

ORGANISME INTER-ETATIQUE



UNIVERSITE DE YAOUNDE II

IFORD

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

**EVOLUTION TEMPORELLE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE LA
PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'ACCOUCHEMENT AU
CAMEROUN ENTRE 1991 ET 2004**

Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du Diplôme de

MASTER PROFESSIONNEL EN DEMOGRAPHIE

Domaine : Sciences Sociales

Mention : Droit-Sciences politiques-Economie et Gestion

Filière : Sciences de la population

Spécialité : Démographie

Par Monsieur KEUNDO Aubin Armand

Comité d'encadrement

Directeur : Dr. Gervais BENINGUISSE

Lecteur : Dr. Didier NGANAWARA

Yaoundé, novembre 2009

ENGAGEMENT

Les opinions contenues dans le présent document sont propres à son auteur et n'engagent en aucun cas l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD).

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à tous ceux qui me sont chers en l'occurrence, à

***Ma grand-mère NJODA Hélène** pour son amour et ses multiples bénédictions ;*

***Maman NANA Rose et maman NGAHA Justine** pour leur amour, leur soutien moral, financier et matériel ;*

***Mes cadets DECASTIN, ROCARD, D'AQUIN ET MAEVA**, que ce travail vous serve d'exemple, et que vous vous souveniez toujours que la réussite en toute chose dans la vie se trouve au bout de l'effort et de la persévérance ;*

***Monsieur KEMAJOU Brice Sidoine** pour sa marque de confiance particulière, son soutien multiforme et constant ;*

*A tous ceux qui auraient pu se réjouir avec nous mais qui nous ont quittés tôt, en particulier, mes défunts oncles, **papa Mbeuh NGANKEU Thomas et papa SIEULEU Joseph Picard**, dont leur détermination au travail et la réussite est un modèle à pérenniser. Que le Seigneur vous accorde toujours une place de choix dans son royaume.*

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche en démographie, qu'il nous soit permis de témoigner à tous ceux et toutes celles qui, de près ou de loin, ont contribué de diverses formes à la réalisation de cette œuvre.

Nous adressons nos remerciements au **Gouvernement du Cameroun** par l'entremise du **Ministère de l'Economie, de la Planification, et de l'Aménagement du Territoire** qui n'a ménagé aucun effort pour le financement de notre formation.

Nous exprimons tout particulièrement ici notre profonde gratitude au **Dr. Gervais BENINGUISSE** qui a accepté de diriger notre travail. Pour les sacrifices auxquels vous avez consenti durant ce travail, pour votre disponibilité en tout temps malgré vos multiples occupations, pour votre rigueur scientifique et vos suggestions, veuillez accepter une fois de plus, nos vifs remerciements.

Nos remerciements vont également à l'endroit du **Dr Didier NGANAWARA**, le lecteur de ce mémoire pour son assistance et ses conseils.

Nous ne saurions passer sous silence le précieux concours que nous a apporté toute **l'équipe des enseignants/chercheurs de l'IFORD**, ainsi qu'à tout **le personnel administratif de l'Institut** pour leur contribution et leur appui pour la réussite de cette recherche et de notre formation de démographe.

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de maman **NGANKEU Béatrice** pour son soutien inconditionnel depuis de longues années.

Un grand merci va également à l'endroit de Monsieur **NGANKEU GEORGES HYPOLITE** pour la réalisation de ce document. Qu'il trouve en ce modeste travail, l'expression de ma profonde gratitude.

A tous les **camarades de la 28ème, 29ème et 30ème promotions de l'IFORD** pour les moments de fraternité, d'entraide et d'échange passés ensemble et particulièrement à **mes collègues camerounais de la 29ème promotion** pour l'esprit de convivialité qui nous a animés ces deux années.

Nous ne saurons terminer sans adresser nos vifs remerciements à toute **la famille, à nos frères et sœurs** et tous **nos amis** pour leurs conseils, leurs encouragements, leurs prières et pour la solidarité manifestée à notre égard. Trouvez en ce modeste travail, toute notre gratitude et reconnaissance renouvelée pour les soutiens multiformes durant cette formation.

TABLE DES ABREVIATIONS

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

COGE : Comité de Gestion

COGEDI : Comité de Gestion de District

COSA : Comité de Santé

COSADI : Comité de Santé du District

CFA : Communauté Financière d'Afrique

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

ECAM I : Enquête Camerounaise auprès des Ménages n°1

ECAM II : Enquête Camerounaise auprès des Ménages n°2

EDSC-I : Enquête Démographique et de Santé du Cameroun n°1

EDSC-II : Enquête Démographique et de Santé du Cameroun n°2

EDSC-III: Enquête Démographique et de Santé du Cameroun n°3

FEMEC : Fédération des Missions et Eglises Evangéliques du Cameroun

FMI : Fonds Monétaire International

MINEFI : Ministère de l'Economie et des Finances

MSP : Ministère de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RMM : Rapport de Mortalité Maternelle

UNFPA: United Nations Funds for Population

SOMMAIRE

ENGAGEMENT.....	i
DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES ABREVIATIONS.....	v
SOMMAIRE	vi
LISTE DES TABLEAUX	xii
LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES.....	xv
RESUME.....	xvii
SUMMARY.....	xviii
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : CONTEXTE DE L’ETUDE	1
I. Les principaux repères macroéconomiques.....	1
1.1. La baisse des salaires dans la fonction publique.....	2
1.2. La dévaluation du franc CFA.....	2
1.3. Les programmes d’ajustement structurel du FMI.....	2
II. Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques entre 1991- 2004	3
2.1. Au niveau du revenu national par habitant	4
2.2. Pauvreté et précarisation de la situation des femmes.....	7
III. Evolution de l’offre sanitaire	9
3.1 Au niveau du budget alloué au Ministère de la Santé Publique	9
3.2 Au niveau de l’effectif du personnel médical	12
IV. Le contexte démographique.....	14
4.1 La fécondité	14
4.2 La mortalité néonatale et maternelle.....	15
V. Contexte socio-culturel.....	17
5.1. Diversité ethnique	17

5.2.	Scolarisation des femmes.....	18
VI.	Le système de santé au Cameroun.....	20
6.1	La structure du système de santé	20
6.1.1.	Un sous-secteur public.....	20
6.1.2.	Un sous-secteur privé	20
6.1.3.	Un sous-secteur de la médecine traditionnelle	20
6.2	L'organisation du système de santé.....	20
6.2.1	Le niveau central	21
6.2.2.	Le niveau intermédiaire.....	21
6.2.3	Le niveau périphérique.....	22
6.3.	Les intervenants dans le secteur santé	22
6.3.1	L'Etat.....	22
6.3.2	Les ménages	22
6.3.3	Le secteur privé	22
a)	Le secteur privé non confessionnel	22
b)	Le secteur privé confessionnel	22
6.3.4	Les partenaires extérieurs.....	23
6.4.	Dysfonctionnements dans le secteur de la santé publique.....	23
6.5.	Les réformes du système de santé.....	24
CHAPITRE II :	REVUE DE LA LITTERATURE	28
I.	Le statut socio-économique du ménage et de la femme.....	28
1.1	Le niveau de vie du ménage.....	28
1.2.	L'éducation de la femme	29
1.3.	L'occupation de la femme	30
1.4.	La protection sociale et la couverture médicale.....	31
II.	Les facteurs socio-culturels	31
2.1	L'ethnie.....	32

2.2	La religion.....	33
2.3.	Le milieu de socialisation de la femme.....	34
III.	Les caractéristiques du ménage et les caractéristiques socio-démographiques de la femme.....	34
3.1.	La structure du ménage et sexe du chef de ménage.....	34
3.2.	L'âge à l'accouchement.....	35
3.3.	La parité.....	36
3.4.	L'état matrimonial.....	37
IV.	Les facteurs contextuels et politiques.....	37
4.1.	L'offre des services obstétricaux.....	37
4.1.1	La disponibilité des services de santé.....	38
4.1.2	L'accessibilité géographique.....	39
4.2.	L'accessibilité financière.....	40
4.3.	Le milieu de résidence.....	41
CHAPITRE III:	CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	43
I.	Cadre théorique de l'étude.....	44
1.1.	Proposition d'un cadre conceptuel pour l'analyse de l'évolution des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun.....	44
1.1.1	Hypothèse générale.....	44
1.1.2	Schéma conceptuel.....	44
1.1.3.	Définition des principaux concepts.....	45
a)	Inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement.....	45
b)	Le statut socio-économique du ménage et de la femme.....	46
c)	Les facteurs confondants ou modifiants.....	46
d)	Les facteurs contextuels et politiques.....	46
1.2.	Correspondance entre concepts et variables.....	47
1.3.	Cadre d'analyse.....	48
1.3.1.	Hypothèses spécifiques.....	48

1.3.2. Le schéma d'analyse	49
II. Méthodologie	50
2.1. Sources de données	50
2.1.1. Comparabilité des données.....	51
a) Au plan méthodologique	51
b) Au niveau des variables d'analyse	53
2.1.2. Qualité des données sur les informations relatives à la prise en charge médicale de l'accouchement	54
2.2. Répartition des femmes ayant eu leur dernier accouchement au cours des cinq ou trois dernières années avant l'enquête selon les variables d'analyse.....	59
2.2.1. Selon la variable dépendante : l'assistance médicale à l'accouchement	59
2.2.2. Selon les variables indépendantes	60
2.3. Choix du type d'unités d'analyse.....	62
2.3.1. L'approche par les naissances ou (« birth-based approach »).....	62
2.3.2. L'approche par les femmes ou (« women-based approach »).....	62
2.4. Les techniques d'analyse statistique	63
2.4.1 Les techniques d'analyse descriptive	63
2.4.2 Les techniques d'analyse explicative multivariée.....	63
CHAPITRE IV : DESCRIPTION DE L'EVOLUTION TEMPORELLE DES INEGALITES SOCIALES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DE L'ACCOUCHEMENT AU CAMEROUN.....	66
I. Relation entre les variables liées au statut socio-économique et l'assistance médicale à l'accouchement.....	66
1.1 Niveau de vie du ménage.....	67
1.2 L'instruction de la femme	69
1.3 L'occupation de la femme	70
II. Relation entre les variables contextuelles et l'assistance médicale à l'accouchement .	72
2.1 Le milieu de résidence	72

2.2	Région de résidence	74
2.3	Degré d'urbanité	76
III.	Relation entre les variables de confusion et l'assistance médicale à l'accouchement	78
3.1	Taille du ménage.....	78
3.2	Sexe du chef de ménage et assistance médicale à l'accouchement	80
3.3	Appartenance religieuse.....	82
3.4	Appartenance ethnique.....	83
3.5	Etat matrimonial.....	85
IV.	Relation entre variables relatives au capital santé et l'assistance médicale à l'accouchement.....	86
4.1.	Le capital santé : l'âge de la mère à l'accouchement et la parité.....	87
CHAPITRE V : ESSAI D'EXPLICATION DE L'EVOLUTION TEMPORELLE DES INEGALITES SOCIALES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DE L'ACCOUCHEMENT AU CAMEROUN.....		
I.	Inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun	92
1.1	Influence des variables du statut socio-économique.....	92
1.1.1	Le niveau de vie	92
1.1.2	Le niveau d'instruction de la femme.....	95
1.1.3	L'occupation de la femme.....	97
1.2	Influence des variables contextuelles.....	98
1.2.1.	Le degré d'urbanité.....	98
1.2.2	La région de résidence.....	100
1.3	Influence des variables de confusion	102
1.3.1.	La taille du ménage	102
1.3.2	Le sexe du chef de ménage	104
1.3.3	La religion	105
1.3.4	L'état matrimonial.....	107
1.4	Influence des variables du capital santé : âge à l'accouchement et la parité	108

II. Essai de classification des facteurs selon leur contribution à l'explication des inégalités de la prise en charge médicale au Cameroun entre 1991 et 2004	119
CONCLUSION GENERALE	122
BIBLIOGRAPHIE	128
ANNEXES.....	A
ANNEXE 3.1 : Construction de la variable « âge de la mère au dernier accouchement » ...	A
ANNEXE 3.2 : Construction de la variable degré d'urbanité	C
ANNEXE 5.1 : corrélation entre milieu de résidence et degré d'urbanité	D
ANNEXE 5.1 : corrélation entre milieu de résidence et degré d'urbanité (suite).....	E
ANNEXE 5.1 : corrélation entre milieu de résidence et degré d'urbanité (suite).....	F
ANNEXE 5.2 : corrélation entre ethnie et région de résidence.....	G
ANNEXE 5.2 : corrélation entre ethnie et région de résidence (suite)	H

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1.1</u> : Taux de croissance du revenu national par habitant et du taux de croissance de la population totale entre 1980 et 2004.....	5
<u>Tableau 1.2</u> : Indice de pauvreté par région.....	8
<u>Tableau 1.3</u> : Budget national, budget du Ministère de la Santé Publique et proportion (en %) du budget du Ministère de la Santé Publique par rapport au budget national entre 1987 et 2004.....	10
<u>Tableau 1.4</u> : Budget national alloué et exécuté et budget du Ministère de la Santé Publique alloué et exécuté selon l'année ; (Les budgets sont en milliers).....	11
<u>Tableau 1.5</u> : Effectifs du personnel médical de la santé par catégorie et par année.....	13
<u>Tableau 1.6</u> : Quelques indicateurs de la femme Camerounaise.....	15
<u>Tableau 1.7</u> : Quotient de mortalité néonatale et quotient de mortalité maternelle entre 1991 et 2004.....	16
<u>Tableau 1.8</u> : Proportion (en %) des femmes ayant eu recours à l'assistance médicale pendant l'accouchement et Quotient de mortalité maternelle entre 1991 et 2004.....	17
<u>Tableau 1.9</u> : Répartition (en %) des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction atteint aux EDSC-I, EDSC-II et EDSC-III.....	22
<u>Tableau 1.10</u> : proportion (en %) des femmes sans instruction et proportion (en%) des femmes ayant eu recours à l'assistance médicale pendant l'accouchement selon les régions de résidence EDSC (2004).....	19
<u>Tableau 1.11</u> : La pyramide sanitaire du Cameroun.....	21
<u>Tableau 2.1</u> : Quelques ratios selon la région.....	38
<u>Tableau 3.1</u> : Opérationnalisation des principaux concepts de l'étude.....	51
<u>Tableau 3.2</u> : couverture des variables d'analyse aux EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III.....	57
<u>Tableau 3.3</u> : proportion des dates de naissances déclarées au mois près selon la période précédant l'enquête. (EDSC-I).....	60
<u>Tableau 3.4</u> : Couverture qualitative des variables de base aux trois EDSC.....	62
<u>Tableau 3.5</u> : Distribution de l'échantillon (femmes ayant eu leur dernier accouchement au cours des cinq ou trois dernières années avant l'enquête) selon le recours à l'assistance médicale à l'accouchement à l'EDSC-I, l'EDSC-II et l'EDSC-III.....	63

<u>Tableau 3.6</u> : Distribution de l'échantillon (femmes ayant eu leur dernière naissance au cours des cinq ou trois dernières années avant l'enquête) selon les variables d'analyse à l'EDSC-I, l'EDSC-II et à l'EDSC-III.....	64
<u>Tableau 4.1</u> : Fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement (P %) selon les variables du statut socio-économique et la période d'observation (EDSC-I, II, & III.) Cameroun	71
<u>Tableau 4.2</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon le niveau de vie du ménage entre 1991 et 2004.....	72
<u>Tableau 4.3</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon le niveau d'instruction de la femme entre 1991 et 2004.....	73
<u>Tableau 4.4</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon l'occupation de la femme entre 1991 et 2004.....	75
<u>Tableau 4.5</u> : Fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les variables contextuelles et la période d'observation (EDSC-I, II, & III) Cameroun.....	76
<u>Tableau 4.6</u> Différentiels du recours à l'assistance entre les femmes résidant en milieu urbain et celles résidant en milieu rural entre 1991 et 2004.....	77
<u>Tableau 4.7</u> : Différentiels du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement selon la région de résidence entre 1991 et 2004.....	79
<u>Tableau 4.8</u> : Différentiels du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement selon le degré d'urbanité entre 1991 et 2004.....	80
<u>Tableau 4.9</u> : Fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les variables de confusion et la période d'observation (EDSC-I, II, & III.) Cameroun	82
<u>Tableau 4.10</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon la taille du ménage entre 1991 et 2004.....	83
<u>Tableau 4.11</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon le sexe du chef de ménage entre 1991 et 2004.....	85
<u>Tableau 4.12</u> : Différentiels du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement selon la religion entre 1991 et 2004	86
<u>Tableau 4.13</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon l'appartenance ethnique entre 1991 et 2004.....	88

<u>Tableau 4.14</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon l'état matrimonial entre 1991 et 2004	89
<u>Tableau4.15</u> : Fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les variables relatives au capital santé et la période d'observation (EDSC-I, II, & III.) Cameroun	90
<u>Tableau 4.16</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon la parité entre 1991 et 2004.....	91
<u>Tableau4.17</u> : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon l'âge de la mère à la l'accouchement entre 1991 et 2004.....	92
<u>Tableau 5.1</u> : Rapport de cote du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les catégories socio-économiques, démographiques, culturelles et contextuelles aux différents modèles de régression logistique (EDSC-I).....	113
<u>Tableau 5.2</u> : Rapport de cote du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les catégories socio-économiques, démographiques, culturelles et contextuelles aux différents modèles de régression logistique (ESDC-II).....	116
<u>Tableau 5.3</u> : Rapport de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les catégories socio-économiques, démographiques, culturelles et contextuelles aux différents modèles de régression logistique (EDSC-III)	119
<u>Tableau 5.4</u> . Contribution (en %) des variables indépendantes à l'explication réelle à l'assistance médicale à l'accouchement selon la période d'observation (1991,1998 et 2004)	123

LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES

<u>Graphique 1.1</u> : Evolution du taux de croissance du revenu national par habitant et du taux de croissance de la population entre 1991 et 2004.....	6
<u>Graphique 1.2</u> : Evolution de l'effectif du personnel médical de la santé par catégorie et par année.....	14
<u>Figure 3.1</u> : Schéma conceptuel de l'analyse de l'évolution des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement.....	49
<u>Figure 3.2</u> : Schéma d'analyse de l'évolution des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun.....	53
<u>Graphique 4.1</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon le niveau de vie du ménage entre 1991 et 2004.....	72
<u>Graphique 4.2</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon le niveau d'instruction de la femme entre 1991 et 2004.....	74
<u>Graphique 4.3</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon l'occupation de la femme entre 1991 et 2004	75
<u>Graphique 4.4</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement entre les femmes résidant en milieu urbain et celles résidant en milieu rural entre 1991 et 2004.....	78
<u>Graphique 4.5</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon la région de résidence entre 1991 et 2004.....	79
<u>Graphique 4.6</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon le degré d'urbanité entre 1991 et 2004.....	81
<u>Graphique 4.7</u> : Evolution des différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon la taille du ménage.....	84
<u>Graphique 4.8</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon le sexe du chef de ménage entre 1991 et 2004.....	85
<u>Graphique 4.9</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon la religion entre 1991 et 2004.....	87
<u>Graphique 4.10</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon l'appartenance ethnique entre 1991 et 2004.....	88

<u>Graphique 4.11</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon l'état matrimonial entre 1991 et 2004	90
<u>Graphique 4.12</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon la parité entre 1991 et 2004.....	92
<u>Graphique 4.13</u> : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon l'âge de la mère à l'accouchement entre 1991 et 2004.....	93
<u>Graphique 5.1</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le niveau de vie du ménage et la période d'observation (1991, 1998 et 2004).....	98
<u>Graphique 5.2</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le niveau d'instruction de la femme et la période d'observation (1991, 1998 et 2004).....	100
<u>Graphique 5.3</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon l'occupation de la femme et la période d'observation (1991, 1998 et 2004).....	101
<u>Graphique 5.4</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le degré d'urbanité et la période d'observation (1991, 1998 et 2004)	103
<u>Graphique 5.5</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la région de résidence et la période d'observation (1991, 1998 et 2004).....	105
<u>Graphique 5.6</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la taille du ménage et la période d'observation (1991, 1998 et 2004)	106
<u>Graphique 5.7</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le sexe du chef de ménage et la période d'observation (1991, 1998 et 2004)	108
<u>Graphique 5.8</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la religion et la période d'observation (1991, 1998 et 2004)	110
<u>Graphique 5.9</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon l'état matrimonial et la période d'observation (1991, 1998 et 2004).....	111
<u>Graphique 5.10</u> : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la parité et la période d'observation (1991, 1998 et 2004).....	112

RESUME

Cette étude examine l'évolution temporelle des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun dans le but de mettre en relief l'évolution du profil des femmes exclues des stratégies de réduction de la mortalité maternelle.

Les résultats ont montré d'une manière générale que les inégalités en matière de recours aux soins obstétricaux pour la surveillance de l'accouchement ont été en augmentation entre 1991 et 1998, se sont quelque peu réduites entre 1998 et 2004. Au rang des femmes en marge des stratégies de réduction de la mortalité maternelle, nous avons par ordre d'importance identifié les femmes de la région septentrionale, celles du milieu rural, les grandes multipares, les femmes vivant dans les ménages pauvres et celles sans instruction ou à faible niveau d'instruction.

L'étude montre que la réduction des inégalités au recours à l'assistance médicale à l'accouchement au Cameroun passe nécessairement par une offre sanitaire quantitative et qualitative dans les régions de la partie septentrionale, le renforcement des capacités des femmes à travers une scolarisation plus longue et soutenue et l'élargissement des opportunités en matière d'emploi et d'activités génératrices de revenus.

SUMMARY

This study examines the temporal evolution of the social inequalities of the medical care of childbirth in Cameroun with an aim of identifying the profile of the women excluded from the strategies of reduction of maternal mortality.

The results showed in a general way that the inequalities relative to obstetrical care for the monitoring of childbirth were in increase between 1991 and 1998, were somewhat reduced between 1998 and 2004. Amongst the women at margin of the strategies of reduction of maternal mortality, we have by order of importance identified the women of the northern region, those of the rural area, multiparous individuals, women living in poor households and those without instruction or a low level of educational.

The study shows clearly that the reduction of the inequalities relative to medical care during childbirth in Cameroun necessarily passes by a quantitative and qualitative sanitary offer in the northern region, the reinforcement of the capacities of the women through a longer and maintained schooling and the widening of opportunities in the domain of employment and activities that generate income for women.

INTRODUCTION GENERALE

Plus de dix ans après le lancement de l'Initiative pour une Maternité sans Risque (Safe Motherhood Initiative, Mahler, 1987), la mortalité maternelle frappe toujours la plupart des pays en développement (KUNST & TANJA HOUWELING, 2001).

Selon le rapport 2005 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2005), environ 529 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. A côté de ces décès, un peu plus de 300 millions de femmes souffrent de pathologies aiguës ou chroniques imputables à la grossesse, l'avortement et à l'accouchement dans le monde en développement.

C'est dans les pays en développement que la mortalité maternelle est de loin la plus élevée au monde avec 99% de cas de décès maternels, souligne le même rapport. L'Afrique se distingue particulièrement avec un risque de décès lié à la maternité de 1 sur 16, contre 1 sur 2800 dans les pays riches. Sur les 20 pays au monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé, 19 appartiennent à l'Afrique subsaharienne.

S'il est vrai que depuis quelques années les pays sont de plus en plus nombreux à améliorer avec succès la santé de la mère et du nouveau-né, ce sont ceux qui portaient avec la charge de mortalité et de morbidité la plus élevée qui ont le moins progressé au cours des années 90, précise ce rapport de l'OMS. Dans certains pays, la situation s'est même aggravée, et l'on note un inquiétant renversement de tendance en ce qui concerne la mortalité maternelle. La progression se ralentit et elle est de plus en plus inégale, avec d'importantes disparités entre les pays et, dans un même pays, entre les différentes régions, couches sociales, etc.

Le Cameroun n'échappe guère à cette réalité. Malgré les efforts soutenus entrepris dans la mise en œuvre des politiques et programmes de santé reproductive issus des multiples rencontres importantes (Conférence de Lusaka 1985 ; Conférence inter-régionale de l'OMS à Harare d'août 1987 ; Conférence de Bamako de septembre 1987 ; Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire de 1994), le rapport de mortalité maternelle (RMM) est passé de 454 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1991-1997

à 669 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1998-2004 (EDSC-III), traduisant ainsi une augmentation du risque obstétrique.

Comment se fait-il que cette situation perdure alors que depuis la CIPD, tenue au Caire en 1994, les connaissances ont évolué et on saisit mieux les causes de la mortalité maternelle et de l'incapacité liées à la maternité?

