7	1,7	1,6	1,6	2	1,9	2	0,8	1,2
Religion										
Chrétiens	Moyenne	4,6	4,1	4,5	3,4	3,1	4	3,8	1,5	1,7
	N	1115	340	776	1005	1194	355	797	1198	355
	Écart-type	1,7	1,7	1,6	1,9	1,8	1,9	1,9	0,9	1,1
Musulmans	Moyenne	4,9	4,7	4,5	2,5	2,4	3	3,2	1,3	1,4
	N	1043	422	831	1323	1249	464	944	1255	466
	Écart-type	1,9	2,1	1,9	2,1	1,8	2,1	2,2	1	1
Autres	Moyenne	5	4,4	4,7	2,6	2,2	2,7	2,6	1,2	1,3
	N	679	171	333	1234	879	209	412	890	216
	Écart-type	1,7	1,6	1,7	2,1	1,8	2,1	1,9	1,1	1,1

TABLEAU 2A : PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS MÉDICALEMENT
SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES, PAR ENQUÊTE (1/2)

Caractéristiques sociales		EIF 1980	EDS 1994	EDS 1998	EIS 2005
Milieu de résidence	Abidjan	87,6	78,6	83,7	83,3
	Autres villes	82,6	69,7	77,8	76,1
	Rural	36,2	33,5	36,5	37,1
Groupes d'âges des mères	15-19	57,5	55,4	61,0	50,5
	20-24	58,7	50,2	69,4	54,1
	25-29	57,3	49,9	63,3	51,2
	30-34	52,8	51,7	62,2	54,2
	35 ans et +	44,6	45,9	55,7	50,3
Niveau d'étude	Illettrées	49,7	42,0	53,4	47,1
	Primaire	70,7	60,9	72,6	60,3
	Secondaire +	86,8	84,4	89,8	77,4
Religion	Chrétiens	66,5	57,0	74,4	58,7
	Musulmans	55,0	53,5	63,8	55,6
	Autres	44,6	37,2	42,6	36,3
Durée de l'union	Célibataires	56,2	59,9	72,5	55,2
	0-4	61,5	54,7	65,4	56,0
	5-9	55,2	47,2	65,9	53,2
	10-19	53,6	47,7	54,7	50,4
	20 ans et plus	42,4	47,5	57,8	47,4

TABLEAU 2B : PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS MÉDICALEMENT)
SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES, PAR ENQUÊTE (2/2)

Caractéristiques sociales		EIF 1980	EDS 1994	EDS 1998	EIS 2005
État Matrimonial	Mariée	54,3	49,1	61,7	52,8
	Divorcée/Séparée	48,3	48,8	58,5	44,1
	Célibataires	59,8	59,9	72,5	56,6
Niveau de vie des ménages	Aisées	68	61,2	79,0	57,8
	Assez aisées	54,4	40,8	59,6	47,9
	Assez pauvres	46,3	42,5	54,9	52,2
	Très pauvres	34,8	55,3	61,3	52,8
Typologie des ménages	Mononuc. simple	61,7	46,1	60,8	63,3
	Mononuc. élargi	50,3	60,1	76,8	52,4
	Monopar. dépend.	49,8	53,0	67,3	53,3
	Monopar. simple	61,0	60,0	62,5	62,8
	Polynucléaire	46,4	44,5	51,6	48,9
Lien de parenté avec le CM	CM	65,4	60,6	62,5	62,8
	Épouse	57,8	50,1	63,3	51,9
	Fille	-	52,1	70,7	49,2
	Belle fille	51,5	40,4	45,6	48,1
	Autres liens	48,6	51,0	62,4	54,9
Nombre de coépouses	0	54,6	51,7	66,9	53,9
	1 et+	54,3	44,7	50,0	49,7
Activité économique des mères	Sans emploi	NA	63,2	78,5	52,7
	Secteur non agricole.		65,3	74,2	68,4
	Secteur agricole		25,9	33,7	35,3
Statut de l'enfant	Désiré	NA	48,7	63,2	NA
	Non désiré		53,5	62,5	
Rang de naissance	1	60,0	60,8	73,9	61,3
	2-3	57,1	50,7	62,9	50,7
	4-5	55,7	45,8	58,0	50,0
	6 et +	46,6	46,1	54,5	43,9
Qualité de la prise en charge de la grossesse	Entièrement TR.	6,9	7,9	10,0	0,4
	Quasi tradi.	46,6	48,1	59,7	50,2
	Quasi médical	65,6	63,9	69,3	59,6
	Médicale	76,6	79,8	83,7	74,1
Total		54,6	50,5	63,2	52,8
	Effectifs enquêtés	3553	3322	1028	2290