A en croire le dossier mère-enfant de l'OMS (2006), on peut citer parmi les causes directes de la mortalité maternelle et par ordre d'importance les hémorragies (25%), les septicémies ou infections (15%), les troubles hypertensifs de la grossesse (12%), le travail dystocique (8%) et l'avortement non médicalisé (13%). Environ 20 % de femmes meurent des suites d'une maladie aggravée par la grossesse, telles que le paludisme, l'anémie ferriprive, l'hépatite, la tuberculose ou une cardiopathie.

Toutefois, à la lumière des succès obtenus jusqu'ici dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, il est avéré que la survie d'une accouchée et de son nouveau-né peut tenir en grande partie à la possibilité de recevoir des soins professionnels qualifiés pendant et après l'accouchement. L'inverse est également vrai : si l'accès à des soins qualifiés n'est plus assuré, le nombre d'accouchements ayant une issue défavorable peut rapidement augmenter.

A cet effet, des services obstétricaux ont été déployés sur le continent africain pour faire face à ces problèmes. Cependant, le degré d'adhésion de la population est resté relativement plus faible par rapport aux autres régions du monde. Au sein d'un même pays, on observe une fréquentation différentielle des services de santé maternelle et infantile pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

Le cas du Cameroun illustre bien cette situation. Les résultats des trois Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSC) mettent en évidence d'importantes inégalités relatives à la prise en charge médicale de l'accouchement selon le niveau d'instruction de la mère, le milieu de résidence, la région, le quintile de bien être économique, le rang de naissance, la présence aux visites prénatales, etc. Plus encore, entre 1991 et 2004, l'assistance médicale à l'accouchement a régressé avec une évolution en dents de scie : 78,8% en 1991, 58,2% en 1998 et 61,8% en 2004 (rapports EDSC-I, EDSC-II, & EDSC-III).

Au regard de l'importance de la prise en charge médicale de l'accouchement dans la réduction de la mortalité maternelle, et ce, dans le contexte épidémiologique camerounais caractérisé par un niveau élevé et une évolution croissante des décès maternels, une réflexion approfondie mérite d'être engagée ou poursuivie afin de promouvoir davantage la fréquentation des services obstétricaux, notamment chez les femmes encore en marge des stratégies pour une maternité à moindres risques et par là, réduire les inégalités existantes.

En outre, les recherches sur l'évolution temporelle des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement ont été faiblement développées dans le contexte africain, et notamment au Cameroun. Beaucoup de travaux de recherche ont été consacrés à l'offre de santé et aux programmes de planification familiale. Une étude sur la recherche de l'évolution temporelle des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement est quasi-absente.

Dans cette perspective, une compréhension approfondie de ce problème est un enjeu crucial pour l'efficacité des actions visant à promouvoir la santé maternelle. C'est dans ce souci de compréhension que le présent travail se propose de répondre à la question suivante : *Comment ont évolué les inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun ?*

L'objectif général de l'étude est de contribuer à *une meilleure compréhension des inégalités du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement du point de vue de leur ampleur, leur distribution sociale et leur évolution temporelle*. Ces informations contribueront à une meilleure orientation des programmes de santé maternelle.

Plus spécifiquement, l'étude vise à :

- ❖ Décrire l'évolution des niveaux de la prise en charge médicale de l'accouchement entre 1991 et 2004 ;
- ❖ Décrire les inégalités sociales en matière de prise en charge médicale de l'accouchement et leur évolution dans le temps ;

- ❖ Etablir l'évolution des profils des femmes exclues des stratégies de la maternité à moindres risques.

Pour atteindre les objectifs fixés, notre étude est articulée en cinq chapitres.

- ❖ Le premier chapitre présente le contexte de l'étude ;
- ❖ Le deuxième chapitre est consacré à la revue de la littérature ;
- ❖ Le troisième chapitre présente le cadre théorique et méthodologique. Seront successivement abordés le cadre conceptuel de l'étude, les hypothèses de recherche et les sources de données ;
- ❖ Le quatrième chapitre est une analyse descriptive du recours à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié mettant en évidence les tendances et les différentiels ;
- ❖ Le dernier chapitre est un essai d'explication dans une approche multi variée, de l'évolution des inégalités en matière de prise en charge médicale de l'accouchement.

CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ETUDE

Introduction

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2^{ème} et 13^{ème} degrés de latitude Nord et les 9^{ème} et 16^{ème} degrés de longitude Est. Il s'étend sur une superficie de 475 650 kilomètres carrés et possède au Sud-Ouest une frontière maritime de 420 kilomètres le long de l'Océan Atlantique. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, et au Nord-Est par le Tchad. Enfin au sommet, il est coiffé par le Lac Tchad.

Avec un milieu naturel diversifié, le Cameroun est généralement qualifié comme étant une Afrique en miniature. Il dispose de vastes ressources, aussi bien agricoles que minières et pétrolières. Il a connu une croissance économique importante entre 1977 et 1985 (plus de 10 pour 100 par an) grâce à la valorisation de ses ressources pétrolières et de ses exportations agricoles. A partir de 1985, le pays a connu une période de crise économique profonde qui l'a poussé à mener à partir de 1988, une politique d'ajustement qui s'est traduite par une diminution des investissements publics dans les secteurs sociaux y compris celui de la santé.

Dans ce chapitre, nous examinerons tour à tour la situation économique du Cameroun et ses potentielles implications sur le système de santé, l'évolution de l'offre sanitaire, le contexte démographique et épidémiologique, le contexte socio-culturel pour terminer avec la présentation du système de santé au Cameroun.

I. Les principaux repères macroéconomiques

Jusqu'en 1985, après plus de deux décennies de croissance régulière, l'économie camerounaise a affiché une situation tout à fait enviable parmi les pays de l'Afrique subsaharienne. Au développement continu de la production et des exportations agricoles, s'était ajoutée, à partir de la deuxième moitié des années 70, l'exportation des ressources pétrolières. Le Cameroun a ainsi enregistré des taux de croissance réelle moyens de l'ordre de 7% sur une dizaine d'années.

Au cours de l'exercice budgétaire 1985/1986, l'économie enregistre une baisse brutale des revenus d'exportation. La dégradation de l'activité économique s'accélère en 1986/1987, en raison de la baisse persistante des cours des principaux produits d'exportation (pétrole, café, cacao et coton). Les taux de croissance deviennent négatifs. De 1985 à 1988, les termes de l'échange se dégradent de moitié et la crise économique s'installe.

Durant cette période de turbulence, trois évènements majeurs marqueront la vie économique du Cameroun.

1.1. La baisse des salaires dans la fonction publique

Pour faire face à la dégradation marquée de la situation des finances publiques caractérisées par des tensions de trésorerie intenable, des baisses drastiques de salaires sont opérées dans la fonction publique en 1993 de l'ordre de 30% en janvier et 50% en novembre.

1.2. La dévaluation du franc CFA

En janvier 1994, le pays connaît la dévaluation du franc CFA dans le cadre des politiques économiques mises en œuvre dans la zone franc, s'appuyant sur l'ajustement monétaire et les gains de compétitivité induits. Même si celle-ci a permis d'infléchir la tendance dans le secteur des exportations et au niveau des finances publiques, elle s'est traduite par une réduction du pouvoir d'achat des populations, et donc a davantage fragilisé leur situation déjà précaire.

1.3. Les programmes d'ajustement structurel du FMI

Au cours des années 90, deux programmes d'ajustement structurel visant le rétablissement de l'équilibre des finances publiques, conclus par le Gouvernement en 1994 et 1995 avec le Fonds Monétaire International (FMI) au titre d'accords de confirmation se sont soldés par un constat d'échec.

C'est en août 1997 que le FMI accorde son appui au programme économique et financier à moyen terme que les autorités camerounaises mettront en place pour couvrir la période allant du 1^{er} juillet 1997 au 30 juin 2000 à la suite de l'exécution réussie d'un

programme de référence durant tout l'exercice 1996/1997. Celui-ci enregistre de bonnes performances et permet d'améliorer sensiblement la stabilité macro-économique et de renforcer la base nécessaire pour une croissance soutenue de l'économie.

Cependant, ces évènements ne sont pas restés sans conséquence. Les programmes d'ajustement structurel ont engendré des coûts sociaux néfastes. On peut relever entre autres les licenciements causés par les plans de restructuration, de liquidation, et de privatisation des entreprises publiques d'une part et la cherté de la vie du fait de la réduction des subventions ou du désengagement financier de l'Etat des secteurs sociaux de base (éducation, santé, agriculture...) d'autre part. De même, le niveau de rémunération a atteint en 1994 son niveau le plus bas suite aux deux baisses consécutives de salaires et à la dévaluation de 50% du franc CFA.

Cette situation s'est traduite par un développement des comportements de travail démotivants dans la fonction publique et plus généralement du développement des stratégies de survie. Dans le secteur de la santé, on a observé une démotivation professionnelle, le recours systématique à des pratiques de corruption, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et l'attribution des médicaments.

Cette situation socio-économique a contribué à dégrader progressivement la qualité des services et soins de santé dans le secteur public, y compris la santé maternelle et tout ce qui se rapporte aux soins obstétricaux comme la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

II. Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques entre 1991- 2004

La crise qui a frappé l'économie camerounaise s'est traduite par d'importantes manifestations sur l'ensemble des secteurs d'activité économique et s'est fait ressentir au niveau des indicateurs macroéconomiques.

2.1. Au niveau du revenu national par habitant

Les manifestations de la crise économique apparaissent de façon brutale sur le taux de croissance du *revenu national par habitant*¹. Evalué en moyenne à environ 9,7%² entre 1980 et 1985, le taux de croissance du revenu national par habitant a été négatif de 1986 jusqu'en 1993. Comme le montre le tableau 1.1, il est de -8,2 % en 1986, -11,6% en 1987, -10,4% en 1988, -5,7% en 1989, -4,0% en 1990, -13,0% en 1991, -3,2% en 1992, -3,9% en 1993, et ne redevient positif qu'en 1994 à 2,2%.

¹ Le revenu national par habitant est l'un des critères qui permet d'évaluer le niveau de vie. Il s'obtient en divisant le produit intérieur brut (PIB) d'un pays par sa population. Si la population s'accroît à un rythme inférieur à celui du PIB, le niveau de vie moyen augmente. Si en revanche la population augmente plus vite que le PIB, le niveau de vie diminue ("niveau de vie." Microsoft® Études 2008 [DVD]. Microsoft Corporation, 2007).

² Cette moyenne a été obtenue en divisant par 6, la somme arithmétique des taux de croissance du revenu national par habitant entre 1980 et 1985.

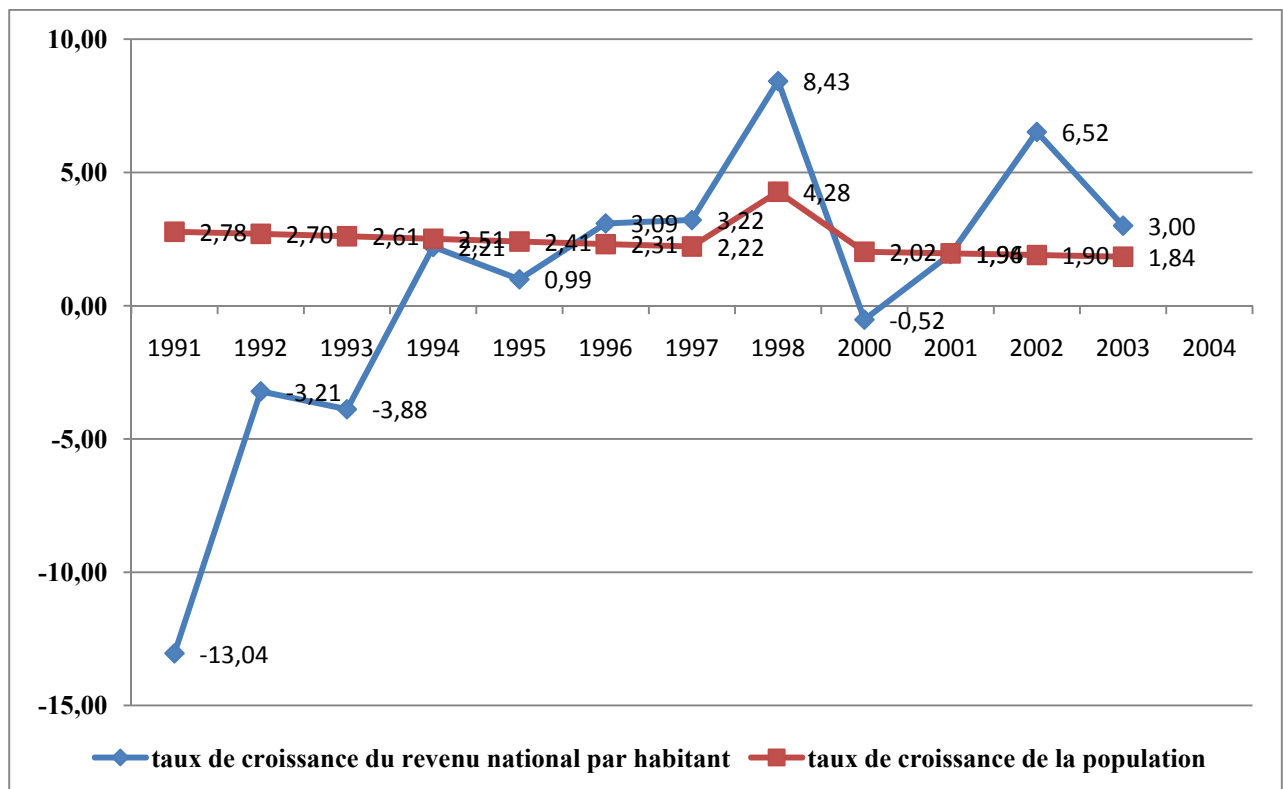
Tableau1.1 : Taux de croissance du revenu national par habitant et du taux de croissance de la population totale entre 1980 et 2004.

Année	Revenu national	Population totale	Revenu national par habitant	Taux de croissance du revenu national par habitant	Taux de croissance de la Population totale
1980	3361133821952,00	8753731	383 966	19,7	2,86
1981	4137372614656,00	9004126	459 497	17,9	2,80
1982	5016766644224,00	9256669	541 962	0,1	2,79
1983	5160327184384,00	9514850	542 345	4,4	2,83
1984	5537451737088,00	9783702	565 987	4,7	2,89
1985	5965724254208,00	10066607	592 625	11,4	2,96
1986	6840524996608,00	10364309	660 008	- 8,2	3,00
1987	6470878887936,00	10674813	606 182	- 11,6	3,00
1988	5889176633344,00	10995341	535 607	- 10,4	2,97
1989	5433949945856,00	11321878	479 951	- 5,7	2,91
1990	5273341132800,00	11651148	452 603	- 4,0	2,84
1991	5208658149376,00	11982233	434 698	- 13,0	2,78
1992	4654945533952,00	12314838	377 995	- 3,2	2,70
1993	4626928107520,00	12647026	365 851	- 3,9	2,61
1994	4563139559424,00	12976704	351 641	2,2	2,51
1995	4780925648896,00	13302275	359 407	1,0	2,41
1996	4944635625472,00	13622534	362 975	3,1	2,31
1997	5215124193280,00	13937233	374 186	3,2	2,22
1998	5502508990464,00	14247004	386 222	8,4	4,28
2000	6221485572096,00	14856343	418 776	- 0,5	2,02
2001	6314389405696,00	15157017	416 598	1,9	1,96
2002	6563383738368,00	15454616	424 688	6,5	1,90
2003	7124367704064,00	15748496	452 384	3,0	1,84
2004	7473206394880,00	16037746	465 976	4,0	1,77

Source: World Development Indicators 2007.

Entre 1986 et 1993, le revenu national par habitant a diminué de 45% ³chutant de 660 008 francs CFA à 365 851 francs CFA (confère tableau 1.1). Entre 1991 et 1996, et durant les années 2000 et en 2001, la population s’est accrue à un rythme supérieur à celui du revenu national par habitant (graphique 1.1), traduisant ainsi une baisse du niveau de vie moyen au niveau national. Cette baisse de revenu n’est pas restée sans incidence sur la demande des soins de santé en général et la surveillance de la grossesse et de l’accouchement en particulier lorsque l’on sait que le pouvoir d’achat des ménages a été affecté.

Graphique1.1 : Taux de croissance du revenu national par habitant et taux de croissance de la population entre 1991 et 2004.



Source : Traitement des données, World Development Indicators 2007

³ 45% a été obtenu en faisant la différence du revenu national par habitant en 1993 par celui de 1986 et en divisant cette différence par ce dernier.

2.2. Pauvreté et précarisation de la situation des femmes

Même si l'amélioration des performances macroéconomiques enregistrées entre 1997 - 2000 a permis de réduire le taux de pauvreté de 13 points environ selon les résultats comparatifs des enquêtes ECAM-I et II, elle ne s'est pas pourtant accompagnée d'une amélioration comparable des conditions de vie des ménages, souligne le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP, 2003).

Les salaires des fonctionnaires camerounais restaient dérisoires à la suite des deux baisses consécutives et de la dévaluation du franc CFA, les paysans étaient considérablement appauvris par la mévente de leurs produits et les mesures de restructuration, de liquidation, de privatisation de certaines entreprises publiques et parapubliques avaient conduit à la perte de près de 45000 emplois (DSRP, 2003).

En outre, dans sa volonté de réduire le déficit budgétaire, le gouvernement avait procédé à une réduction très sensible des subventions à des services indispensables à la satisfaction des besoins fondamentaux de la population, notamment dans le domaine de la santé ; ce qui faisait que désormais, les ménages devaient supporter la grande part des charges de santé.

La pauvreté qui en a résulté a sévi à deux niveaux : une pauvreté inégalement répartie selon les régions et le milieu de résidence (tableau 1.2) et la précarisation des couches vulnérables à l'instar des femmes.

Le tableau 1.2 ci-après qui fait ressortir les indices de pauvreté par région et par milieu de résidence (urbain et rural) est plus explicite. Il permet d'affirmer que la pauvreté que l'on a observée au Cameroun dans les années 90 a été surtout un phénomène rural. Les provinces à plus fort indice de pauvreté semblent être celles de l'Extrême - Nord, du Nord et de l'Adamaoua (Stratégie Sectorielle de la Santé, ST/CP-SSS, version du 09.07.2008 corrigée).

Tableau 1.2: Indice de pauvreté par région

Provinces	Indice de pauvreté (population totale) %	Indice de pauvreté (population urbaine) %	Indice de pauvreté (population rurale) %
Extrême - Nord	49	35	53
Nord	44	28	49
Adamaoua	37	26	43
Est	30	21	33
Centre	16	11	21
Sud	18	12	20
Sud-Ouest	21	13	24
Nord-Ouest	26	16	29
Ouest	21	14	24
Littoral	13	11	21
Total	28	16	35

Source: Cameroon-Diversity, Growth and Poverty Reduction, 1994

Comme dans la plupart des pays africains ayant subi la crise économique des années 90, la pauvreté a eu tendance à se « féminiser » au Cameroun. Ayant pourtant le poids démographique dominant (51% de la population), on relève sur le plan économique, une forte concentration des femmes dans le secteur informel notamment le petit commerce. Elles assurent, à 92% la production vivrière, participent fortement dans l'industrie manufacturière (textile, confection).

Malgré ce rôle majeur dans le développement social, elles restent confrontées à un certain nombre de problèmes :

- ❖ plus de la moitié des femmes en âge de procréer est sans instruction ;
- ❖ une sous représentativité des filles dans les filières scientifiques et techniques d'enseignement ;
- ❖ une faible représentativité des femmes dans les postes d'encadrement et de direction (10,1%) ;
- ❖ de nombreuses barrières sociales et culturelles, des obstacles psychosociologiques ainsi que des vides juridiques (accès difficile à la terre et au crédit par exemple) entravent le plein épanouissement de la femme ;

- ❖ la participation de la femme camerounaise à la vie publique reste faible (5,6% des effectifs à l'Assemblée Nationale).

Sur le plan sanitaire, cette forte concentration des femmes dans le secteur informel n'offre aucune sécurité sociale, ni également certains avantages indirects (assurance-maladie, gratuité des soins médicaux du fait de l'exercice d'une certaine fonction) pouvant faciliter l'accès aux soins de santé en général et une prise en charge adéquate de la grossesse et de l'accouchement en particulier.

III. Evolution de l'offre sanitaire

On constate que dans le même temps, le secteur social qui s'est considérablement dégradé lors des années de crise, ne s'est pas amélioré avec la reprise économique. En particulier, l'offre publique des services sociaux de base dans le secteur de la santé publique a été particulièrement affectée par les difficultés financières auxquelles l'Etat a dû faire face lors des années de crise.

3.1 Au niveau du budget alloué au Ministère de la Santé Publique

Le budget du Ministère de la Santé publique, qui représentait environ 4 à 5% du budget national jusqu'en 1993-1994, est passé à moins de 3% les années suivantes pour atteindre 1,1% en 2002,⁴ (tableau1.3). Bien qu'ayant augmenté en volume par la suite (forcément moins en termes réels en tenant compte de l'inflation), il ne pouvait répondre adéquatement aux besoins d'une population qui augmentait encore plus vite.

Par exemple, on remarque que le budget de l'exercice 1997-1998 (**31 322 000 000 francs CFA**) est revenu presque au même niveau que celui de l'exercice 1987-1988 (**30 636**

⁴ Avant 2003, le budget couvrait deux années allant du premier juillet de l'année en cours au 30 juin de l'année suivante. A partir de janvier 2003, une nouvelle configuration de l'exercice budgétaire a été mise en place s'étendant du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une même année. Ce passage s'est traduit par une rallonge budgétaire au cours de l'exercice 2001-2002. La première enveloppe couvrait la période du 1^{er} juillet 2001 au 30 juin 2002 et la deuxième du 1^{er} juillet 2002 au 31 décembre de la même année.

420 000 francs CFA) en valeur absolue, avec cependant une baisse très sensible du ratio budget de la santé/budget national qui passe de 4,7 % à 2,8 % (confère tableau 1.3).

Ces contractions budgétaires ont conduit d'une part à l'arrêt des constructions et d'acquisitions d'équipements des formations sanitaires, l'arrêt des recrutements des personnels sanitaires dans la fonction publique (stagnation de l'effectif des sages-femmes, confère tableau 1.5), et d'autre part, à l'augmentation des dépenses de santé des ménages qui devaient désormais supporter la grande part des charges de santé (DSRP,2003).

Tableau1.3 : Budget national, budget du Ministère de la Santé Publique et proportion (en %) du budget du Ministère de la Santé Publique par rapport au budget national entre 1987 et 2004

Année	Budget national	Budget MSP	% Budget MSP
1987-1988	650 000 000 000	30 636 420 000	4,7
1988-1989	600 000 000 000	27 471 176 000	4,58
1989-1990	600 000 000 000	30 964 340 000	5,16
1990-1991	550 000 000 000	28 011 574 000	5,09
1991-1992	572 000 000 000	25 087 000 000	4,39
1992-1993	573 600 000 000	29 886 000 000	5,21
1993-1994	576 000 000 000	28 169 093 000	4,89
1994-1995	581 000 000 000	22 523 000 000	3,88
1995-1996	682 000 000 000	22 230 000 000	3,26
1996-1997	727 280 000 000	24 018 000 000	3,3
1997-1998	1 214 750 000 000	31 322 000 000	2,8
1998-1999	1 230 000 000 000	38 099 000 000	3,1
1999-2000	1 297 638 000 000	40 598 000 000	3,13
2000-2001	1 476 000 000 000	55 318 000 000	3,75
2001-2002	1 545 000 000 000	75 888 813 000	4,91
2003	1 509 000 000 000	77 042 000 000	5,11
2004	1 617 000 000 000	76 495 000 000	4,73

Sources : Extrait MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs).

Par ailleurs, il faut noter que la proportion du budget de l'Etat affectée à la santé reste faible par rapport à la déclaration de politique sectorielle de santé de 1992 qui prévoyait d'en assurer un accroissement progressif jusqu'à 10 % du budget de l'Etat, pour témoigner de la priorité accordée au

secteur de la santé et de l'adhésion aux recommandations de l'OMS. Cette situation est aggravée par la faible capacité d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget, qui représentent environ 25 % du budget alloué au Ministère de la Santé publique.

Comme l'indique le tableau 1.4 ci-dessous, six ans après la déclaration de politique sectorielle de santé de 1992, la part du budget allouée, tout comme celle exécutée par le Ministère de la Santé n'ont pas pu atteindre les 10% recommandés, même si on peut noter une légère remontée après une chute importante en 1994-1995, du budget national et particulièrement de la part en valeur relative de celui du Ministère de la Santé.