1.2. Niveau d'instruction et prise en charge moderne de la grossesse et de l'accouchement :

L'association entre l'instruction et le recours aux soins médicaux se confirme à toutes les enquêtes. La prise en charge médicale des grossesses et des accouchements augmente avec le niveau d'instruction. Par exemple le nombre moyen de CPN chez les femmes illettrées était de 3 en 2005 tandis qu'il était de 4 chez les femmes de niveau primaire et 5 chez celles de niveau secondaire et plus. De même, les femmes qui ont suivi de manière adéquate leur grossesse représentaient respectivement 16%, 29% et 55% des effectifs des échantillons des illettrées, des femmes de niveau primaire et de celles de niveau secondaire et plus, en 1998 (voir tableaux 1 et 2 ci haut). Ainsi, plus les femmes sont instruites, plus la proportion de prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement augmente.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus par d'autres chercheurs (Zougrana, 1993 ; Seynath, 1997 ; Jaffré et Prual, 1993 et 1994, Beninguissé, 2001, op.cit), sur l'analyse du lien entre l'instruction et le recours aux soins prénataux des femmes enceintes dans d'autres pays. De même, les données des EDS réalisées en Afrique au Sud du Sahara entre 1996 et 2000 montrent aussi que plus les femmes sont instruites, plus elles se font assister par du personnel médical formé à l'accouchement.

En outre, l'analyse des variations des pratiques sanitaires entre 1994 et 2005 indique que les femmes de niveau primaires ont été les plus sensibles aux différentes fluctuations conjoncturelles, tandis que les illettrées ont été les plus épargnées.

1.3. Analyse des comportements sanitaires selon le statut de la grossesse

L'impact du statut des grossesses sur le recours aux soins médicaux semble sans ambiguïté car selon les données du tableau 4 suivant, les grossesses sont mieux suivies médicalement lorsqu'elles ont été désirées. Les femmes ayant déclaré avoir désiré leur enfant sont les plus nombreuses à faire une prise en charge médicale adéquate de leur grossesse⁶.

Mais si le fait d'avoir désiré l'enfant semble être une motivation pour suivre adéquatement le déroulement de la grossesse, cela ne semble pas être le cas pour ce qui est de l'accouchement (voir tableau 3 suivant). D'ailleurs les femmes n'ayant pas désiré leurs grossesses sont plus nombreuses à solliciter la présence de personnel médical formé que les autres, durant l'accouchement. Ce résultat semble pour le moins surprenant.

TABLEAU 3 : PRATIQUES SANITAIRES DURANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT, SELON LE STATUT DE L'ENFANT

	1994			1998		
	STATUT de l'enfant		Total	STATUT de l'enfant		Total
	Désiré	Non désiré	%	Désiré	Non désiré	%
Qualité de la Prise en charge de la grossesse						
Ent. Trad.	16,6	10,8	14,5	11,0	7,2	9,7
Quasi trad.	45,0	52,2	47,5	38,2	42,5	39,6
Quasi mod.	23,0	24,2	23,5	25,0	28,9	26,3
Très mod.	15,4	12,8	14,5	25,8	21,4	24,3
Total (%)	100	100	100	100	100	100
Total (effectif)	2144	1177	3321	681	346	1027
Moyennes des visites prénatales						
Moyenne	2,6	2,7	2,6	3,2	3,3	3,3
N	2144	1177	3321	681	346	1027
Ecart-type	1,9	1,7	1,8	2,1	2,1	2,1
Calendriers des Visites prénatales						
Moyenne	4,8	4,9	4,8	4,4	4,5	4,4
N	1788	1049	2837	611	321	932
Ecart-type	1,8	1,7	1,8	1,9	1,8	1,9
% d'accouchements assistés médicalement parmi les enfants désirés ou parmi ceux non désirés						
%	48,7	53,5	50,4	63,2	62,5	63,0

⁶ 15% des femmes ayant désiré leur enfant ont eu un suivi médical adéquat pendant leur grossesse en 1994, contre 13% de celles n'ayant pas désiré leur enfant. En 1998, ces proportions étaient respectivement de 26% pour les enfants désirés et 21% pour les enfants non désirés. Ces proportions sont statistiquement différentes au seuil de 5%.

1.4. Religion et prise en charge de la grossesse et de l'accouchement

Le fait d'être musulmane paraît associé à un recours plus important aux soins modernes que le fait d'être sans religion ou de pratiquer des religions traditionnelles ou autres. Mais le fait d'être chrétienne est bien plus favorable à l'utilisation de soins obstétricaux pendant la grossesse et à l'accouchement que le fait d'être musulmane (voir tableaux 1 et 2 ci haut).

Comme son nom l'indique, les religions dites traditionnelles pourraient dans leurs pratiques, leurs principes fondamentaux et leurs idéologies, encourager plus l'orientation des femmes vers des soins traditionnels offerts par des féticheurs, guérisseurs traditionnels, prêtre de cultes, ou autres. On s'attendait donc plus à des pratiques sanitaires plutôt traditionnelles, de la part des femmes de ces religions. Par contre, pour ce qui est des deux grandes religions monothéistes, l'Islam et le Christianisme, une inquiétude se pose. En effet, l'Islam, ne semblent pas ouvertement décourager le recours aux soins moderne. Une femme musulmane a le droit de recourir aux soins de santé moderne si elle le désire, pour se faire suivre. Or on constate que les recours aux soins prénataux et à l'accouchement des femmes musulmanes sont les plus faibles, comparés à ceux des chrétiennes. Alors on se demande :

Est-ce la religion de manière fondamentale qui influence le comportement sanitaire des femmes ? Ou existe-t-il plutôt en amont, d'autres facteurs facilitants ou décourageants qui militent pour les niveaux de recours aux soins donné, pour les femmes musulmanes et chrétiennes ?

Il ressort certes de l'analyse de la prise en charge des grossesses et des accouchements, que les femmes de religion chrétienne sont plus nombreuses à adopter des pratiques sanitaires modernes durant la grossesse (faire des CPN, en faire assez, accoucher des mains de personnels médicaux formés) et l'accouchement, par rapport aux autres. Mais outre l'essence même de certaines religions notamment les religions traditionnelles qui prônent parfois fortement des pratiques anciennes et des coutumes, l'influence de la religion sur les comportements sanitaires des femmes ne serait-elle pas plutôt liée au niveau économique et à l'instruction, et non au seul fait de pratiquer une religion ou une autre. En d'autres termes, si les musulmanes ont un faible recours à l'appareil biomédical pendant la grossesse et l'accouchement, ne serait-il pas d'abord que ces femmes sont majoritairement non instruites, de faible niveau de vie et vivant dans des ménages étendus ? L'instruction, le niveau de vie des femmes (musulmanes) et la composition de leurs ménages n'auraient-ils pas annihilé les éventuels effets néfastes de la religion sur leur recours à l'appareil biomédical ?

Pour trouver réponse à ces interrogations, nous allons croiser la variable « religion » avec les variables « milieu de résidence », « niveau d'instruction », « niveau de vie » et « composition du ménage ». Les résultats de ces croisements sont consignés dans le tableau 4 suivant :

Religion et milieu de résidence

Globalement, aux différentes enquêtes les musulmanes sont plus nombreuses (en milieu urbain) que les autres⁷. Ainsi, malgré que les chrétiennes soient plus nombreuses à vivre en campagne, elles ont néanmoins les proportions les plus élevées en matière de recours aux soins modernes. N'est-ce donc pas plutôt le niveau de vie ou d'éducation qui influence les pratiques des femmes musulmanes ?

⁷ En 1994 par exemple, les proportions des femmes rurales étaient de 59% chez les chrétiennes, 78% chez les « autres », tandis qu'elles ne représentaient que 46% des musulmanes.

Religion et niveau de vie

De même les femmes musulmanes ont les meilleurs niveaux de vie. En 1998, par exemple, les proportions de « riches » étaient de 25% chez les musulmanes, 20% chez les chrétiennes et 13% chez les « autres ». On s'attendrait donc à ce que les femmes musulmanes recourent d'avantage aux soins obstétricaux que les femmes chrétiennes. Pourtant c'est le phénomène inverse qu'on observe. L'explication recherchée se trouve donc ailleurs que dans le niveau de vie.

Religion et niveau d'instruction

L'instruction expliquerait une part importante du problème car les femmes chrétiennes sont de loin, les plus scolarisées que les autres⁸.

Outre le facteur « instruction », une analyse des femmes selon le lien de parenté avec le chef de ménage et aussi selon la typologie des ménages pourraient également nous apporter des éléments de réponse supplémentaires.