Tableau 1.4 : Budget national alloué et exécuté et budget du Ministère de la Santé Publique alloué et exécuté selon l'année (en milliers)

Année	Budget alloué			Budget exécuté			% exécuté/ alloué	
	Budget national	Budget MSP	(1)	Budget national	Budget MSP	(2)	National	MSP
1991-1992	572 000 000	25.087 000	4,39	571.864 000	27 217 000	4,76	99,98	108,49
1992-1993	573 600 000	29.886 000	5,21	466. 847 000	22 059 000	4,89	81,39	73,81
1993-1994	576 000 000	28.169 000	4,89	427.812 000	22 820 000	5,86	74,27	81,01
1994-1995	581 000 000	22.523 000	3,88	536.537 000	15 676 000	2,92	92,35	69,6
1995-1996	682 000 000	22.230 000	3,26	616.530 000	16 251 000	2,64	90,4	73,1
1996-1997	727 280 000	24.018 000	3,3	863.906 000	23 156 000	2,68	118,79	96,41
1997-1998	1 214 750 000	31.322 000	2,58	862.302 000	26 388 000	3,06	70,99	84,25

Sources : Extrait MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs

(1) Pourcentage du budget alloué au Ministère de la Santé Publique par rapport au budget national.

(2) Pourcentage du budget exécuté du Ministère de la Santé Publique par rapport au budget national exécuté.

L'absence d'une gestion du budget par objectifs, la lourdeur des procédures de décaissement, la mauvaise préparation des requêtes et d'autres exactions diverses sur les décaissements du budget expliquent en partie les bas pourcentages observés dans les rapports entre exécution et allocations, tant au niveau national qu'au ministère de la santé, sur plusieurs

années. La répartition du budget de l'Etat pose également problème. En effet, près de « 60 % du montant global est géré par le niveau central au détriment des services périphériques, privant ainsi les structures de base de ressources nécessaires à la prise en charge des populations les plus pauvres » (Stratégie Sectorielle de la Santé, ST/CP-SSS, version du 09.07.2008 corrigée).

Ce contexte d'inégalités de répartition des ressources sanitaires sur le territoire national n'est pas de nature à favoriser la construction d'espaces de qualité et de bien-être permettant d'assurer l'équité sociale et spatiale en termes d'accès aux soins et services de santé de proximité par les citoyens.

La conséquence directe qui en résulte est que les ménages urbains ont un accès physique plus facile aux centres de santé susceptible d'entraîner des disparités régionales et selon le milieu de résidence en matière de surveillance de la grossesse et de l'accouchement ; les femmes du milieu rural ne pouvant bénéficier de soins de proximité, de qualité et dans un délai optimal.

3.2 Au niveau de l'effectif du personnel médical

L'effectif est resté stable sur une longue période et les personnels ont vieilli (voir tableau 1.5). Sous la pression de la crise, des plans d'ajustement structurels, les recrutements à la fonction publique se sont arrêtés pour toutes les catégories de professionnels de la santé en dehors des médecins diplômés de la Faculté de médecine de Yaoundé. Les postes libérés du fait des départs en retraite et des décès n'ont pas été maintenus (DSRP, 2003).

Tableau 1.5: Effectifs du personnel médical de la santé par catégorie et par année

années	médecins	sages-femmes	infirmiers accoucheurs
1991	132	4	42
1994	259	4	52
1998	700	5	100
2004	1159	6	114

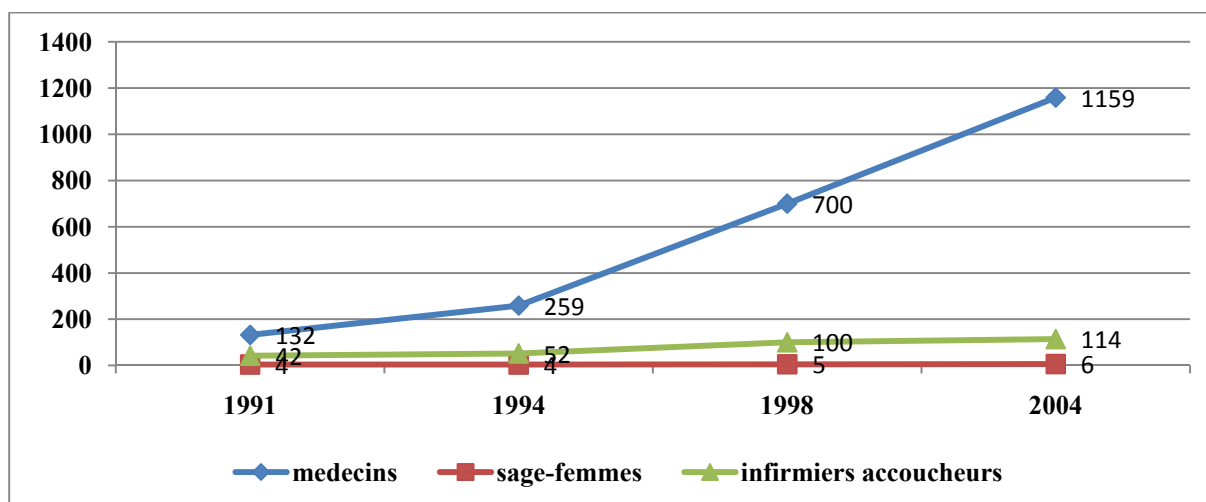
Source : Ministère de la Santé Publique (MSP)

Les courbes (graphique 1.2) ci-après représentant les effectifs des différentes catégories du personnel médical (médecins, sages-femmes et infirmiers accoucheurs) présentent des allures plus ou moins semblables. Comme l'indique le graphique 1.3 ci-dessous, ces allures indiquent une tendance à la hausse pour ce qui est de l'évolution des effectifs des médecins, et une évolution quasi-stagnante pour ce qui est de l'effectif des infirmiers accoucheurs et de celui des sages-femmes avec des allures quasi-parallèles et des intensités légèrement variables.

Ce qui convient de retenir du tableau 1.4, c'est l'effectif des sages-femmes et celui des infirmiers accoucheurs qui sont restés presque stables durant toute la période, pourtant ces deux catégories constituent un maillon essentiel du personnel professionnel médical en charge de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. A ce sujet, LOUDON (1992) cité par Wim Van LERBERGHE & Vincent DE BROUWERE, (2001) mentionnait que « *les pays industrialisés ont diminué leur mortalité maternelle de moitié au début du 20e siècle d'abord en utilisant des sages-femmes professionnelles pour assurer les soins à l'accouchement...* »

Cette stagnation marquée de l'effectif des sages-femmes pose donc toute la problématique de l'insuffisance de l'offre de la santé maternelle au Cameroun dans la perspective d'une prise en charge médicale adéquate de l'accouchement.

Graphique 1.2 : Evolution de l'effectif du personnel médical de la santé par catégorie et par année



Source : Traitement données MSP

IV. Le contexte démographique

4.1 La fécondité

D'après les rapports des Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat de 1976 et 1987, la population Camerounaise était de 7 663 296 habitants et de 10 493 655 habitants. En 2007, elle est estimée à environ 18,1 millions d'habitants (."Cameroun." Microsoft® Études 2008 [DVD]. Microsoft Corporation, 2007).

Le facteur déterminant de la croissance de la population est essentiellement la fécondité qui, cependant décline depuis la fin des années 80 avec des indices synthétiques de fécondité qui sont passés de 6,4 enfants par femme en 1977 à 5,0 en 1998 (World Development Indicators 2007). La fécondité des adolescentes contribue pour 14 % de la fécondité totale, et 50 % des femmes ont leur premier accouchement avant l'âge de 19 ans comme l'indique le tableau 1.6 ci-dessous.

Tableau 1.6 : Quelques indicateurs démographiques de la femme camerounaise

indicateurs	1991	1998	2004
âge médian au premier rapport sexuel (femmes âgées de 15-45 ans)	15,8	15,8	16,5
âge médian à la première union femmes âgées de 15-49 ans	16,5	17,4	17,6
âge moyen à la première naissance femmes âgées de 15-49 ans	18,7	19	19,1

Source : Traitement EDSC 1991, 1998 et 2004.

Même si la fécondité est en déclin, son niveau demeure relativement élevé. Cette situation n'est pas de nature à favoriser une utilisation intense des services obstétricaux pour surveillance de la grossesse et de l'accouchement, notamment dans ce contexte où la croissance démographique croît à un rythme supérieur à celui de l'offre de santé. Dans ce cas de figure, la conséquence directe qui en découle est que, la croissance démographique exerce des pressions parfois insoutenables sur les infrastructures sanitaires disponibles.

Par ailleurs, la fécondité des adolescents est relativement non négligeable. La fourniture des services sociaux adéquats à la jeunesse devient alors un devoir pesant auquel le pays doit pouvoir faire face. La promotion de la scolarisation des jeunes filles et de l'alphabétisation s'impose dorénavant comme un outil indispensable dans la lutte contre les grossesses non désirées, les avortements provoqués et les maternités précoces.

4.2 La mortalité néonatale et maternelle

Le contexte de la mortalité néonatale au Cameroun est marqué par une hausse entre 1991 et 1998 où son quotient est passé de 31,1 ‰ à 37,2 ‰ pour redescendre à 29,0‰ en 2004. Par ailleurs, le rapport de mortalité maternelle, estimé à 430 décès maternels pour 100 mille naissances vivantes en 1991, est passé à 454 décès pour 100 mille naissances en 1998 pour atteindre 669 décès pour 100 mille naissances vivantes en 2004, (tableau 1.7).

Tableau1.7 : Quotient de mortalité néonatale et quotient de mortalité maternelle entre 1991 et 2004

Indicateurs	EDSC		
	1991	1998	2004
Quotient de mortalité néonatale	31,1	37,2	29
Quotient de mortalité maternelle	430	454	669

Source: Rapports EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

Pour ce qui est de l'association entre fréquentation des services obstétricaux et mortalité maternelle, le tableau 1.8 ci-après présente de façon descriptive, l'évolution de la proportion des femmes ayant eu recours à l'assistance médicale pendant l'accouchement et celle du quotient de mortalité maternelle entre 1991 et 2004 et jette la suspicion d'un éventuel lien entre prise en charge médicale de l'accouchement et niveau de mortalité maternelle.

En effet, « *il est devenu évident pour beaucoup de praticiens que la professionnalisation de l'assistance à l'accouchement est une des clés pour réduire la mortalité maternelle* » (GRAHAM & al. 2001, KOWALESWSKI & JAHN 2001). On serait donc tenté d'affirmer même s'il n'est pas évident de le démontrer, que l'augmentation du niveau de mortalité maternelle observé entre 1991 et 2004 pourrait se justifier partiellement par la diminution (allant de 68,3% à 61,8% en passant par le niveau le plus bas de 58,2% en 1998, confère tableau1.8) de la proportion des femmes ayant eu recours à l'assistance médicale pendant cette période.

Tableau1.8 : Proportion (en %) des femmes ayant eu recours à l'assistance médicale pendant l'accouchement et Quotient de mortalité maternelle entre 1991 et 2004

Années	Indicateurs	
	Proportion (en %) des femmes ayant eu recours à l'assistance médicale pendant l'accouchement	Quotient de mortalité maternelle
1991	63,8	430
1998	58,2	454
2004	61,8	669

Source: Rapports EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

V. Contexte socio-culturel

5.1. Diversité ethnique

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuples soudanais, peulhs et bantous.

Le pays compte ainsi plus de 230 ethnies réparties en cinq (05) grands groupes :

- ❖ dans le Grand Nord on retrouve les Soudanais, les Hamites, les Sémites généralement animistes ou islamisés ;
- ❖ dans le reste du pays ce sont les Bantous et apparentés, les Pygmées généralement animistes ou christianisés.

A la diversité ethnique qui caractérise le Cameroun, comme la plupart des pays africains, est généralement associée une diversité de modèles et pratiques en matière de santé maternelle qui sont un ensemble d'éléments du système de santé traditionnel propre à chaque

groupe ethnique donné par lequel les grossesses et les accouchements sont pris en charge et qui sont susceptibles d'influencer ou de générer des différences dans l'utilisation des services de santé du système biomédical.

5.2. Scolarisation des femmes

Le tableau 1.9 ci-dessous présente le niveau d'instruction atteint par les femmes camerounaises au moment des trois enquêtes. Bien que le niveau d'instruction s'améliore légèrement au fil du temps, on constate que les proportions de femmes n'ayant reçu aucune instruction formelle et des femmes ayant un niveau primaire sont restées nettement plus élevées que la proportion des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 1.9 : Répartition (en %) des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction atteint aux EDSC-I, EDSC-II et EDSC-III.

EDSC	Niveau d'instruction			
	Sans instruction	Primaire	Secondaire	Supérieur
1991	33	32,9	32,4	1,7
1998	36,2	24,2	37,4	2,2
2004	20,1	40,4	37,5	2

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II, et EDSC-III.

Au même titre que les clivages ethniques qui caractérisent le contexte culturel camerounais, la sous scolarisation des femmes n'est pas également de nature à développer des comportements sanitaires favorables à une fréquentation optimale des services de santé moderne. Il ne fait guère de doute que la mortalité et la morbidité maternelle sont beaucoup plus fréquentes parmi les femmes pauvres et peu instruites du fait que celles-ci n'utilisent pas pleinement les services de santé maternelle.

A l'exemple du tableau 1.10 exclusivement descriptif, on observe de même que les pourcentages de femmes sans instruction sont très importants dans les régions de la partie septentrionale et en revanche, c'est toujours dans cette partie du pays qu'on observe les plus faibles niveaux de recours à l'assistance pendant l'accouchement comme quoi il existe une

association inverse forte entre l'assistance médicale pendant l'accouchement et le niveau d'instruction.

Tableau1.10 : proportion (en %) des femmes sans instruction et proportion (en%) des femmes ayant eu recours à l'assistance médicale pendant l'accouchement selon les régions de résidence EDSC (2004)

régions	Pourcentage des femmes sans instruction	Pourcentage des femmes ayant eu recours à l'assistance médicale pendant l'accouchement
Adamaoua	51,1	37,1
Centre	3,1	74,2
Est	15,1	47,7
Extrême-Nord	67,4	26,5
Littoral	3,1	93,8
Nord	69,3	22,3
Nord-Ouest	10,9	87,5
Ouest	3	93,3
Sud	1,9	70,6
Sud-ouest	3,9	77,8
Ensemble		61,8

Source : Rapport de l'EDSC-III (2004)

VI. Le système de santé au Cameroun

6.1 La structure du système de santé

Le secteur santé s'articule lui-même en trois sous-secteurs :

6.1.1. Un sous-secteur public

En plus des services de santé sous-tutelle du Ministère de la Santé Publique, il comprend également des structures sanitaires sous-tutelle d'autres départements ministériels à l'instar du Ministère de la Défense, du Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale avec la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale, du Ministère de l'Education Nationale etc....

6.1.2. Un sous-secteur privé

Le sous-secteur privé regroupe des structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif.

6.1.3. Un sous-secteur de la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est une composante ancestrale à ne pas négliger dans le secteur santé. Elle n'est pas encore réglementée, d'où l'absence d'une véritable politique nationale en la matière. Toutefois, en vue de la promotion de cette médecine de nombreuses actions de l'Etat.

6.2 L'organisation du système de santé

Le système national de santé est structuré en trois niveaux et chacun des niveaux dispose de structures administratives, des formations sanitaires, de structures de dialogue relatives aux fonctions spécifiques comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau 1.11 : La pyramide sanitaire du Cameroun

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Services Centraux du Ministère de la Santé Publique	-Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Provinciales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux Provinciaux et assimilés	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de santé	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Cadre conceptuel du D/S viable (MSP)

Ce tableau fait ressortir :

6.2.1 Le niveau central

Il est constitué des Services Centraux du Ministère de la Santé Publique et des Hôpitaux Nationaux.

6.2.2. Le niveau intermédiaire

Il est constitué des Délégations Provinciales de la Santé Publique et des Hôpitaux Provinciaux et Assimilés.

6.2.3 Le niveau périphérique

Il comprend 143 Services de Santé de District et 1689 Centres de Santé.

6.3. Les intervenants dans le secteur santé

6.3.1 L'Etat

Dans un cadre multisectoriel, l'Etat intervient dans le secteur comme régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins.

6.3.2 Les ménages

Dans le cadre des réformes du système de santé qui ont prévalu dans la plupart des pays africains en général et au Cameroun en particulier, les ménages et les communautés sont désormais appelés à jouer un rôle important dans la réussite des politiques et programmes de santé, essentiellement basées sur la participation financière des usagers et de la communauté (paiement pour les prestations, achat des médicaments, dons...).

6.3.3 Le secteur privé

Les intervenants privés occupent une place très importante au Cameroun. L'offre des soins de santé du secteur privé se fait par le secteur privé non confessionnel et le secteur privé confessionnel.

a) Le secteur privé non confessionnel

Il dispose pour chacune des professions (médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et infirmiers) d'un ordre et d'un syndicat. Les faibles moyens financiers et techniques des ordres limitent fortement les capacités de ces derniers à remplir leur rôle éthique, déontologique et disciplinaire qui est pourtant leur mission primaire.

b) Le secteur privé confessionnel

Il comprend les confessionnels qui jouent un rôle essentiel en matière d'offre de soins au Cameroun et le secteur associatif qui est encore marginal. Les confessionnels sont constitués

par l'Eglise Catholique, la Fédération des Missions et Eglises Evangéliques du Cameroun (FEMEC) et les Musulmans.

6.3.4 Les partenaires extérieurs

Plusieurs partenaires internationaux interviennent activement dans le secteur de la santé au Cameroun. On peut noter qu'il y en a qui appuie le Gouvernement dans ses efforts de développement du système de santé de district et d'autres dans le développement et la mise en œuvre des programmes prioritaires. Le grand problème ici est la non-optimisation de l'utilisation des ressources mobilisées par ces partenaires à cause de la faiblesse avec laquelle les différentes structures du Ministère de la Santé exercent leur rôle cardinal de coordination à différents niveaux.

6.4. Dysfonctionnements dans le secteur de la santé publique

Selon JEAN-FRANÇOIS MEDARD, (2006) *« Le secteur public de la santé se trouve dans un état déplorable. On rend généralement la crise économique responsable d'une telle situation. Cependant, le problème est qualitatif avant d'être quantitatif et s'il est incontestable que la crise l'a aggravé considérablement comme le montre l'évolution des indices, il faut garder à l'esprit que la mauvaise gestion de l'administration de la santé, comme des autres administrations, a toujours existé. Le problème est récurrent et véritablement structurel ».*

Par exemple, en ce qui concerne le personnel de santé, le problème est véritablement qualitatif que quantitatif. Tous les diagnostics s'accordent à mettre en cause le comportement du personnel médical et paramédical, qui se caractérise par l'absence de conscience professionnelle, la mauvaise qualité des soins, le recours systématique à des pratiques de corruption, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et l'attribution des médicaments, l'apport de son propre matériel de soins (alcool, doigtiers, coton, matériel de pansement...) et de séjour (matelas), accueil déplorable des patients, déviation frauduleuse des patients vers les centres de soins privés...

Il s'agit moins d'une absence de compétence technique, que de l'ignorance la plus élémentaire de la déontologie. Cette absence de professionnalisme s'observe dans tous les secteurs de l'administration, mais elle est particulièrement choquante dans celui de la santé, où

la vie humaine est en jeu. En plus, la mauvaise répartition du personnel sur l'ensemble du pays combinée à leur effectif réduit entraîne un faible rendement.

Par ailleurs, la coordination des activités des différents partenaires est problématique, et il est très difficile de concilier les objectifs de visibilité des donateurs, les priorités du Ministère de la Santé, et les exigences de gestion des ministères des finances et du plan.

6.5. Les réformes du système de santé

La réforme du secteur santé du Cameroun se situe dans le cadre d'une approche de la région africaine qui tient compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin.

Pour faire face à cette situation, les Etats africains organisent certaines rencontres importantes au cours desquelles ils développent des stratégies concertées :

- ❖ la Conférence de Lusaka (1985) recommande le développement des systèmes de santé à trois niveaux étalés en trois phases :
 - niveau opérationnel correspondant aux services de santé périphériques ;
 - niveau intermédiaire correspondant aux services provinciaux ou régionaux ;
 - niveau stratégique correspondant aux services centraux.

- ❖ la Conférence Inter-Régionale de l'OMS à Harare (Août 1987) recommande fermement l'adoption du système de santé de district décentralisé comme moyen d'atteindre les objectifs de santé pour tous en l'an 2000 ;

- ❖ le sommet des Chefs d'Etats de l'OUA (Juillet 1987) adopte la «Déclaration sur la santé, pierre angulaire du développement», soumise par le bureau régional de l'OMS ;

- ❖ la Conférence de Bamako (septembre 1987) à travers « l'initiative de Bamako » se fixe pour principaux objectifs de revitaliser le système de santé en mettant l'accent sur la santé maternelle et infantile, instaure le recouvrement des coûts sur les

médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques et renforce la participation communautaire.

Au Cameroun, les réformes sont élaborées et rendues publiques en 1989 mais officiellement adoptées en 1992 à travers la déclaration de politique sectorielle de santé et, en 1993, la déclaration de la mise en œuvre de la « *Réorientation des Soins de Santé Primaires* ». Dans ce concept, les principes ci-après cités constituent les éléments de base ; il s'agit de :

- ❖ la participation de la communauté dans le but de son **auto-responsabilisation** vis-à-vis de ses problèmes de santé ;
- ❖ la mise en évidence du lien étroit entre le **développement et la santé** ;
- ❖ le **respect des Droits de l'Homme**, comme celui d'être informé et celui de l'intégrité de l'individu y compris son libre arbitre.

Dans le cadre de cette réforme : le centre de Santé est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé et à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, continus et globaux ; le financement des activités des SSP se fait à travers :

- ❖ le financement non communautaire :
 - solidarité nationale (Budget Public) ;
 - solidarité internationale (Coopération bilatérale, multilatérale, ONG).
- ❖ le financement communautaire :
 - paiement pour les prestations ;
 - achat des médicaments essentiels ;
 - Investissement humain ;
 - dons, legs, etc....

Le succès de la mise en œuvre des SSP repose sur la supervision et le Système National d'Informations Sanitaires ; le développement de la participation communautaire se fait à travers la mise sur pied et le fonctionnement des structures de dialogue que sont les

Comités de Santé d'Arrondissement, le Fonds Provincial Spécial pour la Santé ainsi que les Comités respectifs de gestion.

Conclusion partielle

L'objectif de ce chapitre était de présenter le contexte général de l'étude, notamment l'évolution de l'économie, de la démographie et de l'offre sanitaire depuis 1991 jusqu'en 2004. Au regard de l'évolution de l'économie camerounaise depuis le début des années 90, il ressort qu'elle a subi une crise sévère jusqu'en 1996, date à laquelle le pays commence à retrouver une amélioration de ses agrégats macroéconomiques. L'amélioration des performances macroéconomiques enregistrées entre 1997 - 2000 ne s'est pas accompagnée d'une amélioration comparable des conditions de vie des ménages dans la mesure où les effets de cette croissance sur les conditions de vie réelles des populations ne sont pas encore perceptibles.

Bien au contraire, les exigences des mesures d'austérité du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) adopté durant les années 90 et la dévaluation du franc CFA en 1994 ont eu des effets négatifs sur le niveau de vie des ménages. L'étude de l'évolution de la pauvreté entre 1996 et 2001 faite à partir de deux enquêtes ECAM I et ECAM II réalisées au niveau national à ces deux dates a révélé sur le plan monétaire, une aggravation de l'intensité de la pauvreté imputable à la redistribution des fruits de la croissance économique.

Toutefois, on constate dans le même temps que le secteur social qui s'est considérablement dégradé lors des années de crise, ne s'est pas encore améliorée avec la reprise économique. En particulier, l'offre publique des services de santé de base a été particulièrement affectée par les difficultés financières auxquelles l'Etat a dû faire face lors des années de crise et s'est traduite par une dégradation des indicateurs de santé.

Sur le plan socio-culturel, si l'on note une légère amélioration des niveaux d'instruction des femmes sur toute la période 1991-2004, il importe de préciser d'une manière générale, que les femmes camerounaises sont encore en majorité analphabètes.

Le prochain chapitre que nous aborderons traite de la revue de la littérature sur les facteurs de différenciation de la fréquentation des services obstétricaux en Afrique au Sud du Sahara.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

S'il ne fait aucun doute que certains groupes de femmes utilisent les services obstétricaux beaucoup moins souvent que d'autres, il reste à savoir pourquoi. Il est certain que toute une gamme de facteurs interviennent, depuis les barrières financières jusqu'à des questions liées au statut et à l'autonomie de la femme.

Nous proposons ainsi une synthèse de ces facteurs, ainsi qu'une analyse de leur influence sur les inégalités dans l'utilisation des services de santé et plus particulièrement dans la prise en charge médicale de l'accouchement. Nous regrouperons ces facteurs en quatre catégories : le statut socio-économique du ménage et de la femme, les facteurs socio-culturels, les caractéristiques du ménage et les caractéristiques socio-démographiques de la femme, et les facteurs contextuels et politiques.