Religion et direction du ménage

Le phénomène des femmes chefs de ménage, même s'il monte avec le temps, demeure quasi rare dans les ménages musulmans. En 1980 par exemple, seulement 0,5% des ménages musulmans (soit 7 femmes sur 340) étaient dirigés par des les femmes elles-mêmes, tandis que 5,4% des ménages chrétiens soit (54 femmes sur 1005) étaient dirigés par la femme. En 1998, 4,8% des ménages chrétiens étaient dirigés par des femmes, contre 2,3% des ménages musulmans. Et comme déjà vu, nous savons que les femmes vivant dans des ménages dirigés par elles même ont les meilleures propensions de recours à l'appareils biomédical pendant la grossesse et l'accouchement, alors la proportion des femmes chrétiennes chefs de ménages étant de très loin plus élevé que celle des musulmanes, ceci peut expliquer en définitive pourquoi les femmes chrétiennes font plus de CPN et accouchent plus sous assistance médicale que les autres.

Religion et composition du ménage

Les ménages musulmans sont généralement les ménages les plus étendus et les plus complexes, comparés aux ménages chrétiens. Par exemple en 1994, 33,5% des ménages des femmes musulmanes étaient des ménages de type polygamique et polynucléaire et seulement 11% des femmes de confession chrétienne provenaient de ce type de ménage. En 1998, ces proportions étaient de 29% chez les musulmanes et seulement le quart (8%) chez les chrétiennes (qui étaient issues de ménages polygamiques polynucléaires).

En fait, l'Islam favorisant la polygamie, cela pourrait en partie expliquer la dimension étendue des ménages des femmes de confession musulmane. Également, les ménages musulmans dans le contexte ivoirien ont la particularité de développer des économies familiales (entreprises familiales notamment dans le transport ou le commerce). Dans ces ménages (composés en général de plusieurs sous ménages), le regroupement des membres de la famille autour d'un seul chef est parfois de rigueur. Ceci permet au chef de ménage, premier responsable de l'entreprise familiale, de faciliter le contrôle et le suivi à la fois des membres de la famille et aussi employés dans l'entreprise. Ce regroupement a aussi un but économique ; celui de nourrir, blanchir et éduquer les « employés-familles », tout en réduisant les éventuelles

⁸ En 1994 par exemple, les femmes de confession chrétienne et sans niveau représentaient 44% de leur effectif total, tandis que les musulmanes sans niveau représentaient presque le double (83% de l'effectif total des musulmanes) et les femmes des religions « autres », 73% de leur effectif. De même, en 1998, tandis que les chrétiennes ayant atteint au moins le niveau secondaire des lycées et collèges représentaient 21% de l'effectif total des femmes chrétiennes, seulement 7% des musulmanes et 6% des « autres » avaient atteint ce niveau.

charges de salaires et en évitant les détournements abusifs de fonds par des agents. Or nous avons relevé dans l'analyse descriptive de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement selon la typologie des ménages, que les ménages étendus (les ménages polygamiques et polynucléaires) étaient ceux qui avaient les plus faibles recours aux soins modernes, alors l'explication des comportements sanitaires des femmes musulmanes peut également se trouver dans la typologie de la plupart des ménages dont proviennent ces femmes musulmanes.

En définitive, pour répondre à notre question sur l'influence propre des religions sur les comportements sanitaires, on retient que même si la pratique d'une religion musulmane ou non peut avoir une contribution dans le non recours à la médecine moderne durant la grossesse et à l'accouchement, cette contribution pourrait être fortement diminuée si les femmes musulmanes étaient instruites comme les femmes de confession religieuse chrétiennes⁹. Elle pourrait également l'être si les ménages dont provenaient ces femmes musulmanes étaient dirigés par elles même ou si ces ménages étaient peu étendus ou monogamiques. L'écart entre les femmes chrétiennes et les femmes musulmanes, les premières ayant les plus grandes propensions à recourir à des soins modernes trouverait donc une part de son explication dans la « polygamie », la « complexité ou taille élevée des ménages » et le faible niveau de « scolarisation » dans les familles musulmanes ivoiriennes. Ainsi, comme l'a relevé Mudubu (1996), en Afrique noire de manière générale, et en Côte d'Ivoire en particulier, la religion sert en réalité à approcher d'autres variables telles que l'instruction, la profession, dans une moindre mesure la composition du ménage, ou autres. Son influence sur les comportements sanitaires semble passer par ces variables. De même, selon les études menées au Cameroun et au Sénégal par Akoto en 1991, l'effet de la religion sur la mortalité des enfants disparaissait complètement en introduisant dans les modèles, les caractéristiques socio-économiques de leur mère. Nous y reviendrons dans les analyses des nets effets nets (en analyse multivariée).

⁹ En d'autres termes, si les musulmanes et autres ont un faible recours à l'appareil biomédical pendant la grossesse et l'accouchement, c'est d'abord que ces femmes sont majoritairement non instruites et de faible niveau d'instruction. L'instruction et le niveau de vie des femmes auraient pu annihiler les éventuels effets néfastes de la religion sur le recours à l'appareil biomédical.

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DES MÈRES PAR RELIGION
ET SELON LES CARACTÉRISTIQUES D'IDENTIFICATION SOCIALE

CARACTERISTIQUES	EDS-1994			EDS-1998			EIS-2005		
	RELIGION			RELIGION			RELIGION		
LOCALITE	Chr.	Musul.	autres	Chr.	Musul.	autres	Chrétiens	Musulmans	autres
Abidjan	24,8	32,1	12,7	33,2	28,7	19,9	18,4	20,6	7,6
Autres villes	15,9	21,5	9,7	30,7	39,4	16,7	14,9	28,9	10,2
Rural	59,3	46,4	77,6	36,1	31,9	63,4	66,7	50,5	82,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
NIVEAU D'INSTRUCTION									
Sans niveau	44,2	83,4	73,0	35,2	78,2	62,0	45,7	84,6	70,2
Primaire	40,9	11,2	21,7	43,9	15,0	32,4	39,2	10,7	25,2
Secondaire et plus	14,9	5,4	5,3	20,8	6,9	5,6	15,1	4,7	4,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ACTIVITE ECONOMIQUE									
sans emploi	29,6	26,4	22,7	26,5	24,6	17,1	29,3	29,0	29,0
Secteur non agricole	37,9	46,5	22,5	46,5	51,4	34,7	40,3	42,5	21,0
Secteur agricole	32,4	27,1	54,8	27,0	24,0	48,1	30,5	28,5	50,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ETAT MATRIMONIAL									
Mariée	75,1	92,4	84,9	73,5	91,2	79,6	76,3	89,6	84,4
Div/sépa/	5,1	1,8	4,5	7,0	1,7	3,7	2,0	1,4	2,4
Célibataires	19,8	5,8	10,6	19,4	7,1	16,7	21,7	9,0	13,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
TYPOLOGIE DU MENAGE									
Mononucléaire Simple	12,2	21,4	11,9	12,4	24,6	10,2	3,8	5,8	4,7
Mononucléaire Elargie	18,5	14,4	19,0	25,4	17,3	18,5	29,5	34,5	34,1
Monoparental dépendant	39,2	14,4	30,1	38,6	17,6	30,1	40,8	19,4	28,7
Monoparental Simple	5,8	3,0	2,7	4,8	2,4	5,6	6,3	5,0	6,0
Polygamique Polynucléaire	24,2	46,7	36,3	18,9	38,1	35,6	19,5	35,3	26,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
NIVEAU DE VIE									
Aisées	27,1	26,0	19,5	19,5	24,6	12,9	23,5	25,6	16,4
Intermédiaires aisées	26,4	19,6	29,8	31,1	23,3	40,5	29,6	21,7	36,4
Intermédiaires pauvres	24,9	28,3	25,9	24,7	24,4	28,6	24,9	21,5	23,0
Pauvres	21,6	26,2	24,7	24,7	27,7	18,1	22,0	31,2	24,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
STATUT DE L'ENFANT									
Désiré	57,2	71,7	64,6	59,3	72,2	66,2			
Non désiré	42,8	28,3	35,4	40,7	27,8	33,8			
Total	100	100	100	100	100	100			
QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE									
Entièrement Traditionnelle	6,8	16,2	22,8	4,2	9,1	20,6	3,3	12,7	18,5
Quasi traditionnelle	45,6	49,6	47,1	31,0	47,6	36,4	38,7	36,1	42,3
Quasi moderne	27,7	21,3	20,7	29,0	23,9	26,8	32,8	30,3	27,6
Très moderne	19,8	12,9	9,4	35,8	19,4	16,3	25,2	20,9	11,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT									
Traditionnelle	43,0	46,5	62,8	25,6	36,2	57,4	41,3	44,4	63,7
Moderne	57,0	53,5	37,2	74,4	63,8	42,6	58,7	55,6	36,3
total en %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total effectif	1198	1255	890	355	467	216	819	1017	449

Pour répondre à la question « quels sont les variables intermédiaires entre les facteurs d'identification sociale et la prise en charge de l'accouchement ? », les modèles de régression linéaires M1.a et M1.b ont été élaborés¹⁰.