I. Le statut socio-économique du ménage et de la femme

Il renvoie au revenu, à la richesse, la scolarisation, l'emploi... Dans le cadre de ce travail, nous distinguerons quatre composantes de ce concept fortement associées à l'utilisation différentielle des services obstétricaux. Il s'agit du niveau de vie du ménage, de l'éducation de la femme, son occupation et la protection sociale (couverture médicale).

1.1 Le niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage agit sur le comportement sanitaire de la femme (recours à la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement) en déterminant sa capacité de mobilisation des ressources.

Des observations concordantes militent en faveur d'une diminution de la fréquence des abstentions thérapeutiques à mesure que s'élève le niveau de revenu du ménage ou son statut socio-économique. Les dépenses de santé des ménages varient avec le statut socio-économique. Au Ghana, BELCHER, WURAPA et NEUMANN ont montré que les dépenses de santé étaient importantes dans la région où les revenus agricoles étaient plus élevés.

Dans la plupart des pays en développement, les disparités entre pauvres et riches dans l'utilisation des soins obstétricaux sont énormes. Cette constatation ne surprend personne: au moment de l'accouchement, les femmes les plus riches sont beaucoup plus souvent assistées par une personne formée. Ce qui est alarmant, cependant, c'est l'énormité de l'écart entre riches et pauvres dans un grand nombre de pays. En Zambie, « *le pourcentage de femmes bénéficiant d'une surveillance médicale est d'environ 45% de l'échantillon total de femmes, 90% des femmes les plus riches bénéficient d'une telle surveillance par opposition à 20% seulement pour les plus pauvres.*» (ANTON KUNST et TANJA HOUWELING, 2001, 326).

Toutes ces observations renforcent la validité de l'hypothèse d'une augmentation des fréquences thérapeutiques dans les couches supérieures de la population. En définitive, le recours à la médecine moderne est clairement associé au revenu ou à la classe sociale et les inégalités dans l'utilisation des services de santé peuvent être considérables. Dans le même ordre d'idées, des recours moins fréquents à la médecine traditionnelle sont parfois associés à des revenus ou à des statuts sociaux plus élevés (FOURNIER & HADDAD, 1995).

1.2. L'éducation de la femme

Plusieurs études documentent des différences importantes dans l'utilisation des soins obstétricaux selon le niveau de scolarisation de la femme (ELO 1992, KUATE DEFO 1997, RAGHUPATHY 1996, RASHEED & KHAN 1990). Ces inégalités ont été démontrées tant pour l'Amérique Latine, l'Afrique Sub-saharienne, l'Afrique du Nord/le Proche-Orient que l'Asie.

L'éducation formelle (scolarisation) est l'un des principaux moyens d'exposition à la culture occidentale. Elle contribue de manière extrêmement importante à renforcer les moyens d'action des femmes, en leur donnant des connaissances, des aptitudes et la confiance en soi. Elle permet de promouvoir la prise de conscience de la réalité de l'existence des choix et la conviction qu'il est possible de prendre des décisions, de modifier les circonstances et d'améliorer la vie (UNFPA, 1995).

De nombreuses études menées en Afrique subsaharienne stipulent que les mères instruites sont matériellement et socialement plus proches des services modernes de santé que

leurs congénères non instruites. « *Les mères analphabètes se soumettent le plus souvent aux injonctions des membres de la famille ou de la belle famille alors que celles qui sont instruites bénéficient de plus de prestige social et d'autorité au sein de la famille* » (HAROUNA, 1998, 25). Les mères instruites disposent de plus de facilités à pratiquer les consultations prénatales, à bénéficier de l'assistance médicale au moment de l'accouchement et à suivre des soins postnatals réguliers. Leur éducation libéralise leurs rapports avec leurs maris et avec leurs belles familles ; ce qui leur permet de mieux s'occuper d'elles-mêmes lors des événements maternité.

L'utilisation des soins obstétricaux varie selon toute une gamme d'indicateurs socio-économiques. L'indicateur socio-économique qui a été le plus documenté est le niveau de scolarisation de la femme (CALDWELL *et al.* 1983, ELO 1992). On a pu également montrer les associations avec, entre autres, le métier de la femme (Mc CAW-BINNS *et al.* 1995, OKAFOR 1991) et le statut socio-économique de ses parents (BENDER & Mc CANN 2000, ELO 1992). Vu ces associations, on peut s'attendre à ce que plusieurs facteurs socio-économiques contribuent aux taux d'utilisation plus faibles de certaines catégories de femmes, appelant ainsi à la prudence quant au rôle univoque de l'éducation dans la fréquentation différentielle des services obstétricaux.

1.3. L'occupation de la femme

En plus de l'adoption des comportements favorables à la fréquentation des services de santé, l'instruction offre à la mère la possibilité d'accéder à un emploi rémunéré lui permettant de prendre en charge les dépenses de santé. L'effet de l'instruction sur la fréquentation des services de santé maternelle peut donc s'exercer à travers la situation d'activité génératrice de revenus et de certains avantages indirects facilitant l'accès aux soins de santé.

Par exemple, il est courant de constater que, dans les pays en développement, l'exercice de certaines activités donne droit à la gratuité, sinon à une diminution des coûts des soins de santé alors que l'immense majorité des populations rurales, pauvres et analphabètes prennent en charge elles-mêmes les dépenses de santé. La gratuité des soins médicaux du secteur public bénéficie essentiellement à la minorité des populations urbaines instruites occupant les emplois rémunérés.

1.4. La protection sociale et la couverture médicale

Bien que peu d'études se soient attachées à explorer les effets de la couverture médicale sur l'utilisation des services obstétricaux, les résultats des observations sont extrêmement concordants : l'assurance médicale ne concerne habituellement dans les pays en développement qu'une frange limitée de la population.

En Egypte par exemple, les travaux de RANNAN-Eliya et al. (2000) ont révélé que l'Organisation pour l'Assurance Maladie, « Health Insurance Organisation, (HIO) », établie en 1964, est une assurance maladie obligatoire pour tous les employés et employeurs du secteur formel. Elle a une couverture limitée : 9.7% de la population, 28% des mères reçoivent des soins prénatals réguliers, 43% des mères ont reçu 2 doses de vaccin antitétanique avant l'accouchement et seulement 1/3 des accouchements se font dans une structure de santé en présence de personnel médical formé.

Au Cameroun, le partage du risque maladie reste encore embryonnaire. Dans ce domaine, l'on peut citer l'Assurance-maladie (privée) qui couvre moins de 1% de la population et quelques mutuelles de santé qui restent encore au stade expérimental.

En effet, les soins de santé modernes sont toujours plus utilisés par les bénéficiaires de l'assurance maladie. En revanche, le recours à l'auto-traitement est habituellement plus rare chez les assurés sociaux. La couverture médicale peut être assimilée à un revenu additionnel qui procure un accroissement des capacités individuelles et familiales d'utilisation des services de santé modernes. C'est cet accroissement qui conduit les bénéficiaires de l'assurance maladie à utiliser plus de service de santé.

II. Les facteurs socio-culturels

Comme l'affirme HERSKOVITS cité par HAROUNA (1998, 18), « *la culture est la mesure de toute chose.* » Les femmes en âge de procréer jugent et évaluent l'importance du suivi médical de la grossesse et de l'accouchement par rapport au système socio-culturel auquel elles appartiennent. Au rang de ces facteurs, figurent en bonne place l'appartenance ethnique de la femme, la religion et son milieu de socialisation.

2.1 L'ethnie

Dans la littérature socio-anthropologique, il apparaît que, lorsque dans une même communauté cohabitent des populations d'origines différentes, les comportements d'utilisation des services de santé peuvent varier sensiblement d'un groupe à l'autre. Ces variations peuvent exprimer des différences culturelles dans les perceptions et les interprétations des symptômes ou dans les attentes concernant l'efficacité du traitement.

En dépit de la rareté des écrits sur l'association diversité ethnique et fréquentation différentielle des services obstétricaux, l'essentiel de la littérature sur l'ethnie et le suivi médical de la grossesse et l'accouchement a porté sur les représentations, les pratiques et les perceptions de la procréation et leur potentielle implication sur l'utilisation des services de soins obstétricaux modernes.

Dans plusieurs études menées en Afrique au Sud du Sahara, les femmes surtout du milieu rural remettent en cause la rentabilité du suivi médical de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né. Pour les femmes Zarma de la périphérie de la ville de Niamey par exemple, la précocité de la première visite prénatale peut être dangereuse pour la mère et le fœtus. Elle permet à l'entourage, supposé hostile (notamment les co-épouses) d'être informé et de prendre des dispositions occultes pouvant entraîner le décès de la mère (HAROUNA, 1998). Aussi, pensent-elles que la fréquentation des centres de santé ne garantit pas la protection de la mère et du fœtus contrairement à la consultation auprès des marabouts qui protège contre les mauvais esprits. « *La femme enceinte doit taire son état. L'exprimer serait exposé son enfant et elle-même aux risques liés au mauvais œil* » (HAROUNA, 1998). Les enjeux sociaux de la procréation influencent donc la précocité et les types de soins préventifs recherchés par les femmes enceintes.

Ce souci permanent de discrétion peut constituer un obstacle au recours aux services et soins prénatals notamment à la précocité de la première consultation qui, selon les normes en vigueur en Afrique, doit se dérouler au plus tard dans le premier trimestre de la grossesse. Cette exigence du système biomédical moderne peut être perçue comme une occasion potentielle de rupture du secret et donc comme une source de danger pour la femme.

Le choix et le lieu de l'accouchement sont également tributaires des éléments socio-culturels de référence. Dans le milieu rural, le travail de la parturiente et de l'accouchement sont tenus secrets. Ils se déroulent dans un lieu réservé. Chez les Béti du Cameroun, la femme choisira, autant que possible, d'enfanter dans un milieu où elle se sentira le plus en sécurité, dans son village natal, chez sa mère ou chez ses sœurs (LABURTHE-TOLRA, 1991 cité par BENINGUISSE, 2003). Chez les Bambara d'Afrique occidentale et les Joola du Sénégal, c'est pour préserver l'espace social de la souillure du sang de l'accouchement que la naissance se déroule en dehors du village (JOURNET, 1991 ; ERNY, 1989 cité par BENINGUISSE, 2003).

Fort de ce qui précède, il n'est pas étonnant que la pratique simultanée de plusieurs accouchements dans la même salle, l'utilisation collective des salles de séjour et du matériel d'interventions obstétricales, et la proscription ou la limitation de l'entourage familial couramment observés dans certaines maternités biomédicales en Afrique puissent constituer une entrave à l'utilisation des services obstétricaux.

Toutefois, il convient de relativiser l'influence de l'ethnie parce que prise comme entité socioculturelle, l'ethnie est sujette aux mutations et donc susceptible d'intérioriser des valeurs nouvelles favorables à une prise en charge médicale de la santé. Par conséquent, il convient de la saisir dans sa dynamique spatio-temporelle.

2.2 La religion

La religion et l'ethnie sont des composantes de modernité culturelle qui, en tant que groupe commun de croyances, de pratiques, de normes et de valeurs, constituent des éléments importants de réponses tant individuelles que collectives à l'évènement-maternité. La religion régit la vie de ses fidèles en catalysant leurs comportements vers le modèle moral et éthique. Et à cet effet, elle peut apparaître comme un facteur d'adaptation, de promotion ou de refus de changement. La religion chrétienne comparativement aux autres, est reconnue comme celle qui favorise la promotion et la diffusion de la culture, des savoirs, de la technologie et de la médecine occidentale (AKOTO, 1993).

En Afrique subsaharienne, plusieurs études ont montré que la religion chrétienne a une influence positive sur le recours aux soins de santé. Au Nigéria, STOCK (1990) rapporte que les musulmans sont réticents à utiliser les services fournis par les missions chrétiennes et

qu'ils ne s'adressent qu'en cas d'extrême urgence. Dans une autre étude menée au Nigeria par NNADI et KABAT (1984), il ressort que les chrétiens apparaissent plus enclins à utiliser les soins de santé moderne, alors que les musulmans et les populations se référant à des religions traditionnelles ont plutôt tendance à consulter les praticiens traditionnels. Les résultats des travaux de BENINGUISSE (2003) sur le Cameroun indiquent que ce sont les femmes chrétiennes qui ont plus de chance de tirer le meilleur profit des soins obstétricaux modernes.

2.3.Le milieu de socialisation de la femme

Tout comme l'ethnie et la religion, le milieu de socialisation est un élément important qui véhicule les normes du système socio-culturel. « *Il imprime aux femmes en âge de procréer leur personnalité de base et les valeurs fondamentales auxquelles elles se réfèrent en matière de soins préventifs.* » (HAROUNA, 1998, 21). Dans la plupart des études sur le suivi médical de la grossesse et de l'accouchement, le milieu de socialisation est étudié en opposant le milieu rural au milieu urbain.

III. Les caractéristiques du ménage et les caractéristiques socio-démographiques de la femme

Elles se rapportent essentiellement à la structure du ménage, le sexe du chef de ménage, l'âge de la femme à l'accouchement, la parité et l'état matrimonial.

3.1. La structure du ménage et sexe du chef de ménage

La taille du ménage, son caractère nucléaire ou étendu, le sexe du chef de ménage et le lien de parenté avec le chef de ménage et d'autres composantes familiales sont souvent liés à l'utilisation différentielle des services de santé.

Du point de vue du caractère étendu ou nucléaire des ménages, les résultats des travaux de BENINGUISSE (2003) portant sur le Cameroun sont assez révélateurs. La fréquentation des services obstétricaux, du point de vue du recours, semble être mieux assurée au sein des ménages étendus qu'au sein des ménages nucléaires, quel que soit le milieu d'habitat.

Par ailleurs, les caractéristiques liées à la structure du ménage contribuent à la définition de la position qu'occupe la femme dans les échelles de pouvoir et de prise de décisions au sein du ménage en lui conférant ou pas un certain nombre de privilèges favorables à certaines normes et conduites bénéfiques ou néfastes à la santé. Les observations

de BENINGUISSE (2003, 138) sur le Cameroun ont révélé que les femmes qui résident dans les ménages dirigés par les femmes ont une fréquentation quantitativement (recours) et qualitativement (compliance aux normes en vigueur) plus importante que celles qui sont issues des ménages dirigés par les hommes. Selon les propres termes de l'auteur, « *la direction féminine du ménage semble être de loin plus profitable à la femme enceinte qu'une direction masculine.* »

3.2. L'âge à l'accouchement

Comme dans l'analyse démographique, l'âge à l'accouchement est un élément important dans l'analyse des inégalités dans l'utilisation des services de santé maternelle ou de santé en général. En effet, la littérature fait ressortir que les femmes jeunes sont plus susceptibles de recourir aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum que les femmes âgées et, ceci notamment du fait du poids des valeurs traditionnelles plus pesantes chez ces dernières.

Se faire accoucher ou consulter par exemple, pendant la grossesse et le post-partum par un personnel médical qualifié de services de santé modernes, qui peut être, pour la parturiente, comme un fils ou une fille, peut être considéré comme choquant, par les vieilles générations, du point de vue de la pudeur ou simplement de la morale traditionnelle : comme quoi on ne montrera pas sa nudité à son fils ou à sa fille. Le problème se poserait moins dans les services de santé traditionnels où les matrones sont des femmes âgées.

A ce propos, JAFFRE et PRUAL (1993) affirment que dans les maternités, ce sont les filles qui accouchent les mères inversant l'ordre des relations sociales préétablies. Dès lors, les femmes sont gênées d'exposer leur féminité à des sages femmes qui ont l'âge de leurs filles. Les relations de pudeur constituent un obstacle qui empêche aux femmes, surtout celles du milieu rural d'entreprendre certaines consultations gynécologiques.

De plus, des études sur le recours thérapeutique montrent que les personnes âgées sont celles pour lesquelles la famille est peu disposée à allouer des ressources importantes pour la santé et que le traitement moderne des personnes âgées coûte relativement plus cher. Ces résultats peuvent aisément s'appliquer aux soins de santé relatifs à la maternité, lorsqu'on sait les risques qui y sont attachés pour les femmes de plus de 35 ans. Alexandra Oliveira DE

SOUSA (1995, 50) étudiant la maternité chez les Bijago de Guinée-Bissau, population chez qui, pour les femmes, les classes d'âge se définissent par rapport à la maternité et qui reste fortement attachée à la tradition, constate une différence de comportement sanitaire entre les jeunes et les vieilles générations : « 50% des femmes de moins de 35 ans ont bénéficié d'une assistance médicale moderne pour le premier accouchement contre 20% seulement parmi les femmes plus âgées ».

3.3. La parité

A côté de l'âge, il y'a la parité : nombre d'enfants vivants, nombre de grossesses déjà portées et nombre d'accouchements déjà subis par la femme. La parité influence la fréquentation des services de santé en ce sens que les femmes ayant peu d'expériences en matière de maternité peuvent être plus enclines à rechercher de l'aide auprès d'un personnel médical. Toutefois, cette association est loin d'être constante, car l'effet de la parité sur le recours aux soins va interagir avec d'autres caractéristiques individuelles de la femme, mais surtout avec les caractéristiques même de la maternité comme les maladies ou complications durant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. A cet effet, DE SOUSA (1995, 49-50) constate que « le choix d'une assistance moderne, à l'hôpital, est plus fréquent lors des premiers accouchements » et conclut qu'« on peut supposer qu'un soin plus grand est apporté aux premiers accouchements »

Un peu plus proche de la GUINEE-BISSAU, DIALLO. B. et collaborateurs (1999), aboutissent pour le cas de la GUINEE⁵ à la conclusion selon laquelle en Basse Guinée et en Guinée forestière respectivement, 65,48 % et 55,88 % des multipares (2 à 4 enfants) et les grandes multipares (5 enfants ou plus) accouchent à domicile contre respectivement 13,09 % et 25,00 % pour les primipares. Pour reprendre les auteurs en leurs propres termes, « L'habitude et l'expérience acquises lors des accouchements antérieurs semblent les pousser à se passer des structures sanitaires.»

⁵ Il s'agit cette fois de la Guinée dont Conakry est la capitale politique

3.4. L'état matrimonial

Une autre caractéristique socio-démographique susceptible de favoriser des différences en matière de surveillance de la grossesse et de l'accouchement est l'état matrimonial de la femme. L'importance des caractéristiques et de la décision de l'homme (époux, père) pour la santé de la famille est aujourd'hui consacrée dans la littérature. Ainsi, les femmes en union peuvent plus facilement avoir recours aux soins avant, pendant et après l'accouchement, ceci notamment en raison du réseau social plus large favorable à la prise en charge des coûts de santé (BANZA BAYA, 1998).

IV. Les facteurs contextuels et politiques

Il s'agit de facteurs susceptibles d'encourager ou de rebuter certaines catégories d'utilisateurs potentiels des services obstétricaux. Les problèmes de l'accessibilité financière et géographique et les inégalités régionales de l'offre des services obstétricaux sont des raisons bien documentées des écarts observés relatifs à la référence obstétricale (THADDEUS & MAINE 1994, BOUILLIN *et al.* 1994, SAUERBORN *et al.* 1989, HADDAD & FOURNIER 1995).

4.1. L'offre des services obstétricaux

De nombreux pays en développement font face à un déficit d'infrastructures et de personnel sanitaire. De plus, leur répartition régionale est souvent très inégale. De grandes inégalités régionales subsistent dans les implantations des infrastructures, l'acquisition des équipements et la répartition du personnel. L'illustration avec le cas camerounais est synthétisée dans le tableau ci-après.

Tableau 2.1: Quelques ratios selon la région

Provinces	1 médecin	1 Infirmier	1 lit	1 CS	1 pharmacie
Adamaoua	9876	2767	749	7439	95469
Centre	4941	1425	761	6772	48094
Est	14663	2444	1070	6618	83092
Extrême - Nord	34123	6012	1948	14086	242274
Littoral	7023	1784	577	9805	55016
Nord	20662	4396	2094	10506	137747
Nord -Ouest	14378	2881	733	11462	163906
Ouest	12677	1890	477	7361	30940
Sud -Ouest	13167	3303	639	7115	40911
Sud	583	1207	462	4850	37070
Cameroun	10083	2249	768	8555	62823

Source : Carte Sanitaire (MSP, 1999, Cameroun)

Cette fracture géographique a de potentielles implications dans l'utilisation des services obstétricaux. Il en résulte entre autres, une offre différentielle qui pénalise l'accès de nombreuses femmes aux services obstétricaux. Ces inégalités sont généralement examinées en termes de disponibilité et d'accessibilité géographique.

4.1.1 La disponibilité des services de santé

La disponibilité des services de santé est examinée en termes de présence ou d'absence d'une formation sanitaire dans une unité géographique bien définie. Dans de nombreux pays en développement, on observe une répartition régionale fortement inégalitaire des infrastructures sanitaires et du personnel médical.

Au Cameroun par exemple, les travaux de KUATE DEFO (1996) et les statistiques du Ministère de la Santé Publique ont montré que tant du point de vue des services de santé que

du nombre d'habitants par médecin, les régions de la partie septentrionale et du Nord-Ouest/Sud-Ouest, sont de loin les plus défavorisées (tableau 2.1). Ces deux régions ensemble détiennent moins de 40% d'infrastructures sanitaires et un nombre d'habitant par médecin largement au-dessus de la moyenne nationale. En revanche, les régions du Centre/Sud/Est et du Littoral/Ouest sont les plus favorisées. En effet, plus de 60% des formations sanitaires sont déployées dans ces deux régions avec un nombre d'habitants par médecin inférieur ou égal à la moyenne nationale.

Par ailleurs, lorsque la disponibilité des structures sanitaires en termes de présence dans l'unité géographique est, en elle-même satisfaite, encore faut-il qu'elles soient géographiquement accessibles.

4.1.2 L'accessibilité géographique

L'accessibilité géographique s'apprécie à travers la distance minimale qu'il faut parcourir pour arriver (ou la durée moyenne du trajet par rapport) à la formation sanitaire la plus proche. Elle est de l'avis de certains auteurs un facteur limitant majeur à l'utilisation des services de santé. Les chances de recourir à l'appareil à l'appareil médical et de se conformer aux règles préventives en vigueur diminuent considérablement au fur et à mesure que la distance par rapport au service obstétrical le plus proche augmente. Un large support empirique alimente ainsi l'idée selon laquelle les distances à parcourir sont dans les pays en développement susceptibles de constituer une barrière à l'utilisation des services de santé. Ce problème semble particulièrement très poussé en milieu rural.

L'éloignement géographique d'un centre de santé peut limiter davantage l'accès aux soins en absence de système de transport adéquat. Dans les régions enclavées, l'accessibilité des services médicaux est hypothéquée par le mauvais état des routes et la rareté des moyens de transport.

Diverses études montrent que, d'une manière générale, les taux d'utilisation décroissent rapidement à mesure qu'augmentent les distances à parcourir et inversement. Des études réalisées au Nigeria dans des contextes variées montrent que *«la clientèle des formations sanitaires publiques est principalement constituée de patients à proximité des lieux de dispensation des services»* (FOURNIER & HADDAD, 1995).

Beaucoup d'études documentent l'idée selon laquelle les régions les plus défavorisées du point de vue de l'offre le sont également du point de vue de la fréquentation des services obstétricaux. Dans ces régions, le recours à l'obstétrique traditionnelle est plus fréquent. Mais l'inégale répartition régionale de l'offre n'est pas le seul facteur explicatif de l'inégale fréquentation des services obstétricaux. De nombreux autres facteurs comme le coût d'utilisation se montrent importants et variables au fil du temps.

En effet, là où les services de santé sont disponibles et proches des populations, le fait qu'ils 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. En plus des tarifs officiels, viennent souvent se greffer le coût des médicaments soulevant ainsi le problème de l'accessibilité financière des services de santé.

4.2. L'accessibilité financière

L'hypothèse selon laquelle l'utilisation des services de santé est sensible aux variations tarifaires appliquées dans les formations sanitaires publiques est au centre de la problématique coût-utilisation. De nombreuses études montrent que les coûts directs sont les principaux critères que les patients considèrent dans leurs décisions de recours aux services de santé biomédicale et, dans de nombreux cas, ils accentuent plutôt les inégalités entre les ménages riches et ceux qui ne le sont pas.

Au Ghana, l'impact résultant de l'introduction d'un mode de recouvrement direct des coûts dans les formations sanitaires publiques a été étudiée par WADDINGTON et ENYIMAYEW. Ces derniers rapportent que les augmentations de prix de 1983 et 1985 ont entraîné une réduction sensible du nombre moyen d'utilisateurs par an de l'ordre de la moitié. Ces mesures ont principalement affecté les catégories dont la situation sociale et sanitaire était la plus précaire.

Au Swaziland, les travaux de YODER (1989) commentés par FOURNIER et HADDAD (1995) relèvent qu'une augmentation des tarifs pratiqués dans les formations publiques dont le but était de les rendre égaux à ceux des missions religieuses, a amené une baisse de 40% en un an sans que la fréquentation des missions soit affectée. Comme dans l'étude du Ghana, les couches les plus défavorisées de la population ont été celles qui ont été les plus touchées par ces mesures gouvernementales dans la mesure où les patients ayant les

moyens d'utiliser les hôpitaux missionnaires n'ont pas modifié leurs comportements après l'augmentation des tarifs.