- Modèle M.1.a : ce modèle analyse l'influence des variables d'identification individuelle de la femme ou variables de contrôle (variables sociodémographiques, économiques et culturelles) sur la variable dépendante.
- Modèle M.1.b : ce modèle ici prend en compte dans le modèle M.1.a, les variables intermédiaires. Ainsi on a dans ce modèle, les variables d'identification personnelles de la femme, le statut de la grossesse, la prise en charge de la grossesse et la variable dépendante. Ce modèle permet de voir si le statut de la grossesse et la prise en charge de la grossesse sont des variables intermédiaires efficaces, c'est-à-dire si elles rendent plus explicite, la relation entre les caractéristiques d'identification sociale et la variable expliquée « prise en charge de l'accouchement ».

Les résultats montrent que l'introduction des variables intermédiaires n'est pas sans effet dans le modèle car certains facteurs qui étaient influents dans le modèle ne le sont plus avec la présence des variables intermédiaires tandis que ceux qui étaient significatifs le demeurent toujours mais leurs coefficients s'effondrent¹¹. Cela signifie que l'influence de ces facteurs passe en partie par les variables intermédiaires. Ces facteurs ont tout de même un lien direct avec la prise en charge de l'accouchement, puisque les coefficients bêtas ne s'effondrent pas totalement, aussi bien en 1994 qu'en 1998 et en 2005. Par contre on peut dire sous certaines réserves que celles des modalités dont l'influence n'est plus significative sur la prise en charge de l'accouchement n'ont en fait aucun lien direct avec le phénomène expliqué, leur influence passant systématiquement par les variables intermédiaires et principalement par la prise en charge de la grossesse.

Toutefois, le statut de la grossesse s'avère sans influence significative sur le phénomène étudié, même lorsque cette variable n'est pas contrôlée par d'autres variables en 1994, tandis qu'en 1998, cette variable a une influence significative à 5% sur la prise en charge de l'accouchement, alors que ses effets bruts étaient auparavant non significatifs.

On retient ainsi que la prise en charge de la grossesse est la seule variable pouvant être considérée comme variable intermédiaire « efficace » entre les facteurs d'identification sociale de la femme et sa « prise en charge de l'accouchement ». L'effet des facteurs d'identification sociale sur la prise en charge de l'accouchement ne passe strictement pas par le statut de la

¹⁰ On construit en plus, un Modèle M.3. Dans M3, on introduit dans le modèle par bloc, les variables du « cadre social », les variables intermédiaires et des variables de contrôle c'est-à-dire les variables d'identification personnelles (socioculturelles, socioéconomiques et démographiques). L'ordre d'introduction de ces différents groupes de variables se fera suivant les conclusions obtenues aux deux sections précédentes quant aux ordres causaux ou ordres d'importance établis. L'analyse et la comparaison de ce modèle général M.3 avec les modèles M.1.b et M.2.b permettront de répondre à notre question de recherche sur « l'importance du cadre social ou familial sur la prise en charge de l'accouchement ». Ainsi, on pourra soit affirmer que le « cadre social » est très déterminant dans la prise en charge de l'accouchement, même en présence des variables de contrôle. Ou au contraire, si l'influence du cadre social disparaissait en présence des variables de contrôle, on pourrait émettre l'hypothèse que les variables socioculturelles, économiques et démographiques sont très liées au cadre social de la femme, de sorte que mis ensemble, ils inhibent mutuellement leurs effets sur la variable « prise en charge de l'accouchement ».

¹¹ En effet, lorsqu'on introduit dans le modèle comportant les variables d'identification sociales, les variables intermédiaires (on obtient alors le modèle M1.b), certains changements se font. Certaines modalités qui étaient auparavant significatives ne le sont plus. C'est le cas des groupes d'âges 20-24 ans, du rang de naissance 1 et des chrétiennes, en 1994. Certaines par contre demeurent toujours significatives dans le modèle, mais leurs coefficients bêtas s'effondrent. Ce sont les modalités du niveau d'instruction, du milieu de résidence, du secteur d'activité et de la prise en charge de la grossesse. Par exemple, en 1994, les coefficients bêtas des femmes de niveau secondaire et plus passent de 0,249 à 0,185 avec la prise en compte des variables intermédiaires dans le modèle comportant les facteurs d'identification sociale et la « prise en charge de l'accouchement ».

grossesse. Bien au contraire, le statut de la grossesse est fortement lié aux facteurs d'identification sociale de la femme, notamment à son niveau d'instruction.

III. Analyse multivariée de l'effet de la religion sur la prise en charge de l'accouchement

En milieu urbain ivoirien et également pour l'ensemble du pays, les femmes musulmanes et les femmes chrétiennes ont toujours plus de chances que les autres (des religions traditionnelles ou sans religion), de recourir aux soins médicaux dans l'exercice de leur maternité. Mais en milieu rural, les femmes musulmanes ont sensiblement les mêmes chances de recourir aux soins médicaux que les femmes animistes ou les femmes des autres religions (non chrétiennes), même si la relation n'est statistiquement pas significative.

Contrairement à ce qui s'observerait ailleurs, en Côte d'Ivoire, les chrétiennes ne sont pas plus avantagées que les musulmanes en matière de recours aux soins biomédicaux à l'accouchement en Côte d'Ivoire. En effet, certes à Abidjan les femmes chrétiennes ont plus de chances que les musulmanes de recourir à l'appareil biomédical pour accoucher. Mais pour l'ensemble du territoire ivoirien, les chrétiennes et les musulmanes ont sensiblement les mêmes chances de recourir à l'appareil biomédical durant l'accouchement, tandis que, contrairement à ce qui s'observe dans la littérature et à Abidjan, les chrétiennes résidant dans les autres villes du pays ont moins de chances de recourir aux soins médicaux que les musulmanes

Synthèse et conclusion générale

L'assistance à l'accouchement devrait être beaucoup plus stricte et intégrer l'utilisation systématique des soins obstétricaux modernes, afin de palier à toute complication ou urgence éventuelle, nécessitant des soins intensifs ou appropriés, y compris le recours à des gestes salvateurs, le cas échéant, comme le transfert vers des hôpitaux de référence. Car en donnant la vie, la femme peut risquer la sienne. Mais lorsqu'elle bénéficie de soins qualifiés et attentifs durant l'accouchement durant ses suites de couches, cela permettrait d'éviter la plupart des issues fatales et les séquelles invalidantes comme la tragédie des fistules obstétricale par exemple, et aussi de mettre fin à bien des souffrances.

Au terme de l'étude, nous en arrivons à la conclusion que la religion, contrairement à ce qui s'observe ailleurs, n'est nullement un facteur de différenciation des comportements sanitaires en Côte d'Ivoire. Cette variable sert plutôt à en approcher d'autres comme l'instruction, la composition du ménage, etc. Ainsi, les obstacles liés à l'attachement aux valeurs et pratiques sanitaires traditionnelles pourraient être surmontés grâce aux effets bénéfiques de l'amélioration du niveau d'instruction, le développement socio-sanitaire des zones rurales afin de réduire les problèmes d'accessibilité physiques, etc., tous ces facteurs contribuant à l'acceptation et à la fréquentation des infrastructures sanitaires modernes. En outre, le statut de la grossesse n'est pas une variable intermédiaire de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, du moins en Côte d'Ivoire.

Pistes de recherches

À l'issue de l'étude, nous suggérons de faire la même étude par localité en Côte d'Ivoire. Cela permettra par exemple de comparer les pratiques sanitaires des femmes du nord (majoritairement musulmanes) à celles du sud (majoritairement chrétiennes), ou à comparer deux régions géographiquement et sans doute culturellement opposées, mais pratiquant majoritairement la même religion comme le Sud et l'Ouest ou le Nord et l'Est.

TABLEAU 5: ANALYSE DES EFFETS NETS DES VARIABLES EXPLICATIVES SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT POUR L'ENSEMBLE DU PAYS, LES TROIS ENQUÊTES (EDS ET EIS) FUSIONNÉES

Variables explicatives	Fusion des 3 enquêtes
	Exp (β)
I. CADRE SOCIAL OU FAMILIAL	
Structure du ménage	
- Mononucléaire simple	0,919
- Mononucléaire élargi	1,130
- Monoparental simple	0,979
- Monoparental dépendant	1,065
- Polygamique polynucléaire	®
Indicateur de niveau de vie du ménage	
- Aisées	1,077
- Moyens aisées	0,913
- Moyen pauvres	0,904
- Très pauvres	®
État matrimonial	
- Mariées	®
- Veuves/divorcées/séparées	0,669**
- Célibataires	0,875
II. VARIABLES INTERMÉDIAIRES (VI)	
Prise en charge de la grossesse	
- Entièrement traditionnelle	0,041***
- Quasi traditionnelle	0,446***
- Médicale	0,691***
- Très médicale	®
III. VARIABLES D'IDENTIFICATION SOCIALE	
III.1 Variables sociodémographiques	
Groupes d'âges des mères	
- Moins de 20 ans	®
- 20 à 24 ans	1,071
- 25-29 ans	1,262*
- 30-34 ans	1,435**
- 35 ans et plus	1,331*
Rang de naissance	
- 1	1,595***
- 2-3	0,948
- 4-5	0,838*
- 6 et +	®
III.2 Variables socioculturelles	
Localité	
- Abidjan	4,018***
- Autres villes	3,130***
- Rural	®
Religion	
- Chrétiennes	1,323***
- Musulmanes	1,253***
- Traditionnelles, autres, athées	®
Niveau d'étude atteint	
- Sans niveau	®
- Niveau primaire	1,443***
- Secondaire et plus	2,305***
III.3 Variable socioéconomique	
- Sans emploi	®
- Secteur non agricole	1,080
- Secteur agricole	0,613***