4.3. Le milieu de résidence

Malgré un contexte d'amélioration global de la santé (amélioration des conditions de vie, progrès des prises en charge médicales des pathologies lourdes...), les inégalités spatiales d'offre de soins persistent, s'aggravent même.

L'utilisation largement supérieure des services de santé modernes par les populations urbaines et, à l'inverse la plus grande propension des populations rurales à recourir aux dispensateurs de médecine traditionnelle sont des réalités fortement associées au milieu de résidence.

Une accessibilité insuffisante est souvent considérée comme la principale cause de la sous-utilisation de la médecine moderne en milieu rural. Or, si l'accessibilité est, comme nous le verrons un peu plus loin, un facteur qui peut être important, les différences d'utilisation entre milieu rural et milieu urbain semblent liées à de nombreuses insuffisances ayant trait à l'offre ou aux populations.

En ce qui concerne l'offre, de grandes inégalités subsistent encore entre les infrastructures rurales et les équipements urbains malgré les efforts faits dans la plupart des pays africains. L'accessibilité géographique des services de santé modernes est moindre, les assurances médicales sont quasi inexistantes et la médecine moderne y est implantée depuis moins longtemps qu'en milieu urbain. Cette fracture géographique a des implications dans de nombreux domaines, en particulier, au plan de l'utilisation des services obstétricaux. Il en résulte entre autres, une offre différentielle de services de santé qui pénalise l'accès de nombreuses femmes rurales aux services obstétricaux.

Pour ce qui est des populations, il convient classiquement de relever qu'en milieu rural, les habitants sont plus pauvres, moins éduqués, moins réceptives à l'endroit de la médecine moderne et plus proches des praticiens traditionnels dont ils partagent volontiers le mode de vie et les valeurs.

Conclusion partielle

La description des facteurs associés à l'utilisation différentielle des services de santé telle qu'elle vient d'être faite montre que l'étude de ce phénomène se heurte à plusieurs difficultés d'importance.

D'une part, certains facteurs ont un rôle indéniable sur le volume d'utilisation, mais ils ont des effets divers sur les recours à différents prestataires. D'autre part, les interactions entre les facteurs sont si manifestes qu'il est difficile, voire impossible d'attribuer à un facteur un rôle univoque.

Toute généralisation sur l'utilisation différentielle des services de santé serait abusive si elle ne prend pas en considération le type de services recherchés (soins curatifs, soins préventif, ou services plus particuliers comme la surveillance de la grossesse et de l'accouchement) et surtout le contexte dans lequel va s'exercer la démarche de la recherche de services, notamment dans ses dimensions culturelles, sociales, économiques, sanitaires et médicales.

La compréhension du phénomène des inégalités dans la fréquentation des services de santé en général, et obstétricaux en particulier peut en outre être facilitée si l'on regarde l'utilisation comme la résultante d'une démarche qui conduit à la rencontre de l'offre qui répond aux besoins et aux attentes de la demande des populations.

Après avoir examiné cette synthèse de littérature sur les facteurs de différenciation de l'utilisation des services obstétricaux en Afrique au Sud du Sahara, nous allons présenter dans le chapitre qui suit le cadre conceptuel de l'étude, élaborer les hypothèses de recherche et présenter les sources de données que nous utiliserons.

CHAPITRE III: CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Introduction

Notre travail a pour principal défi l'identification des liens causaux par lesquels les facteurs de différenciation (socio-économique, culturelle, contextuelle, démographique...) expliquent l'inégale utilisation des services obstétricaux. Sans aucun doute, un grand nombre de facteurs interviennent. Ils peuvent se combiner ou interagir de différentes façons très complexes.

De nombreux auteurs mettent l'accent sur l'importance de facteurs différents. Certains auteurs ont souligné les conséquences directes des contraintes financières ou de type financier. Parmi les facteurs mentionnés, ils citent le manque de transport adéquat, l'absence ou l'insuffisance d'une assurance santé, les coûts d'opportunité élevés des consultations médicales et la réduction des opportunités permettant de faire face aux urgences que présente la grossesse ou l'accouchement. Par exemple, dans certaines zones rurales du Kenya, le temps nécessaire au trajet et l'assurance santé sont des contraintes clés. Ce sont elles qui déterminent qui accouchera à domicile avec des "matrones traditionnelles" (HODGKIN, 1996) et qui recevra une aide qualifiée à l'accouchement. Des constatations analogues sont signalées à propos du Bangladesh (NAHAR & COSTELLO, 1998).

D'autres auteurs mettent en relief des facteurs qui se rattachent plutôt à l'éducation de la femme. L'effet positif de la scolarisation sur l'utilisation des soins de santé a été attribué à la plus grande autonomie et au plus grand pouvoir décisionnel, au fait que la femme soit davantage en mesure d'acquérir et d'assimiler de nouvelles informations, ainsi qu'à une attitude différente vis-à-vis des problèmes de santé et des services de santé. Par exemple, on a souvent observé un conflit entre cultures locales et médecine occidentale (ASOWA - OMORODION 1997, SUNDARI 1992), qui pourrait être plus aisément résolu par des femmes ayant un niveau de scolarisation plus élevé.

Nous nous proposons ainsi, dans ce chapitre, de présenter, dans un premier temps, le cadre théorique de l'étude dans lequel nous abordons de façon explicite les hypothèses de

recherche. Nous serons ainsi amenés à définir les principaux concepts. Dans un deuxième temps, il s'agira de présenter les sources de données, leurs limites et de donner quelques éléments d'appréciation de leur qualité. Enfin, pour terminer, nous présenterons les méthodes d'analyse auxquelles nous aurons recours tout au long du travail.

I. Cadre théorique de l'étude

La synthèse de la littérature sur les inégalités dans l'utilisation des services obstétricaux en Afrique sub-saharienne montre visiblement que cette question ne saurait trouver une réponse définitive en se situant sous un angle unique. Une meilleure compréhension des facteurs de différenciation de la prise en charge médicale de l'accouchement requiert la prise en compte d'aspects aussi bien contextuels, socio-économiques, culturels, que démographiques.

1.1. Proposition d'un cadre conceptuel pour l'analyse de l'évolution des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun

1.1.1 Hypothèse générale

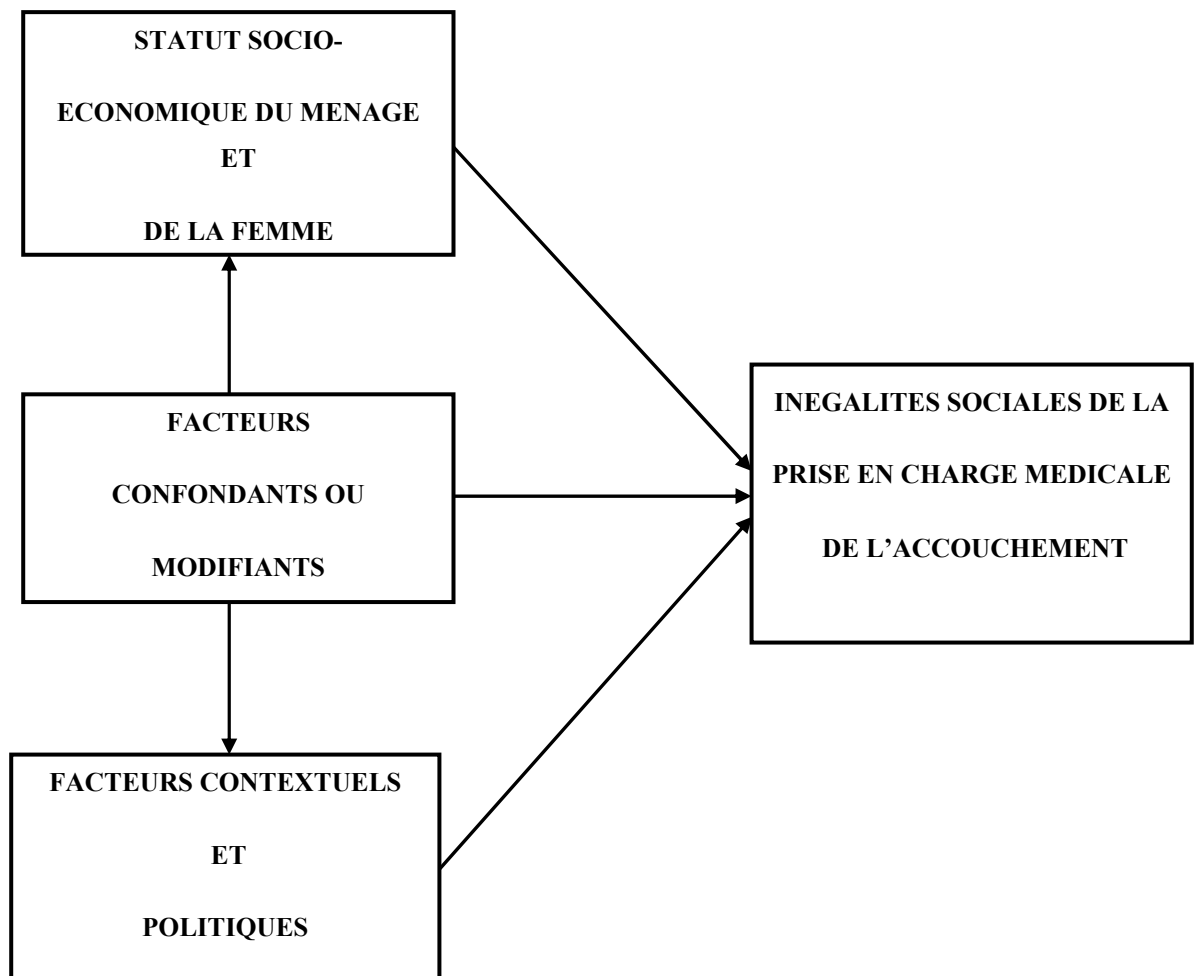
Au regard de l'évolution de la situation socio-économique du Cameroun marquée par une détérioration prononcée entre 1987 et 1996, nous supposons que les inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement se sont accrues entre 1991 et 1998. Elles ont maintenu la même tendance entre 1998 et 2004 en raison du fait que les conditions de vie des populations ne sont pas améliorées malgré la reprise économique.

1.1.2 Schéma conceptuel

La figure 3.1 donne une vision synthétique du cadre conceptuel que nous proposons pour une meilleure compréhension des mécanismes générateurs des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun.

Ce cadre conceptuel distingue trois niveaux d'intervention des facteurs de différenciation de la prise en charge médicale de l'accouchement : le statut socio-économique, les facteurs confondants ou modifiants et les facteurs contextuels.

Figure 3.1 : Schéma conceptuel de l'analyse de l'évolution des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun.



1.1.3. Définition des principaux concepts

Pour permettre de bien comprendre notre cadre conceptuel, il nous paraît utile de définir les concepts clés entre lesquels les relations sont établies. Cette section se propose ainsi de donner les définitions opératoires pour quelques concepts.

a) Inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement

On entend par inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement, l'accès différentiel des femmes ou de certaines catégories sociales aux services obstétricaux pour recevoir des soins adéquats durant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat. Ce processus inclut un personnel qualifié (personnel de santé avec des compétences

obstétricales) et un environnement adéquat du point de vue des médicaments, de l'équipement, des fournitures et des possibilités de référence. Nous appréhenderons ce concept par l'assistance médicale différentielle de l'accouchement.

b) Le statut socio-économique du ménage et de la femme

Le statut socio-économique du ménage et de la femme renvoie à deux dimensions dont l'une est d'ordre économique et l'autre d'ordre social. Il renseigne sur la capacité du ménage et/ou de la femme à disposer des ressources nécessaires ou à adopter des attitudes favorables à la prise en charge médicale de l'accouchement. Il concerne le revenu, la richesse, la scolarisation, l'emploi, le métier, la possession de terres, l'origine familiale... Il sera appréhendé dans cette étude par le niveau de vie du ménage, les variables de modernité culturelle telles que le niveau d'instruction et les variables de modernité économique telles l'occupation, et de certaines facilités comme l'assurance médicale.

c) Les facteurs confondants ou modifiants

Ils désignent un ensemble de facteurs dont les effets sur le phénomène étudié sont marginaux. Leurs effets peuvent devenir importants par l'entrée en ligne d'autres facteurs plus déterminants ou proches. Pour ce qui est de notre étude, ils se rapportent à l'état matrimonial, à la religion, au sexe du chef de ménage, à la taille du ménage et aux variables relatives au capital santé de la femme telles que l'âge à l'accouchement et la parité.

d) Les facteurs contextuels et politiques

En ce qui concerne les facteurs politiques, il s'agit spécifiquement de l'offre sanitaire en termes de disponibilité des services de santé, d'accessibilité géographique et financière. Dans notre étude, la disponibilité des services de santé renseigne sur la présence ou l'absence d'une formation sanitaire dans une aire géographique bien définie et l'accessibilité géographique renvoie la distance minimale qu'il faut parcourir pour y arriver (ou la durée moyenne du trajet). L'accessibilité financière renvoie aux coûts de diverses natures que les populations ont à supporter dans le processus de soins. Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons aux coûts d'utilisation et précisément, les dépenses relatives aux traitements.

Comme facteur contextuel, nous retiendrons la région de résidence et le milieu de résidence.

1.2. Correspondance entre concepts et variables

Le tableau 3.1 présente le récapitulatif des concepts à utiliser dans le cadre de notre étude ainsi que les variables qui serviront à leur opérationnalisation.

Tableau3.1 : Opérationnalisation des principaux concepts de l'étude

Concepts	Dimensions		Indicateurs de concepts
facteurs contextuels et politiques	contexte de résidence		région de résidence, milieu de résidence
	Offre sanitaire	accessibilité financière	coût d'utilisation
		disponibilité des services de santé	Absence ou présence d'une formation sanitaire
		accessibilité géographique	distance par rapport à la formation sanitaire la plus proche
facteurs confondants ou modifiants	culturelle		religion, ethnie
	démographique		état matrimonial, sexe du chef de ménage, taille du ménage
	capital santé		parité, âge à l'accouchement
statut socio-économique du ménage et de la femme	social		niveau d'instruction
	économique		assurance médicale
			occupation de la femme
			niveau de vie du ménage
Inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement	recours différentiel à la prise en charge médicale de l'accouchement		assistance médicale différentielle à l'accouchement

1.3. Cadre d'analyse

1.3.1. Hypothèses spécifiques

Dans le cadre conceptuel présenté précédemment, nous avons tenté d'explicitier comment le milieu de résidence, la région de résidence, le niveau d'instruction de la femme et son occupation, le niveau de vie du ménage, la religion, l'état matrimonial, l'âge à l'accouchement la parité...etc. pouvaient se révéler comme des facteurs de différenciation de l'assistance médicale de l'accouchement. Il n'est pas dans notre intention de confronter l'ensemble de ce cadre conceptuel à l'empirie. Il s'agit ici de formuler quelques propositions sous la contrainte des variables (ou indicateurs de concepts) disponibles dans nos sources de données (EDSC-I, EDSC-II, et EDSC-III).

Hypothèse H1 : *Les différences relatives à l'assistance médicale de l'accouchement entre les femmes vivant dans les ménages « riches » et celles vivant dans les ménages « pauvres » se sont accrues entre 1991 et 1998 au regard de la conjoncture défavorable, et ont maintenu la même tendance à la période 1998-2004 en raison de la dégradation persistante des conditions de vie des ménages malgré la reprise économique amorcée.*

Hypothèse H2 : *De ce qui précède relatif à la légère élévation du niveau d'instruction des femmes, nous estimons que les écarts se rapportant à l'assistance médicale de l'accouchement entre les femmes de niveau d'études secondaires ou plus et celles sans instruction ou de niveau primaire diminuent de façon continue sur toute la période d'observation.*

Hypothèse H3 : *Fort de ce qui précède relatif à la situation précaire des femmes caractérisée par une forte concentration dans le secteur informel consécutive aux effets pervers des difficultés économiques des années 90, nous postulons que les différences relatives à l'assistance médicale de l'accouchement entre les femmes travaillant dans le secteur d'activité moderne et celles travaillant dans un secteur non moderne se sont fortement accrues durant la période 1991-1998. Cette tendance se maintient entre 1998 et 2004.*

Hypothèse H4 : *En vertu des effets de l'urbanisation sur les changements comportementaux, nous postulons que le contact avec la ville augmente de façon continue les chances de la femme de recourir à l'assistance médicale à l'accouchement quelque soit la période d'observation.*

Hypothèse H5 : *A la lumière des idées selon lesquelles le christianisme favorise la promotion et la diffusion de la culture, des savoirs, de la technologie et de la médecine occidentale, nous présageons que les femmes chrétiennes fréquentent davantage les services obstétricaux pour l'assistance médicale de l'accouchement que les musulmanes et les adeptes des religions traditionnelles. Cet avantage se maintient au fil du temps.*

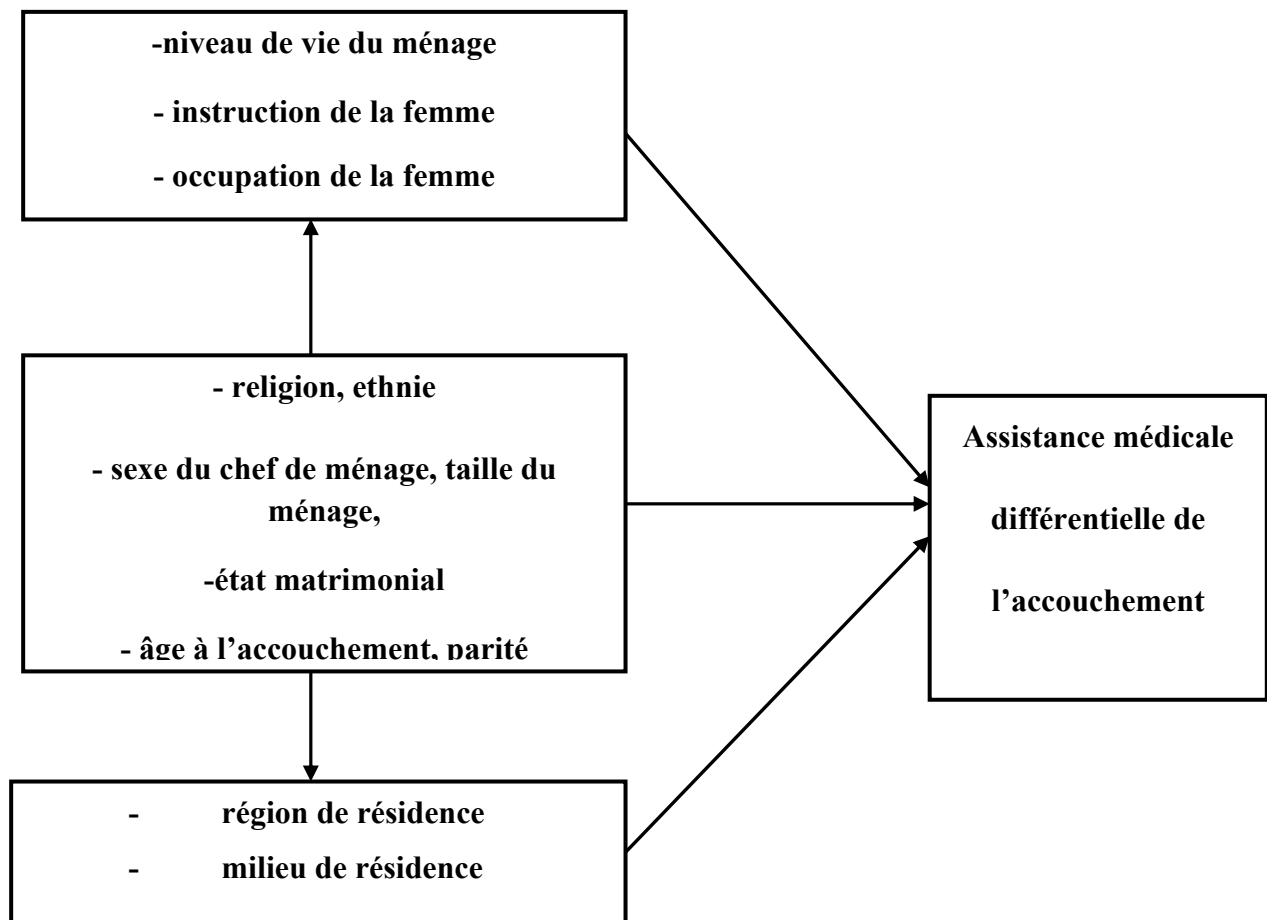
Hypothèse H6 : *Au regard des privilèges favorables à certaines normes et conduites bénéfiques à la santé conférés par la position qu'occupe la femme dans les échelles de pouvoir et de prise de décision, nous estimons que la direction féminine du ménage est associée à une utilisation plus intense des services de santé maternelle pour la surveillance de l'accouchement comparativement à la direction masculine, quelque soit la période d'observation.*

Hypothèse H7 : *L'avantage des femmes en union relatif à un recours quantitatif plus important aux soins obstétricaux pendant l'accouchement se maintient quelque soit la période d'observation en raison du réseau social plus large lié à son statut matrimonial.*

1.3.2. Le schéma d'analyse

Une fois les concepts clés définis et les variables opérationnelles précisées, le cadre d'analyse qui permettra d'opérationnaliser notre cadre conceptuel peut être schématisé comme suit :

Figure 3.2. Schéma d'analyse de l'évolution des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun.



II. Méthodologie

Dans cette partie, il s'agit de présenter dans un premier temps les sources de données utilisées dans cette étude, leur comparabilité, leurs limites ainsi que leur qualité avant d'évoquer les méthodes d'analyse.

2.1. Sources de données

Les données que nous utilisons dans cette étude sont celles de la première, deuxième et troisième Enquête Démographique et de Santé réalisées au Cameroun respectivement en 1991, 1998 et 2004. La population étudiée est les femmes âgées entre 15 à 49 ans ayant eu au moins une naissance vivante au cours des cinq (EDSC-I et EDSC-III) ou trois (EDSC-II)

dernières années précédent l'enquête. Particulièrement pour ce qui est de notre étude, nous nous intéresserons seulement au dernier accouchement. Ainsi, 1880, 1889 et 4980 femmes sont concernées respectivement à l'EDSC-I de 1991, à l'EDSC-II de 1998 et à l'EDSC-III de 2004.

2.1.1. Comparabilité des données

En rappel, la présente étude vise à mesurer les inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement et à mettre en évidence leur évolution au cours de la période 1991-2004. Dans quelle mesure l'EDSC-I, l'EDSC-II et l'EDSC-III permettent-elles d'atteindre ces objectifs ? La méthodologie des trois enquêtes permet-elle de rendre compte des inégalités sociales ? Les variables d'analyse requises y sont-elles couvertes ? Leur fiabilité est-elle garantie ? Leur consistance statistique permet-elle de limiter les erreurs aléatoires inhérentes aux « petits nombres » ? Voilà autant de questions dont les réponses permettraient d'apprécier les limites de l'étude et la validité des résultats.

a) Au plan méthodologique

L'EDSC-I, l'EDSC-II et l'EDSC-III ont la même méthodologie d'échantillonnage. Elles sont stratifiées en trois catégories :

- ❖ la strate « Douala/Yaoundé » ;
- ❖ la strate « autres villes » ;
- ❖ la strate « rural ».

Ensuite une stratification détaillée correspondant aux entités géographiques regroupées en régions de résidence a été effectuée pour les trois enquêtes. Pour l'EDSC- I et l'EDSC-II, ces régions de résidence ne sont pas des entités administratives en vigueur au Cameroun, mais correspondent tout de même à une réalité géographique. Elles sont regroupées en 5 catégories à savoir :

- ❖ Yaoundé/Douala
- ❖ Adamaoua/Nord/Extrême-Nord

- ❖ Centre/Sud/Est
- ❖ Ouest/Littoral
- ❖ Nord-Ouest/Sud-ouest.

En revanche, pour l'EDSC-III, ces régions de résidence correspondent bien à des entités administratives en vigueur dans le pays dans la mesure où elles concernent les dix régions du pays (Adamaoua, Centre, Est, Extrême-nord, Littoral, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud, Sud-Ouest) en plus des deux grandes villes que sont Yaoundé et Douala.

L'échantillon des trois enquêtes a été tiré à deux degrés et indépendamment dans chaque strate. Au premier degré on a tiré les zones de dénombrement (après la stratification géographique de ces zones) avec des probabilités proportionnelles au nombre de ménages recensés dans les zones. Au deuxième degré on a tiré les ménages à partir des listes établies à la suite d'un dénombrement exhaustif dans chaque zone de dénombrement. Des coefficients de pondération ont été prévus pour assurer l'auto-pondération de l'échantillon au sein de chaque strate.