Note : Seuil de signification des coefficients de régression : * 10%, ** 5% et *** 1% (Test de Fisher).

BIBLIOGRAPHIE

- ADJAMABGO, Agnès, Agnès GUILLAUME, Patrice VIMARD, 1999, « Santé maternelle et infantile en milieu Akan (Côte d'Ivoire) », pp 109-129, In ADJAMABGO, Agnès, Agnès GUILLAUME, Koffi NGUESSAN, 1999, Santé de la mère et de l'enfant. Exemples Africains, Colloques et séminaires, éditions IRD, 165 p.
- AKOTO E. M, 1991, « La morbidité et la mortalité infanto-juvénile au Bénin ».In « Population au Bénin », 1991, pp 155-197.
- AKOTO Eliwo Mangalé, Aka KOUAME et Lamlem B. SAMSON, 2002, « Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali) », les cahiers de l'Iford n° 27, Iford, Cameroun, 165p.
- BENINGUISSE, Gervais, 2001, « Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun », thèse de doctorat, Institut de Démographie de l'UCL, Louvain-la-Neuve, 313 p.
- CALDWELL J.C., CALDWELL P.,GAJANAYAKE I., ORUBULOYE I.O., PIERIS I., REDDY P.H, 1990, « Cultural, social and behaviour determinants of health and their mechanisms : a report on related research programs » in Caldwell J., Findley S., Caldwell P., Santow G., Cosford W., Braid J. and Broers-Freeman D., 1990, What we know about health transition. The cultural, social and behavioural determinants of health, health transition.vol 2, N° 2, pp. 534-541.
- GERARD, Hubert et Victor, PICHE, 1995, « La sociologie des populations », AUPELF-UREF, Université de Montréal.
- HAROUNA S., 1998, « Incidence du comportement des mères en matière de soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger », Cahier de L'IFORD, n° 22, Yaoundé, 1998, 123 p.
- JAFFRE Y, PRUAL A., 1993, « Le corps des sages femmes, entre identités professionnelle et sociale ». Sci Soc Santé, 11 (2), pp. 63-80.
- JAFFRÉ Y, PRUAL A., 1994, « Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behavior and health care constraints », Soc Sci Med, 38 (8), pp. 1069-1073.
- KOFI KOUADIO Achille, Danho Simplicie ANONGBA, 1998, « Les accouchements à domicile à propos de 1 000 cas colligés à la formation sanitaire d'Abobo Sud », Thèse n° 2077 UFR Sciences Médicales, Université de Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire), tiré du site www.payson.tulane.edu/resar/ (date de dernière visite : 23/06/2004).
- KOUAME A. et RWENGE M., 1996, « Structures de la production et comportements procréateurs en Côte d'Ivoire », Les dossiers du Ceped n° 36, 31 pages.
- MUDUBU K. L 1996, « Mortalité infantile et juvénile au Togo : Contribution des facteurs socio-économiques et culturels », Cahier de l'IFORD, n° 11, Yaoundé, 85 p.
- NATIONS UNIES, 1977, « Causes et conséquences de l'évolution démographique ; nouveau compendium de conclusions relatives à l'interaction des facteurs démographiques, économiques et sociaux », vol. 1 ; n° 50.
- SEYNATH Aidara, 1997, « Analyse différentielle des soins de santé prénataux en Mauritanie », in : / Association Maghrébine pour l'Étude de la Population, Alger (DZ) : AMEP, pp. 1109-1125.

- YANA S. D., 1995, « À la recherche des modèles culturels de la fécondité au Cameroun : une étude exploratoire auprès des Bamiléké et Bèti de la ville et de la campagne », Louvain-La-Neuve, Academia, L'Harmattan.
- ZOUNGRANA, C.M., 1993, « Les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali) », Collection thèses et Mémoires sur le sahel n° 32, Université de Montréal, Montréal, 214 p.