Au regard de leur plan de sondage, les trois EDSC (1991, 1998 et 2004) sont des enquêtes aréolaires pondérées et représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (« Yaoundé/Douala », « autres villes », « rural ») et au niveau des régions de résidence.⁶

En définitive, du point de vue de la méthodologie d'échantillonnage, l'EDSC-I, l'EDSC-II et l'EDSC-III sont comparables si l'on adopte la structure représentative du milieu de résidence (« Yaoundé/Douala », « autres villes », « rural »). En revanche, la structure régionale représentative de l'EDSC-III ne permet pas cette comparabilité. Néanmoins, en procédant à un recodage de cette variable (région de résidence) à l'EDSC-III selon le codage adopté pour les deux premières EDSC, nos trois EDSC deviennent comparables du point de vue de la structure régionale.

⁶ En rappel, à l'EDSC-I et l'EDSC-II, ces régions de résidence ne correspondent pas à des entités administratives en vigueur dans le pays, mais correspondent tout de même à une réalité géographique. A l'EDSC-III, par contre, elles correspondent bien à des régions administratives en vigueur dans le pays.

En définitive, la méthodologie d'échantillonnage selon le milieu de résidence et la méthodologie de la structure régionale permettent la mise en évidence des différences sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun.

b) Au niveau des variables d'analyse

Tableau3.2 : couverture des variables d'analyse aux EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

CONCEPTS, VARIABLES	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
Facteurs contextuels			
- région de résidence	oui	oui	oui
- milieu de résidence	oui	oui	oui
- coût d'utilisation	non	non	non
- localisation géographique des services de santé	non	non	non
- Distance par rapport au centre de santé le plus proche	oui	non	non
Facteurs socio-culturels			
- Milieu de socialisation	oui	oui	oui
- Ethnie	non	oui	oui
- Religion	oui	oui	oui
Caractéristiques du ménage			
- Niveau de vie du ménage	oui	oui	oui
- Le sexe du chef de ménage	oui	oui	oui
- Taille du ménage	oui	oui	oui
Statut socio-économique de la femme			
- Niveau d'instruction de la femme	oui	oui	oui
- assurance médicale	non	non	non
- Occupation de la femme	oui	oui	oui
Facteurs socio-démographiques			
- Rang de naissance	oui	oui	oui
- Age à l'accouchement	oui	oui	oui
- L'état matrimonial	oui	oui	oui
Prise en charge médicale de l'accouchement			
- Assistance médicale de l'accouchement	oui	oui	oui

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II, EDSC-III

Seule l'EDSC-I dispose d'un volet communautaire sur l'accessibilité géographique des services de santé offrant des soins relatifs à la surveillance de l'accouchement, ce qui ne nous permet donc pas de mener une étude temporelle sur les trois périodes. Par ailleurs les variables *coût d'utilisation, localisation géographique et assurance médicale* n'ont pas été saisies par nos trois EDS, nous privant donc la possibilité d'examiner les disparités de la prise en charge médicale de l'accouchement selon leurs différentes modalités.

Cependant, les trois enquêtes ont en commun et à quelques exceptions près une gamme variée de variables d'identification sociale permettant de regrouper les unités d'analyse en catégories sociales résultant des hypothèses de l'étude (variables explicatives). Il est possible d'étudier les inégalités sociales de la prise en charge de l'accouchement pour autant que la consistance statistique des unités d'analyse le permette.

En définitive, les données des trois EDSC permettent d'étudier, avec quelques réserves, les inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement et leurs changements dans le temps.

2.1.2. Qualité des données sur les informations relatives à la prise en charge médicale de l'accouchement

Le caractère rétrospectif des enquêtes EDSC pose des problèmes méthodologiques classiques inévitables.

Il y a d'abord celui du décalage temporel entre certaines caractéristiques associées aux variables explicatives et l'observance des comportements relatifs à la prise en charge médicale de l'accouchement. En d'autres termes, le niveau de vie, la taille et la structure du ménage auquel appartient la femme, la « modernité » de la femme, son urbanité, correspondent-elles toujours temporellement à l'occurrence de la prise en charge médicale de l'accouchement ? En effet, le décalage temporel augmente au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la date de l'enquête.

Ensuite « *il y a au moins trois effets de sélection dus à l'interférence de la mortalité maternelle et de la mortalité fœtale* » (BENINGUISSE, 2003, 102). Le premier effet est lié au fait que ce sont les femmes survivantes au moment de l'enquête qui sont interrogées et ce,

uniquement sur les comportements relatifs à leurs grossesses et à leurs naissances. L'exclusion des comportements des mères non-survivantes à l'égard de leurs naissances est susceptible de sous-estimer l'ampleur des comportements dits à risques et d'introduire un biais au niveau de la représentativité des résultats. Le deuxième effet de sélection est relatif à l'exclusion des femmes qui, du fait des complications de gestation, n'ont jamais pu conduire de grossesse à une naissance vivante pour cause de mort fœtale. Le troisième effet de sélection potentiel est lié au fait que les femmes utilisant l'appareil médical pour la prise en charge de leur accouchement peuvent être issues de catégories dites « à risques », c'est-à-dire celles dont le recours a été motivé par l'occurrence d'un problème de santé en cours de grossesse ou durant l'accouchement. Toutefois, les conséquences de tels effets de sélection sur les résultats sont marginales.

En outre, la qualité des données peut être affectée par les erreurs d'observation parfois importantes telles que les omissions et oublis dus à une volonté de dissimulation ou à un effet de mémoire. En effet, les accouchements évoquant souvent des souvenirs douloureux tels que les césariennes, les décès d'enfants survenus juste après la naissance ou les naissances d'enfants malformés peuvent être dissimulées par les enquêtées. Ces erreurs peuvent conduire à un sous-enregistrement des naissances ou à une mauvaise déclaration des informations y afférentes.

Egalement, il est avéré que, plus un évènement remonte loin dans le passé, le risque d'erreurs sur les informations le concernant s'accroît aussi. A titre d'exemple, le tableau ci-dessous extrait des travaux de BENINGUISSE (2003) portant sur l'évaluation de la qualité des données de l'EDSC-I montre clairement que la qualité de déclaration des dates de naissances se détériore significativement au fur et à mesure que la durée de la période de naissance précédant l'enquête augmente.

Tableau3.3 : proportion des dates de naissances déclarées au mois près selon la période précédant l'enquête. (EDSC-I)

période	86-91	81-85	76-80	71-75	66-70	61-65	53-60
Proportion en (%)	86,5	68,2	63,1	58,5	52,9	42,2	34,8
naissances	3613	2960	2203	1462	840	370	112

Source : BENINGUISSE, 2003

On peut également évaluer la qualité des informations relatives à la prise en charge médicale de l'accouchement par une appréciation du taux de couverture des variables d'analyse entendue comme le pourcentage des réponses donnant la totalité de l'information désirée. Toutefois, il conviendrait au préalable, de recoder et de construire toutes nos variables d'analyse avant d'apprécier leur taux de couverture.

❖ Variables recodées

Le recodage est une opération suite à laquelle les catégories de la variable changent d'intitulés et deviennent moins nombreuses. Ainsi transformée, la variable peut se prêter à d'autres types de manipulations et à une analyse plus appropriée. Les variables qui ont été recodées concernent l'ethnie, la religion, l'état matrimonial, la parité, la région de résidence, le niveau d'instruction, l'occupation, la taille du ménage.

❖ Variables construites

Il s'agit de la variable âge de la mère au dernier accouchement, du degré d'urbanité, du niveau de vie.

Méthodologie de construction de la variable « âge de la mère au dernier accouchement »

La construction de la variable « âge de la mère au dernier accouchement » a été faite à partir de l'âge de femme à la date d'interview et la durée de temps écoulé entre la date de l'interview et la dernière naissance vivante (Annexe 3.1).

Méthodologie de construction de la variable « degré d'urbanité »

Le degré d'urbanité mesure l'exposition de la femme à la ville ou au phénomène urbain. Créée à partir des variables lieu de résidence au moment de l'enquête et pendant l'enfance (Annexe 3.2) (douze première année de la vie), cette variable distingue :

- Les femmes essentiellement urbaines⁷ ;
- Les rurales socialisées en milieu urbain ;
- Les urbaines socialisées en milieu rural ;
- Les femmes essentiellement rurales⁸ ;

Méthodologie de construction de la variable « niveau de vie »

La construction de l'indicateur du niveau de vie a pris en compte aussi bien les caractéristiques de l'habitat que les biens d'équipement du ménage : matériaux de construction du plancher, la possession de biens tels que l'électricité, le téléphone, la radio, le téléviseur, le réfrigérateur, le vélo, la moto, la voiture, le mode d'approvisionnement en eau de boisson et le type de toilette.

Nos trois sources de données (EDSC-I, EDSC-II et EDSC-III) comportent les variables relatives aux caractéristiques de l'habitat et aux biens d'équipement du ménage. Ces variables ont été d'abord appariées avec les données individuelles-femmes.

Pour la typologie des femmes selon le niveau de vie du ménage, nous avons eu recours à l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM). Elle a permis de créer un facteur dont la fréquence cumulative, divisée en trois, a généré des scores sur la base desquels ce facteur a été ensuite recodé en variable niveau de vie différenciant trois catégories sociales : niveau de vie faible, niveau de vie moyen et niveau de vie élevé.

⁷ Femmes dont les lieux de résidence au moment de l'enquête et pendant l'enfance sont soit la même ville soit des villes différentes.

⁸ Femmes dont les lieux de résidence au moment de l'enquête et pendant l'enfance sont soit le même village soit des villages différents.

Tableau3.4 : Couverture qualitative des variables de base aux trois EDSC

variables	nombre de non-réponses (a)			nombre d'individus concernés (b)			taux de couverture en (%) ((b-a)/b)		
	EDS C-I	EDS C-II	EDS C-III	EDS C-I	EDS C-II	EDSC -III	EDS C-I	EDSC -II	EDSC -III
milieu de résidence	0	0	0	1880	1889	4980	100	100	100
région de résidence	0	0	0	1880	1889	4980	100	100	100
degré d'urbanité	5	4	6	1880	1889	4980	99,7	99,8	99,9
religion	0	2	8	1880	1889	4980	100	99,9	99,8
ethnie	NA	0	0	1880	1858	4760	NA	100	100
distance par rapport au centre de santé le plus proche		NA	NA					NA	NA
niveau de vie du ménage	12	35	45	1880	1889	4980	99,4	98,1	99,1
sexe du chef de ménage	0	0	0	1880	1889	4980	100	100	100
taille du ménage	0	0	0	1880	1889	4980	100	100	100
Instruction de la femme	0	0	0	1880	1889	4980	100	100	100
état matrimonial	0	0	0	1880	1889	4980	100	100	100
parité	0	0	0	1880	1889	4980	100	100	100
âge à l'accouchement	0	0	0	1880	1889	4980	100	100	100
occupation de la femme	1	4	18	1880	1889	4980	99,9	99,8	99,6
assistance médicale à l'accouchement	0	12	5	1880	1889	4980	100	99,4	99,9

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II, & EDSC-III.

La variable relative à la prise en charge médicale de l'accouchement et toutes les variables explicatives ont un taux de couverture de plus de 98% (tableau 3.4). En conséquence, les réponses au sujet de la prise en charge médicale de l'accouchement et des variables explicatives apportent de façon satisfaisante la totalité de l'information recherchée par les questions.

2.2. Répartition des femmes ayant eu leur dernier accouchement au cours des cinq ou trois dernières années avant l'enquête selon les variables d'analyse

2.2.1. Selon la variable dépendante : l'assistance médicale à l'accouchement

Avant de donner la répartition des femmes ayant eu leur dernier accouchement au cours des cinq ou trois dernières années avant l'enquête selon la variable dépendante (assistance médicale à l'accouchement), il est nécessaire de rappeler la manière dont cette dernière a été saisie dans les trois EDSC. En effet, l'assistance médicale à l'accouchement a été appréhendée à travers deux questions :

- Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?
- Quelqu'un d'autre ?

Compte tenu de ce qui précède, il s'agit donc d'une variable dichotomique prenant les valeurs « 1 », si l'accouchement a été assisté par un personnel médical⁹ (médecin, infirmier(e) ou sage-femme, aide soignante), et « 0 » sinon. La valeur « 0 » regroupe les cas d'assistance par le personnel non médical (accoucheur (se) traditionnel (le), parents et les cas de « sans assistance »), c'est-à-dire l'alternative « traditionnelle ».

Tableau 3.5 : Distribution de l'échantillon (femmes ayant eu leur dernier accouchement au cours des cinq ou trois dernières années avant l'enquête) selon le recours à l'assistance médicale à l'accouchement à l'EDSC-I, l'EDSC-II et l'EDSC-III.

Variable à expliquer	EDSC-I (N=1880)		EDSC-II (N=1889)*		EDSC-III (N=4980)	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Assistance médicale à l'accouchement						
non	629	33,5	736	39	2205	44,3
oui	1251	66,5	1141	60,4	2770	55,6

Source : Traitement des données des EDSC-I, ESDC-II & ESDC-III.

*femmes ayant accouché au cours des trois dernières années avant l'enquête.

⁹ Lorsque plusieurs personnes ont assisté à l'accouchement, c'est la personne la plus qualifiée qui est retenue.

2.2.2 Selon les variables indépendantes

Le tableau 3.6 présente les distributions des fréquences des variables explicatives retenues pour cette étude.

Tableau 3.6 : Distribution de l'échantillon (femmes ayant eu leur dernière naissance au cours des cinq ou trois dernières années avant l'enquête) selon les variables d'analyse à l'EDSC-I, l'EDSC-II et à l'EDSC-III.

Variables explicatives	EDSC-I (N=1880)		EDSC-II (N=1889)		EDSC-III (N=4980)	
	n	%	n	%	n	%
variables liées au statut socio-économique						
Niveau de vie du ménage						
faible	937	49,8	1305	69,1	2961	59,5
moyen	558	29,7	363	19,2	1482	29,8
élevé	373	19,8	186	9,8	492	9,9
Instruction de la femme						
sans instruction ou primaire	1355	72,1	1321	69,9	3463	69,5
secondaire et plus	525	27,9	568	30,1	1517	30,5
occupation de la femme						
sans emploi	766	40,7	474	25,1	1446	29
secteur non moderne	1018	54,1	1273	67,4	3364	67,6
secteur moderne	95	5,1	138	7,4	152	3,1
variables contextuelles						
Milieu de résidence						
urbain	1096	53,5	732	38,8	2051	41,2
rural	874	46,5	1157	61,2	2929	58,8
Région de résidence						
Douala/Yaoundé	511	27,2			646	13
Adamaoua/Nord/Extrême-Nord	576	30,6	652	34,5	1594	32
Centre/Sud/Est	292	15,5	541	28,6	1147	23
Ouest/Littoral	252	13,4	389	20,6	848	17
Nord-Ouest/Sud-Ouest	249	13,2	307	16,3	745	15
Degré d'urbanité						
essentiellement urbaines	641	34,1	498	26,4	1205	24,2
rurales socialisées en milieu urbain	122	6,5	238	12,6	564	11,3
urbaines socialisées en milieu rural	364	19,4	233	12,3	842	16,9
essentiellement rurales	748	39,8	916	48,5	2363	47,4

Variables explicatives	EDSC-I (N=1880)		EDSC-II (N=1889)		EDSC-III (N=4980)	
	n	%	n	%	n	%
variables de confusion						
Taille du ménage						
0-3 (petite taille)	132	7	160	8,5	572	11,5
4-6 (taille moyenne)	534	28,4	558	29,5	1811	36,4
7 & + (grande taille)	1214	64,6	1171	62	2597	52,1
sexe du chef de ménage						
masculin	1638	87,1	1601	84,8	4070	81,7
féminin	242	12,9	288	15,2	910	18,3
Religion						
chrétienne	1299	69,1	1299	68,8	3412	68,5
musulmane	367	19,5	411	21,8	981	19,7
sans religion	214	11,4	177	9,4	441	8,9
nouvelle religion						2,8
Ethnie						
soudanais/hamites/sémites			675	35,7	1818	32,5
bantous			607	32,1	1553	31,1
semi-bantou et apparentés			576	30,5	1589	30,5
Etat matrimonial						
pas en union	247	13,1	282	14,9	680	13,7
en union	1633	86,9	1607	85,1	4300	86,3
variables du capital santé						
Parité						
1 enfant (primipare)	344	18,3	429	22,7	1074	21,6
2-4 enfants (multipares)	790	42	824	43,6	2226	44,7
5 & + (grandes multipares)	746	39,7	636	33,7	1680	33,7
Age de la mère au dernier accouchement						
< 20 ans	437	23,2	462	24,5	1188	23,9
20-34 ans	1167	62,1	1153	61	3033	60,9
35 & +	276	14,7	274	14,5	759	15,2

Source : Traitement des données des EDSC-I, ESDC-II & ESDC-III.

2.3. Choix du type d'unités d'analyse

L'importance numérique des effectifs dépend du choix du type d'unités d'analyse. Pour l'étude de la prise en charge médicale de l'accouchement, deux types d'unités d'analyse sont possibles : les naissances ou les femmes (BENINGUISSE, 2003, 109-110).

2.3.1. L'approche par les naissances ou (« birth-based approach »)

Elle consiste à effectuer l'étude avec un fichier constitué par les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant l'enquête. Etudier les comportements relatifs au recours à la prise en charge médicale de l'accouchement avec l'approche basée sur les naissances (« birth-based approach») permet d'identifier les « *naissances à risque* » et de déterminer leurs besoins de santé, informations qui sont utiles dans le cadre des programmes de santé. Cette approche est plus pertinente dans le cadre d'une étude visant la santé des enfants. En outre, du fait qu'elle porte généralement sur un échantillon de grande taille, elle permet de limiter les erreurs aléatoires dues aux petits nombres. Cependant, cette approche pose un problème méthodologique : elle suppose une indépendance entre les naissances d'une même femme, ce qui n'est pas toujours le cas dans la réalité. En effet, une femme qui a eu recours à l'appareil médical pour la surveillance de son premier accouchement peut observer le même comportement pour ses suivants accouchements (BENINGUISSE, 2003, 110). Par conséquent, les naissances issues d'une même femme ne sont pas statistiquement indépendantes entre elles du point de vue de la fréquentation des services obstétricaux.

2.3.2. L'approche par les femmes ou (« women-based approach »)

Elle porte quant à elle sur les femmes. Cette approche contrairement à celle par les naissances, permet d'identifier les groupes à « *risque* » c'est-à-dire les femmes qui, suite à un comportement sanitaire inadéquat, sont susceptibles d'éprouver une issue défavorable de grossesse (BENINGUISSE, 2003, P110). C'est donc l'approche la plus appropriée pour une étude visant la santé maternelle, objet de la présente recherche. Cependant, l'importance numérique des effectifs y est relativement faible comparé à la « birth-based approach ». Dans cette approche les analyses sont faites par rapport à un événement « index » (par exemple le dernier accouchement). En effet, en se limitant aux derniers événements des cinq dernières

années précédant l'enquête, le nombre d'unités d'analyse est de 1881 femmes à l'EDSC-I, 1889 femmes à l'EDSC-II et 4980 à l'EDSC-III.

Dans la présente étude, nous considérons les comportements sanitaires relatifs à l'accouchement comme des composantes de la santé de la mère et non de la santé de l'enfant. Dans cette optique, l'approche par les femmes (« *women-based approach* ») apparaît comme la plus pertinente en dépit des difficultés liées à la faiblesse des effectifs dont elle est sujette.

En définitive, les données des trois EDSC, sans être parfaitement adaptées (au regard des problèmes méthodologiques liés à la qualité et à la faiblesse des effectifs soulevés plus haut), sont globalement satisfaisantes pour une étude portant sur les inégalités dans l'utilisation des services obstétricaux.

2.4. Les techniques d'analyse statistique

En rappel, le niveau d'analyse envisagé est celui de la femme (« *women-based approach* »). Compte tenu des objectifs et des hypothèses de l'étude, nous ferons appel aux méthodes descriptives et explicatives.

2.4.1 Les techniques d'analyse descriptive

Les techniques descriptives consistent à analyser les associations entre les variables indépendantes et l'assistance médicale à l'accouchement. Ces dernières sont mesurées par la fréquence (en %). La précision des associations est mesurée par la statistique de « χ^2 » sur la base d'un seuil de signification théorique de 5%.

2.4.2 Les techniques d'analyse explicative multivariée

Les techniques d'analyse multivariée explicative sont utilisées dans le but de mesurer l'effet relatif net de chaque variable explicative sur l'assistance médicale à l'accouchement après contrôle des autres variables. Compte tenu du niveau d'analyse (individuel/femme) et de la nature dichotomique de la variable à expliquer, nous avons opté pour la régression logistique binaire.

La régression logistique binaire est une variante de la régression multiple où la variable dépendante est nécessairement dichotomique. Elle est utilisée pour analyser les liens entre les variables explicatives et l'assistance médicale à l'accouchement. Cela suppose que l'occurrence des événements étudiés au sein de la population étudiée suit une loi logistique.

Si P est la probabilité de recourir à une surveillance médicale lors de l'accouchement, le modèle de régression logistique est donné par la formule suivante :

$$\text{Logit (P)} = \text{Log (P/1-P)} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + E,$$

avec $P = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + E)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + E)}$ et où :

- ❖ X_j est la valeur de chacune des k variables explicatives encore appelées « régresseurs ». Les variables explicatives, lorsqu'elles sont de nature catégorielle, sont en fait des modalités converties en variables à la suite d'une dichotomisation ;
- ❖ β_j est le coefficient qui mesure l'effet net de la variable (ou de la modalité) j sur la fréquence de l'événement considéré après ajustement sur toutes les autres. Le coefficient β_0 est une constante représentant l'ordonnée à l'origine. Les coefficients logistiques β_j peuvent être estimés par la méthode du maximum de vraisemblance ou par la méthode des moindres carrés pondérés. Comme nous souhaitons que les paramètres logistiques estimés maximisent la fonction de vraisemblance, la méthode du maximum de vraisemblance est préférée dans cette étude.
- ❖ E représente la variable aléatoire due à l'action des variables implicites agissant sur la variable à expliquer.

A côté des paramètres décrits ci-dessus, il est possible de calculer une autre mesure d'association appelée « Odds ratio » (OR) qui a l'avantage de faciliter l'interprétation des résultats. Les « Odds Ratio » sont obtenus par l'exponentiel des coefficients β_j fournis par l'équation de régression logistique initiale (logit). Ils s'interprètent par rapport à la modalité de référence qui prend la valeur 1. Un OR inférieur à 1 signifie que la fréquence de l'événement étudié dans la catégorie « j » est inférieure à celle dans le groupe de référence. Un OR supérieur à 1 signifie que cette fréquence est supérieure. Un OR égal à 1 signifie que cette fréquence est identique.

D'autres outils statistiques sont utilisés pour la classification des facteurs du recours à l'assistance médicale lors de l'accouchement (chapitre 5). Pour une meilleure compréhension, nous avons préféré les présenter juste avant les résultats dans une note méthodologique.

Conclusion partielle

Ce chapitre nous a permis d'orienter notre étude en définissant un cadre conceptuel, en posant nos hypothèses de recherche et en spécifiant les variables et indicateurs d'analyse. Cette spécification des variables et indicateurs nous a conduit à l'élaboration du schéma d'analyse à travers lequel nous tenterons d'éprouver nos hypothèses. Ce chapitre a également été l'occasion de décrire les techniques d'analyse statistique que nous allons utiliser pour atteindre nos objectifs. La régression logistique est la méthode qui sied le mieux à notre étude au niveau de l'analyse explicative. L'évaluation de la qualité des données révèle que les données sont d'assez bonne qualité.

Ces préalables méthodologiques étant posés, les chapitres qui suivent vont s'atteler à mettre l'assistance médicale à l'accouchement en relation avec les variables explicatives.

CHAPITRE IV : DESCRIPTION DE L'EVOLUTION TEMPORELLE DES INEGALITES SOCIALES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DE L'ACCOUCHEMENT AU CAMEROUN

L'analyse différentielle de l'assistance médicale à l'accouchement porte sur une gamme variée de catégories sociales qui sont les modalités des variables suivantes : le niveau de vie, le niveau d'instruction, l'occupation, le degré d'urbanité ou de contact avec la ville, le milieu de résidence, la région de résidence, l'ethnie, la religion, l'état matrimonial, le sexe du chef de ménage, la taille du ménage, l'âge de la mère à l'accouchement, la parité de la femme.

Rappelons que pour certaines de ces variables, l'information n'est pas disponible lors des trois EDSC, ce qui ne permet aucune analyse évolutive. C'est le cas de la variable *distance par rapport au centre de santé le plus proche* qui n'a été saisie qu'à l'EDSC-I de 1991. Et pour d'autres variables, elles n'ont pas été saisies par aucune des trois EDSC. Il s'agit des variables *coût d'utilisation des services obstétricaux pour la prise en charge médicale de l'accouchement, localisation géographique des formations sanitaires, et assurance médicale*

En rappel, les résultats sont obtenus à partir du sous échantillon de femmes ayant eu leur dernière naissance au cours de la période de cinq ou trois dernières années avant l'enquête. En 1998, l'échantillon se rapporte à la période des trois dernières années pour des raisons de couverture qualitative. L'évènement étudié est la dernière naissance de la femme.

I. Relation entre les variables liées au statut socio-économique et l'assistance médicale à l'accouchement

Cette relation se rapporte à la fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le niveau de vie du ménage, l'instruction de la femme et son occupation. Les différents résultats obtenus sont confinés dans le tableau ci-après.

Tableau 4.1 : Fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement (P %) selon les variables du statut socio-économique entre 1991 et 2004

Variables explicatives	EDSC-I (1991)		EDSC-II (1998)		EDSC-III (2004)	
	P%	N	P%	N	P%	N
caractéristiques liées au statut socio-économique						
Niveau de vie	***		***		***	
faible	46,5	937	50,5	1296	43,1	2958
moyen	84,4	558	84,4	360	73,2	1480
élevé	89,8	373	85,5	186	77,4	492
instruction de la femme						
sans instruction ou primaire	58,8	1355	49	1311	47,2	3458
secondaire et plus	86,5	525	88	566	75	1517
occupation de la femme	***		***		***	
sans emploi	73,8	766	62,1	470	57,2	1443
secteur non moderne	58,8	1018	56,9	1267	53,8	3363
secteur moderne	90,5	95	91,2	136	82,8	151

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III.

1.1 Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage apparaît de manière générale comme un facteur important de différenciation de comportements sanitaires. On observe que le recours à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié augmente significativement avec l'élévation du niveau de vie du ménage, du plus faible au plus élevé en passant par la classe intermédiaire (tableau 4.1). L'avantage des plus « aisées » sur les autres se maintient au fil du temps, mais les écarts entre ces diverses catégories varient quelque peu selon la période d'observation. Plus importants en 1991, ils se rétrécissent en 1998 et augmentent en 2004 (tableau 4.2) donnant une allure en forme de « U » comme l'indique le graphique 4.1.

Les tendances du comportement du recours varient suivant les catégories sociales (confère tableau 4.1). Les ménages de niveau de vie élevé et moyen ont été les plus touchés par la dégradation sanitaire. En effet, les femmes appartenant aux ménages de niveau de vie

élevé ont vu leur assistance médicale de l'accouchement baisser de 5% entre 1991 et 1998 (passant de 89,8% en 1991 à 85,5% en 1998). Cette baisse est de 9,5% entre 1998 et 2004 (passant de 85,5% en 1998 à 77,4% en 2004). Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, les femmes issues des ménages de niveau de vie faible sont les moins touchées par la dégradation du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement.

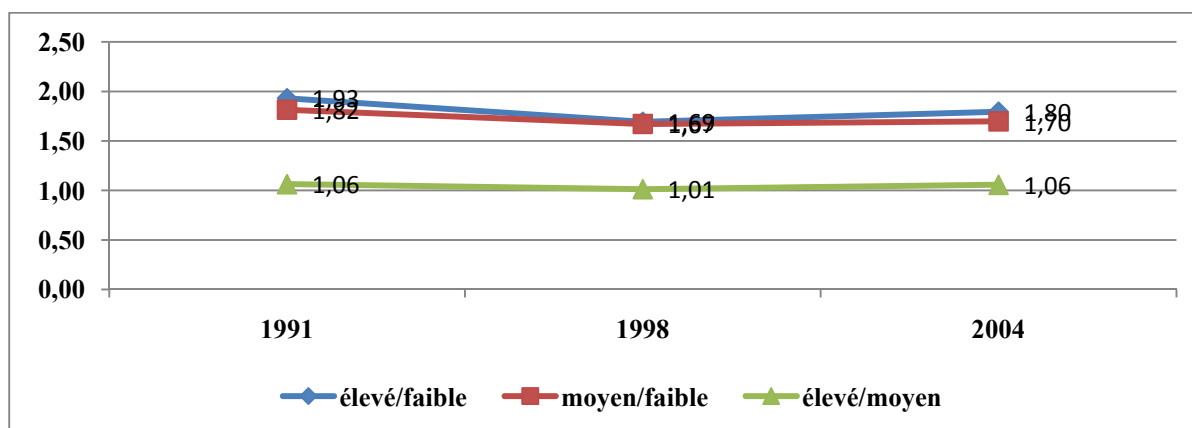
Tableau 4.2: Différentiels du recours à l'assistance médicale selon le niveau de vie du ménage entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
élevé/faible	1,93	1,69	1,80
moyen/faible	1,82	1,67	1,70
élevé/moyen	1,06	1,01	1,06

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III.

En ce qui concerne les inégalités de la fréquentation des services obstétricaux pour la surveillance de l'accouchement, on relève que la plus forte intensité est observée entre femmes « riches » et femmes « pauvres ». De fortes différences s'observent également entre femmes de niveau de vie moyen et « pauvres » pour quasiment s'annuler entre « riches » et femmes de classe intermédiaire (tableau 4.2).

Graphique 4.1: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon le niveau de vie du ménage entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.2 L'instruction de la femme

Comme on pouvait s'y attendre, les femmes de niveau secondaire ou plus observent un comportement sanitaire plus intense que les femmes sans instruction ou de niveau primaire (tableau 4.1). Ce schéma d'inégalités s'observe sur toute la période 1991-2004, avec toutefois, une évolution du recours aux soins qualifiés pendant l'accouchement marquée par une dégradation sanitaire plus prononcée chez les femmes peu ou non instruites (femmes sans instruction ou de niveau d'instruction primaire). En effet, les femmes les plus instruites (celles de niveau secondaire et plus) stabilisent quasiment leur fréquence de recours entre 1991 et 1998 autour de 87% alors que leurs homologues peu ou non instruites voient leur fréquence de recours baisser de 17% (passant de 58,8% à 49%). La tendance s'inverse au cours de la période 1998-2004. La fréquence des peu ou non-instruites se stabilise autour de 48% alors qu'une dégradation de l'ordre de 15% est observée chez les plus instruites (de 88% à 75%) confère tableau 4.1.

Tableau 4.3: Différentiels du recours à l'assistance médicale selon le niveau d'instruction de la femme entre 1991 et 2004

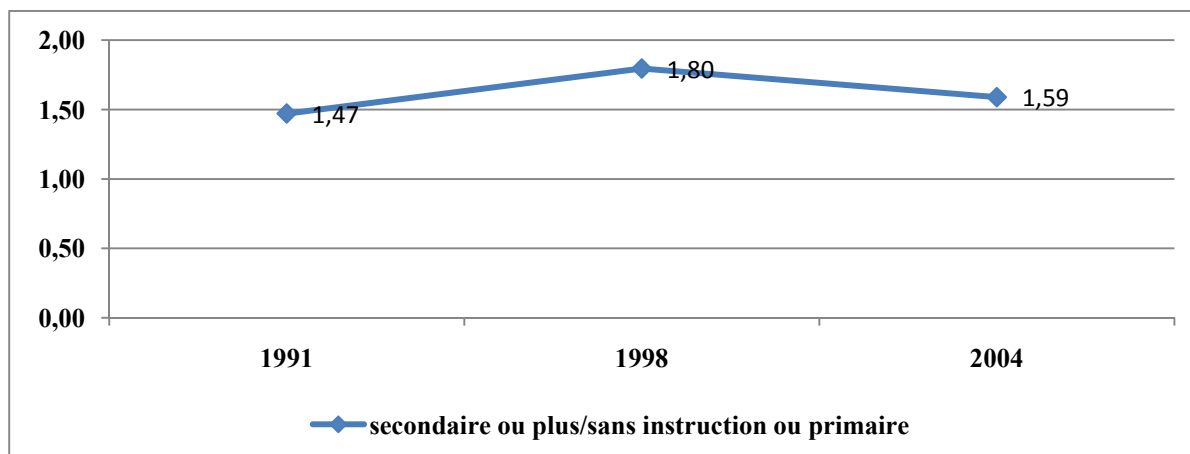
différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
secondaire ou plus/sans instruction ou primaire	1,47	1,80	1,59

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III.

L'examen de la structure des différentiels du recours entre ces deux catégories de modernité culturelle montre une intensité des inégalités relativement faible. La proportion des femmes instruites qui ont été assistées médicalement lors de l'accouchement est par exemple en 1998, 1,8 fois plus importante que celle des femmes peu ou non-instruites ayant été assistées médicalement lors de l'accouchement. Cette structure des inégalités présente une progression entre 1991 et 1998 et une baisse entre 1998 et 2004, donnant au final une courbe polynomiale en forme de « U » renversée (graphique 4.2). La progression observée à la première période découle de la quasi-stabilité chez les plus instruites et la forte baisse enregistrée chez les peu ou non-instruites. Cette tendance s'inverse à la seconde période. La

régression résulte de la quasi-stabilité chez les peu ou non- instruites et la baisse enregistrée chez les plus instruites.

Graphique 4.2: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon le niveau d'instruction de la femme entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.3 L'occupation de la femme

Comme l'indique le tableau 4.1, les femmes qui travaillent dans le secteur d'activité « moderne » observent un comportement sanitaire pour l'assistance médicale à l'accouchement relativement plus fréquent que leurs homologues sans emploi et celles exerçant dans un secteur d'activité considérée comme non moderne. Le fait le plus inattendu est la forte fréquentation des femmes sans emploi par rapport à leurs congénères qui travaillent dans le secteur non moderne.

De manière générale, les différences entre ces trois catégories sociales sont plus fortes entre femmes travaillant dans le secteur moderne et celles travaillant dans le secteur non moderne (tableau 4.4). Entre 1991 et 1998, les inégalités se sont plus accrues entre les femmes exerçant dans le secteur moderne et celles n'ayant pas d'emploi et sont plutôt quasi stables au cours de la période 1998-2004. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que les tendances générales de la prise en charge médicale de l'accouchement sont globalement à la baisse (tableau 4.1). La période 1991-1998 a été plus préjudiciable chez les femmes sans emploi que chez les deux autres catégories. En effet, elles ont vu leur fréquence de recours baisser de 16% (passant de 73,8% en 1991 à 62,1% en 1998).

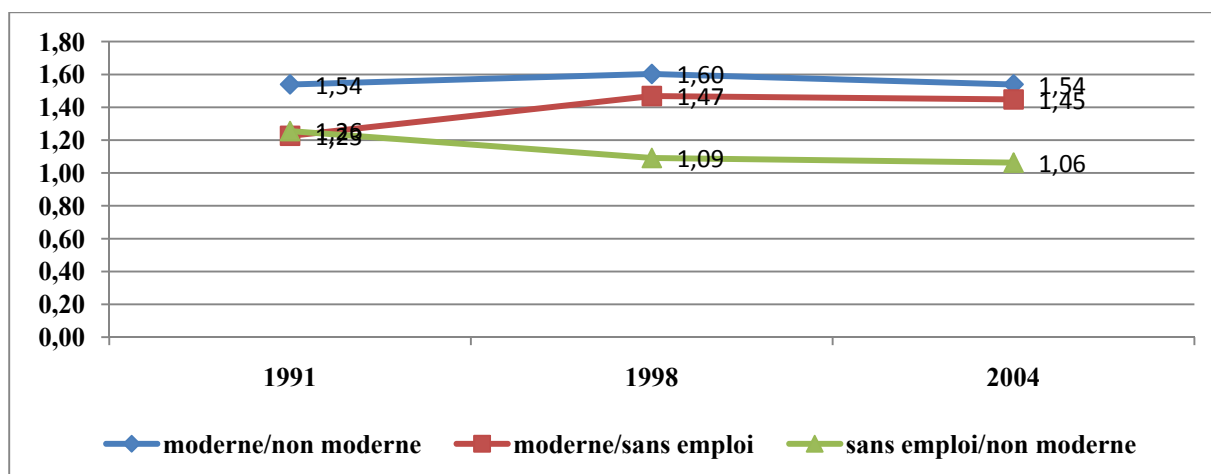
Tableau 4.4: Différentiels du recours à l'assistance médicale selon l'occupation de la femme entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
moderne/non moderne	1,54	1,60	1,54
moderne/sans emploi	1,23	1,47	1,45
sans emploi/non moderne	1,26	1,09	1,06

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Les plus fortes intensités de différences de comportements sanitaires émergent entre les femmes qui travaillent dans le secteur moderne et celles exerçant dans le secteur non moderne (commerce, agriculture et artisanat...). Globalement, le schéma évolutif montre que les inégalités de recours entre les catégories sociales concernées se sont accrues entre 1991-1998 (excepté les « sans emploi et les « non moderne »). Elles peuvent être considérées comme l'effet apparent des difficultés économiques des années 90.

Graphique 4.3: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon l'occupation de la femme entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

II. Relation entre les variables contextuelles et l'assistance médicale à l'accouchement

Cette relation se rapporte à la fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le milieu de résidence, la région de résidence et le degré d'urbanité de la femme. Les différents résultats obtenus sont confinés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4.5 : Fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les variables contextuelles entre 1991 et 2004

Variable à expliquer	EDSC-I (1991)		EDSC-II (1998)		EDSC-III (2004)	
	P%	N	P%	N	P%	N
Variables contextuelles et culturelles						
Milieu de résidence	***		***		***	
urbain	83,1	1006	82,1	726	72,3	2047
rural	47,5	874	47,4	1151	44,1	2928
Région de résidence	***		***		***	
Douala/Yaoundé	88,5	511			69,3	644
Adamaoua/nord/Extrême-Nord	31,6	576	21,9	645	25,3	1593
Centre/Sud/Est	59,6	292	68,5	537	50	1146
Ouest/Littoral	87,7	221	92	389	87,1	847
Nord-Ouest/Sud-Ouest	89,2	249	89,5	306	81,9	745
Degré d'urbanité	***		***		***	
essentiellement urbaines	83,3	641	83,4	494	73,3	1203
rurales socialisées en milieu urbain	65,6	122	75,6	238	60,2	563
urbaines socialisées en milieu rural	83	364	79,2	231	71	840
essentiellement rurales	44,7	748	40,1	910	40,2	2363

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

***=significatif à 1% ; **=significatif à 5% ; *=significatif à 10% ; ns=non significatif ; - =Non concerné; NA=Non appliqué

2.1 Le milieu de résidence

Le milieu de résidence apparaît d'une manière générale, comme un facteur important de différenciation de comportements sanitaires. Les femmes citadines recourent davantage aux services obstétricaux pour la surveillance de l'accouchement que les femmes rurales (tableau 4.5). Toutefois, l'intensité des écarts de recours entre ces deux catégories sociales varie avec la période d'observation. En légère diminution entre 1991 et 1998, les inégalités

relatives à l'assistance lors de l'accouchement entre les femmes résidant en milieu urbain et celles résidant en milieu rural se rétrécissent davantage entre 1998 et 2004 (tableau 4.6). Le différentiel entre proportion des femmes ayant été assistées par du personnel médical lors de l'accouchement et résidant en milieu urbain et celle des femmes ayant été assistées par du personnel médical lors de l'accouchement et résidant en milieu rural est passée d'abord de 1,75 à 1,73, puis à 1,64 (tableau 4.6).

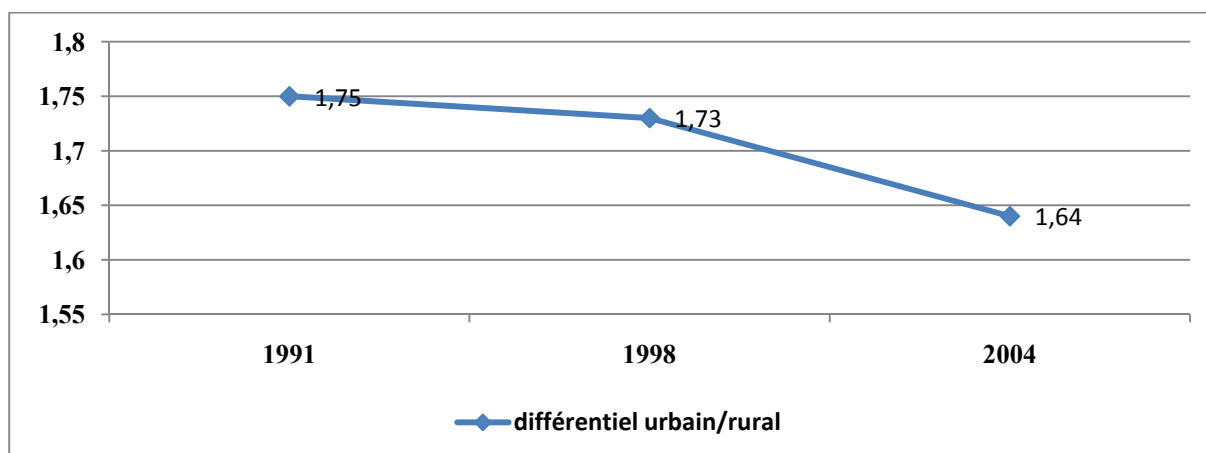
Tableau 4.6 Différentiels du recours à l'assistance entre les femmes résidant en milieu urbain et celles résidant en milieu rural entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I (1991)	EDSC-II (1998)	EDSC-III (2004)
	1991	1998	2004
urbain/rural	1,75	1,73	1,64

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Cependant, cette tendance à la baisse de l'évolution du différentiel entre proportion des femmes urbaines assistées médicalement lors de l'accouchement et celle des femmes rurales assistées médicalement lors de l'accouchement occulte l'évolution de la fréquence de la prise en charge médicale de l'accouchement des différentes catégories en jeu. Autrement dit, la baisse des inégalités ne signifie nullement augmentation de la fréquence du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement pour les différentes catégories, tout dépend de l'accroissement simultané du recours pour les deux catégories en jeu. A titre d'illustration, au moment où l'on observe une diminution des inégalités durant ces périodes d'observation, les femmes, qu'elles soient urbaines ou rurales ont été bien touchées par la dégradation sanitaire observée au niveau national entre 1998 et 2004 (tableau 4.5). Les femmes résidant en milieu urbain ont vu leur assistance médicale pendant l'accouchement baisser de 12% (passant de 82,1% en 1998 à 72,3% en 2004), contre 7% chez leurs congénères résidant en zone rurale.

Graphique 4.4. : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement entre les femmes résidant en milieu urbain et celles résidant en milieu rural entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

2.2 Région de résidence

En 1991, la variation régionale de la fréquence de recours à la prise en charge médicale de l'accouchement est fortement au détriment de la région du Grand-Nord. La fréquence de recours de la femme du septentrion est de 31,6% contre plus de 60% dans les autres régions (tableau 4.5). Entre 1991 et 1998, la fréquence de recours à la prise en charge médicale de l'accouchement est en augmentation dans toutes les autres régions (au Centre/Sud/Est de 59,6% à 68,5% ; au Littoral/Ouest de 87,7% à 92% ; au Nord-Ouest/Sud-Ouest de 89,2% à 89,5) pendant qu'elle est en recul dans la partie septentrionale avec un passage de 31,6% à 21,9% (tableau 4.5). Elle est au cours de cette première période, la région la plus en marge du système biomédical. Elle le restera d'ailleurs entre 1998 et 2004 même si elle a connu une légère augmentation de 21,9% à 25,3% (tableau 4.5).

En 1991, les plus fortes intensités de différences de comportements sanitaires émergent entre les régions du Nord-Ouest/Sud-Ouest et celles du Grand Nord (1991) avec un différentiel de 2,82; en d'autres termes, les femmes de la partie septentrionale utilisent les services obstétricaux pour la prise en charge médicale de l'accouchement avec une intensité de 2,82 fois plus faible que leurs compatriotes du Nord-Ouest/Sud-Ouest. Entre 1991-1998, les inégalités se sont globalement accrues avec un avantage comparatif pour les régions de

l'Ouest/Littoral et toujours au détriment du Grand-Nord. Cet avantage se maintient en 2004 avec une baisse de l'intensité qui passe de 4,2 à 3,44 (tableau 4.7).

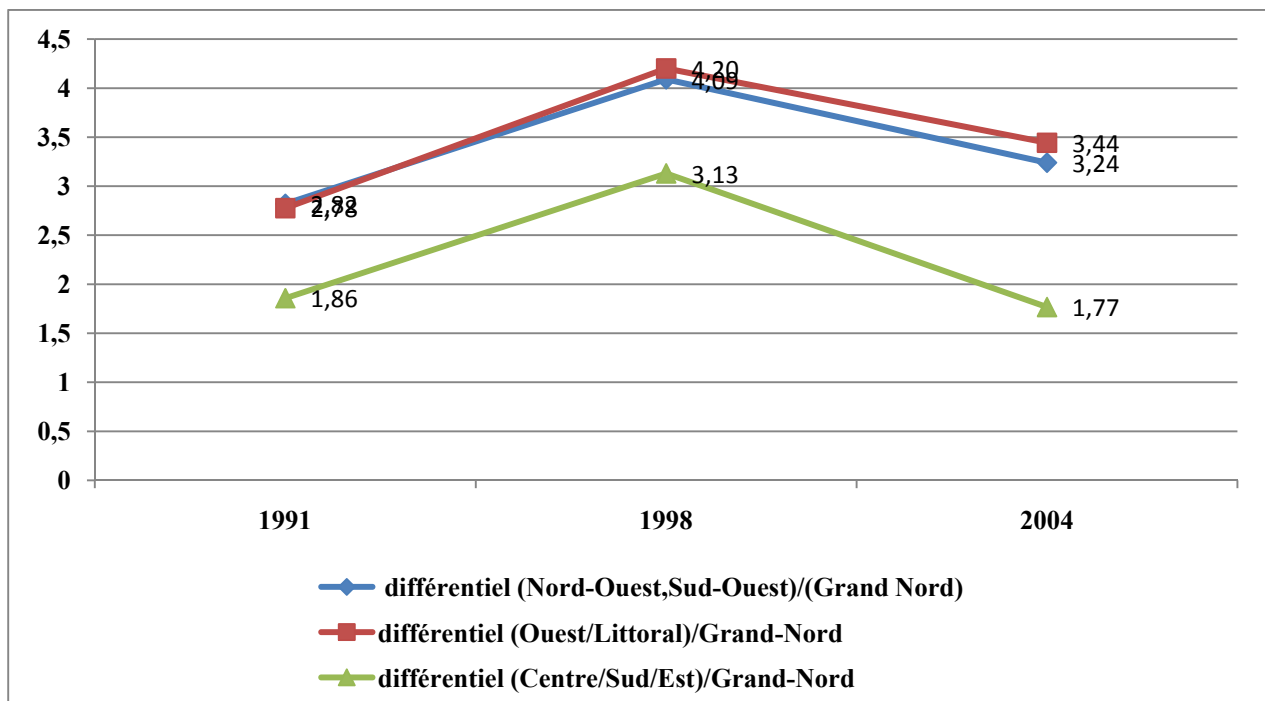
Tableau 4.7 : Différentiels du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement selon la région de résidence entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
(Nord-ouest, Sud-Ouest) / (Grand Nord)	2,82	4,09	3,24
(Ouest, Littoral) / (Grand Nord)	2,78	4,2	3,44
(Centre/Sud/Est) / Grand Nord	1,89	3,13	1,98

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Pour ce qui est des différences régionales sur toute la période d'observation, l'évolution des inégalités notamment entre les autres régions et la région du Grand-Nord connaît deux allures. Une tendance à la hausse entre 1991 et 1998 et ensuite à la baisse au cours la période 1998 et 2004, donnant au final une courbe en «U » renversée (graphique 4.5).

Graphique 4.5 : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon la région de résidence entre 1991 et 2004



2.3 Degré d'urbanité

Le degré d'urbanité ou de contact avec l'urbain, un contexte éprouvé comme lieu privilégié de diffusion des innovations technologiques et des comportements novateurs, est lui aussi générateur de différences de comportements sanitaires, avec des intensités variables selon la période d'observation. (BENINGUISSE, 2003, 134).

Il convient de noter que quelque soit le statut migratoire de la femme, le contact avec la ville semble être bénéfique à la prise en charge médicale de l'accouchement. Sur toute la période d'observation, il apparaît que les femmes essentiellement urbaines et les migrantes ayant déjà résidé en milieu urbain recourent davantage à l'appareil médical que les femmes essentiellement rurales (tableau 4.5).

Quelque soit la période d'observation, les écarts sont plus prononcés entre les groupes « femmes essentiellement urbaines » et « femmes essentiellement rurales » que pour les autres groupes (tableau 4.8). A l'inverse, ils sont moins importants pour le groupe « rurales socialisées en milieu urbain » et femmes « essentiellement rurales » traduisant donc un rapprochement de comportements sanitaires relatifs à la prise en charge médicale de l'accouchement selon le milieu d'habitat.

Tableau 4.8 : Différentiels du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement selon le degré d'urbanité entre 1991 et 2004

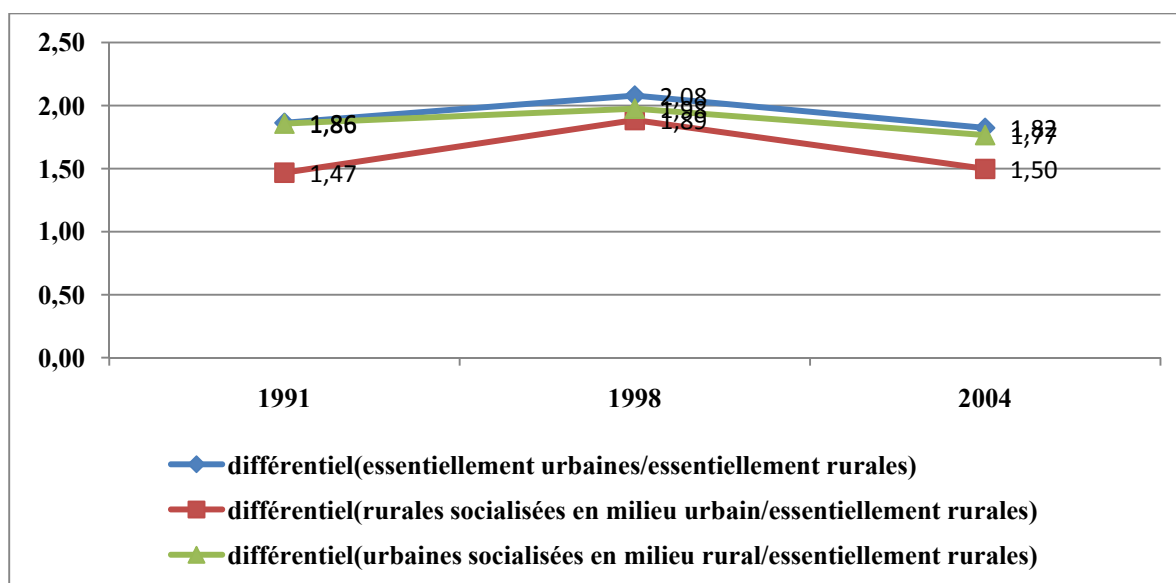
différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
essentiellement urbaines/essentiellement rurales	1,86	2,08	1,82
rurales socialisées en milieu urbain/essentiellement rurales	1,47	1,89	1,5
urbaines socialisées en milieu rural/essentiellement rurales	1,86	1,98	1,77

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Cependant, si ces groupes ayant eu plus de contact avec la ville font le meilleur usage des services obstétricaux, il n'en demeure pas moins qu'ils ont été aussi les plus vulnérables aux effets pervers de la crise des années 90. En effet, toutes ces différentes catégories ayant eu le contact avec la ville ont connu des fortes dégradations sanitaires entre 1998 et 2004 (tableau4.5).

Ainsi, comme le cas de la variable « région de résidence », l'évolution des inégalités sur toute la période d'observation, en considérant les groupes extrêmes (c'est-à-dire la caractéristique la plus favorable et celle la moins favorable vis-à-vis du recours à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié) connaît deux allures avec des intensités variables. Une tendance à la hausse entre 1991 et 1998 et ensuite à la baisse au cours la période 1998 et 2004, donnant au final une courbe en « U » renversée (graphique4.6).

Graphique 4.6 : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon le degré d'urbanité entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

III. Relation entre les variables de confusion et l'assistance médicale à l'accouchement

Cette relation se rapporte à la fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la taille du ménage, le sexe du chef de ménage, la religion, l'ethnie et l'état matrimonial. Les différents résultats obtenus sont confinés dans le tableau ci-après.

Tableau 4.9 : Fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les variables de confusion entre 1991 et 2004

Variables explicatives	EDSC-I (1991)		EDSC-II (1998)		EDSC-III (2004)	
	P%	N	P%	N	P%	N
taille du ménage	ns		ns		**	
0-3	72	132	59,1	159	57,9	572
0-4	66,6	534	58,8	553	57,7	1810
7 et +	65,9	1214	62	1165	53,8	2593
sexe du chef de ménage	***		***		***	
masculin	64,2	1638	58,2	1590	53,3	4065
féminin	82,6	242	74,9	287	66,4	910
Religion	***		***		***	
chrétienne	78,8	1299	72,7	1293	62,1	3408
musulmane	46	367	36,8	405	38,3	980
sans religion	27,6	214	28,8	177	43,8	441
nouvelle religion					59,4	138
Ethnie			***		***	
soudanais/hamites/sémites			24,6	668	26,3	1616
bantous			70,9	604	58,5	1552
semi-bantou et apparentés			92,3	574	84,9	1587
état matrimonial	**		***		**	
pas en union	75,7	247	75,7	280	60,1	680
en union	65,2	1633	58,2	1597	55	4295

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

***=significatif à 1% ; **=significatif à 5% ; *=significatif à 10% ; ns=non significatif ; - =Non concerné; NA=Non appliqué

3.1 Taille du ménage

En référence aux idées fréquemment admises dans la littérature, un effet négatif de la structure élargie du ménage est généralement associé à la fréquentation des services obstétricaux. Comme le souligne TABUTIN (1999), plus la structure familiale est élargie,

plus l'autorité et les pouvoirs sont aux mains des anciens, et moins le jeune couple et la jeune mère sont autonomes dans leurs décisions.

En 1991, bien que la relation entre taille du ménage et assistance médicale à l'accouchement ne soit pas significative, les différences de recours certes faibles entre les trois catégories de ménage (tableau 4.9) sont, comme on l'attendait, à l'avantage des ménages nucléaires (tableau 4.9). En 1998, les différences se rétrécissent fortement et deviennent désormais à l'avantage des ménages étendus avec une tendance générale marquée une dégradation sanitaire pour toutes les trois catégories de ménage (de 72% en 1991 à 59,1% en 1998 pour les ménages de petite taille, de 66,6% à 58,8% pour les ménages de taille moyenne, de 65,9% à 62% pour les ménages de grande taille). Bien que la relation devienne significative à 5% en 2004, les écarts s'accroissent avec de faibles dégradations sanitaires : de 59,1% à 57,9 pour les ménages de petite taille, de 58,8% à 57,7% pour les ménages de taille moyenne, et de 62% à 53,8% pour les ménages de grande taille (tableau 4.9).

D'une manière générale, même si l'on observe d'importantes variations en termes de fréquence de recours, il convient de relever que les inégalités entre les différents ménages catégorisés selon leur taille sont extrêmement faibles comme l'indique le tableau 1.10 ci-dessous ; l'intensité des écarts se situant autour de 1.

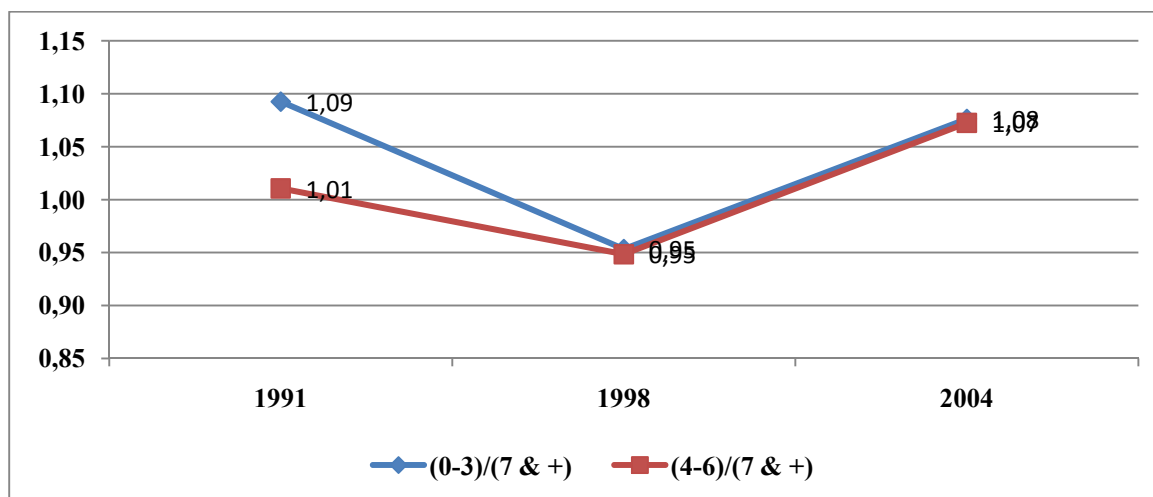
Tableau 4.10: Différentiels du recours à l'assistance médicale selon la taille du ménage entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
(0-3 membres)/ (7 membres et +)	1,09	0,95	1,08
(4-6 membres)/ (7 membres et +)	1,01	0,95	1,07

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Pour ce qui est du schéma évolutif des inégalités, il faut relever qu'il se présente en forme de « U » traduisant dans un premier temps une tendance à la baisse et une tendance à la hausse durant la deuxième période, bien que les différences de recours entre les différentes catégories soient extrêmement faibles (tableau 4.10).

Graphique 4.7: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon la taille du ménage



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

3.2 Sexe du chef de ménage et assistance médicale à l'accouchement

D'une manière générale, les femmes qui résident dans des ménages dirigés par les femmes ont une fréquentation quantitativement importante que celles qui sont issues des ménages dirigés par les hommes (tableau 4.9). La direction féminine du ménage semble être de loin plus profitable à la femme enceinte qu'une direction masculine.

Les tendances de comportement entre 1991 et 1998 montrent que, quelque soit le sexe du chef de ménage, la dégradation sanitaire se situe au même niveau à l'ordre de 9% (de 64,2% à 58,2% pour les ménages dirigés par les hommes et de 82,6% à 74,9% pour les ménages dirigés par les femmes, (confère tableau 4.9). Malgré l'avantage relatif d'une direction féminine du ménage, la dégradation sanitaire observée entre 1998 et 2004 est plus importante au sein de ce groupe. Elle est de 11% (passant de 74,9% à 66,4%) et se situe autour de 8% chez les femmes issues des ménages dirigés par les hommes.

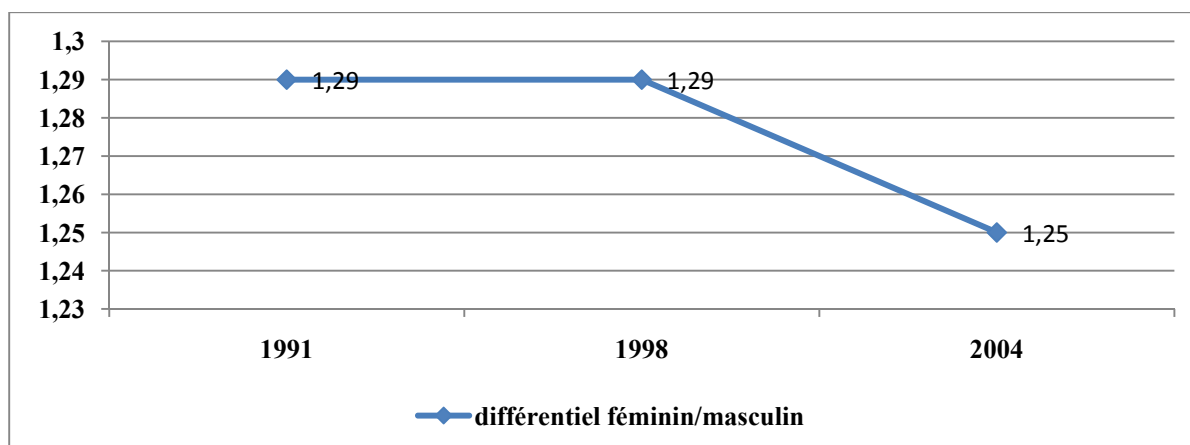
Tableau 4.11: Différentiels du recours à l'assistance médicale selon le sexe du chef de ménage entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
féminin/masculin	1,29	1,29	1,25

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Les inégalités en termes de différentiel se stabilisent quasiment au cours de la période 1991-1998 même si ces deux catégories connaissent une dégradation sanitaire. Seule la deuxième période génère des différences significatives avec une légère tendance à la baisse (graphique 4.8) accompagnée toujours d'une dégradation sanitaire. En effet, la proportion des femmes assistées médicalement lors de l'accouchement et résidant dans les ménages dirigés par les femmes est 1,29 fois plus importante que la proportion de celles assistées médicalement lors de l'accouchement et résidant dans les ménages dirigés par les hommes en 1991. Cette intensité se maintient en 1998 et décroît à 1,25 en 2004.

Graphique 4.8: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon le sexe du chef de ménage entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

3.3 Appartenance religieuse

L'affiliation aux religions chrétiennes est associée à une fréquentation meilleure des services obstétricaux que l'adhésion à l'islam ou aux autres religions notamment traditionnelles. Quelle que soit la période d'observation, l'avantage des chrétiennes sur les autres religions se maintient (tableau 4.9). Les tendances de l'assistance médicale pendant l'accouchement montrent qu'au cours de la période 1991-1998, la dégradation sanitaire a touché les diverses catégories relatives à l'affiliation religieuse, avec une intensité beaucoup plus forte chez les musulmanes (tableau 4.9). Elles ont vu leur assistance médicale à l'accouchement baisser de 20% (passant de 46% en 1991 à 36,8% en 1998). La période 1998-2004 est caractérisée par une diminution des proportions des accouchements assistés dans les différentes catégories religieuses à l'exception des femmes sans religion (ou femmes animistes) qui se distinguent par une croissance de l'ordre de 52% passant de 28,8% à 43,8%.

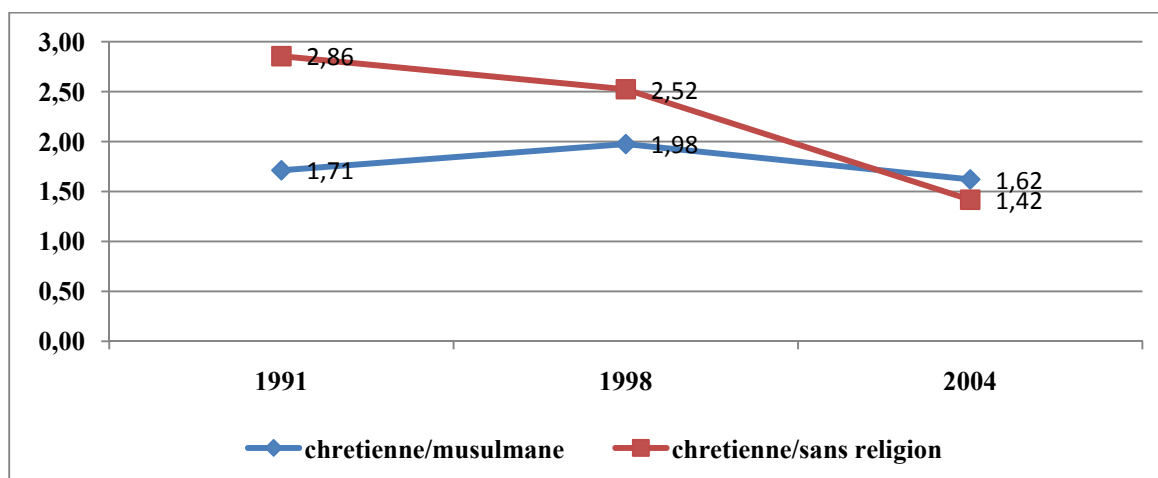
Tableau 4.12 : Différentiels du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement selon la religion entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
chrétienne/musulmane	1,71	1,98	1,62
chrétienne/sans religion	2,86	2,52	1,42

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Les inégalités observées entre chrétienne-musulmane, entre chrétienne-religion traditionnelle (ou sans religion) présentent deux allures différentes avec des intensités variables. Une allure en forme de « U » renversé pour ce qui est du premier groupe et une progression décroissante pour ce qui est du deuxième groupe (graphique 4.9). Malgré cette évolution des inégalités à la baisse pour le deuxième groupe, il importe de mentionner que les écarts en termes d'intensité sont plus importants au sein de ce groupe (c'est-à-dire entre chrétiennes et femmes sans religion) par rapport aux écarts observés entre chrétiennes et musulmanes (tableau 4.12).

Graphique 4.9 : Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon la religion entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

3.4 Appartenance ethnique

L'ethnie apparaît également comme un facteur important de différenciation de comportements sanitaires. L'appartenance aux groupes ethniques «soudanais/hamites/sémites» est, sur toute la période d'observation, associée à une fréquentation moins bonne des services obstétricaux que l'appartenance aux autres ethnies (tableau 4.9). Toutefois, l'intensité des différences entre ces trois appartenances ethniques varie selon la période d'observation. Pour chaque période, en considérant les groupes extrêmes (c'est-à-dire la caractéristique la plus favorable et celle la moins favorable vis-à-vis du recours à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié), on observe que les inégalités en matière d'assistance médicale à l'accouchement sont en légère baisse entre 1998 et 2004 (graphique 4.5).

Le schéma global de fréquentation des services obstétricaux montre qu'à l'exception du groupe ethnique «soudanais/hamites/sémites», les autres groupes ethniques ont subi une dégradation sanitaire entre 1998 et 2004. Les femmes « *Bantou* » sont les plus touchées par cette dégradation sanitaire, avec une intensité beaucoup plus forte. Leur assistance médicale à l'accouchement est passée de 70,9% en 1998 à 58,5% en 2004, soit une baisse relative de 17%. Quant aux femmes « *semi-bantous et apparentés* », elles ont vu leur assistance médicale baisser de 8% entre 1998 et 2004 passant de 92,3% en 1998 à 84,9% en 2004.

Tableau 4.13 : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon l'appartenance ethnique entre 1991 et 2004

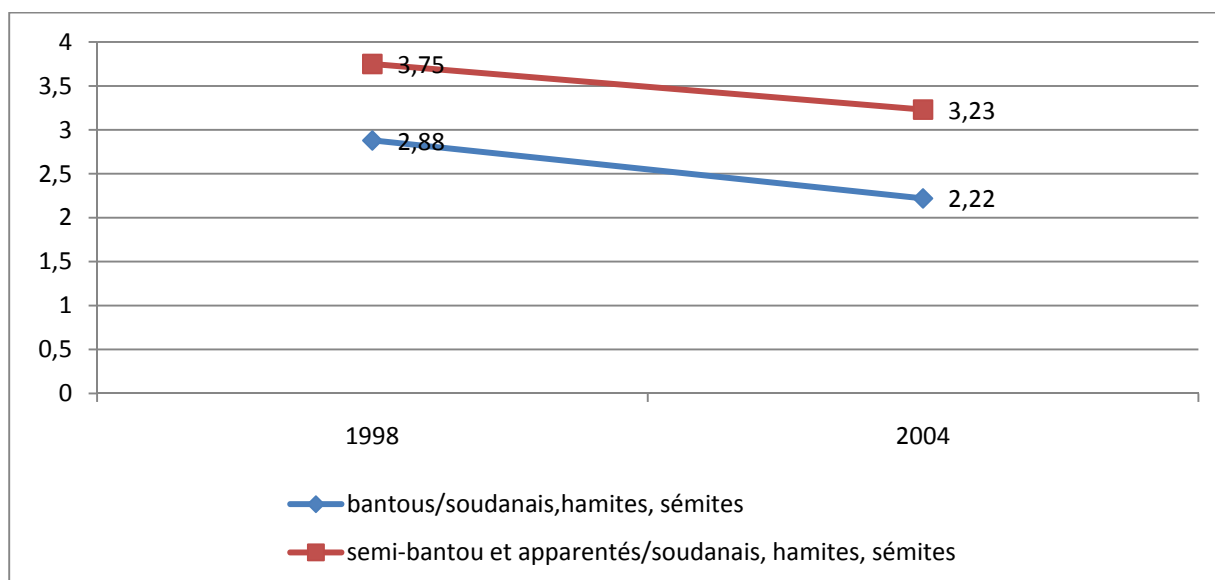
différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
bantous/ (soudanais, hamites, sémites)	NA	2,88	2,22
(semi-bantou et apparentés)/ (soudanais, hamites, sémites)	NA	3,75	3,23

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

NA= Non Appliqué

Globalement, la tendance de l'évolution des inégalités en termes de différentiel est à la baisse même si elle s'est accompagnée d'une dégradation sanitaire au lieu d'une amélioration.

Graphique 4.10: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon l'appartenance ethnique entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

3.5 Etat matrimonial

Bien que les différences ne soient pas très importantes : 1,16 en 1991 ; 1,3 en 1998 et 1,09 en 2004 (tableau 4.14), l'influence de l'état matrimonial révèle une fréquentation quantitativement plus importante chez les célibataires/veuves/séparées/divorcées. Les femmes en union sont donc relativement désavantagées. Malgré l'évolution à la baisse des inégalités entre 1998 et 2004 (graphique 4.9), les tendances de comportement sont toujours marquées par la dégradation sanitaire. De 75,7% en 1998 à 60,1% en 2004 chez les célibataires/veuves/séparées/divorcées et de 58,2% en 1998 à 55% en 2004 chez les femmes en union.

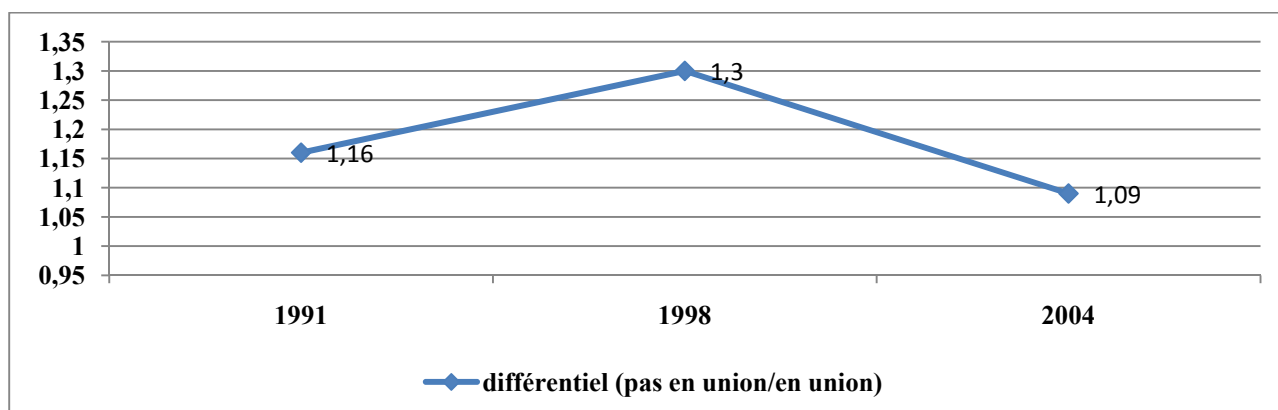
Tableau 4.14 : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon l'état matrimonial entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
pas en union/en union	1,16	1,30	1,09

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Bien que les comportements sanitaires en matière de prise en charge médicale de l'accouchement soient peu variables selon que la femme soit en union ou pas, (1,16 en 1991, 1,3 en 1998, et 1,09 en 2004), le schéma général donne une courbe en forme de « U » renversé traduisant une augmentation des inégalités entre 1991 et 1998 et ensuite une baisse entre 1998 et 2004 (graphique 4.11).

Graphique 4.11: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon l'état matrimonial entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

IV. Relation entre variables relatives au capital santé et l'assistance médicale à l'accouchement

Cette relation se rapporte à la fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon l'âge de la mère à l'accouchement et la parité. Les différents résultats obtenus sont confinés dans le tableau ci-dessous.

Tableau4.15 : Fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les variables relatives au capital santé entre 1991 et 2004

Variables explicatives	EDSC-I (1991)		EDSC-II (1998)		EDSC-III (2004)	
	P%	N	P%	N	P%	N
parité	***		***		***	
1 enfant	74,7	344	73,1	424	62,8	1073
2-4 (enfants)	68	790	60	821	56,9	2225
5 enfants et plus	61,3	746	53,5	632	49,4	1677
âge à l'accouchement	ns		ns		**	
<20 ans	65,7	437	60,6	457	52,1	1187
20-34 ans	67,8	1167	61,6	1148	57,1	3031
35 ans & +	62,7	276	57,7	272	55,6	757

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

***=significatif à 1% ; **=significatif à 5% ; *=significatif à 10% ; ns=non significatif ; - =Non concerné; NA=Non appliqué

4.1. Le capital santé : l'âge de la mère à l'accouchement et la parité

Les deux variables constitutives du capital santé (âge à l'accouchement et parité) sont à quelques deux exceptions, significativement associées à la prise en charge médicale de l'accouchement (tableau 4.15). Comme on pouvait s'y attendre, le profil général indique que le recours à l'appareil médical diminue au fur et à mesure que la parité augmente (confère tableau 4.15). Sur toute la période d'observation, la fréquence de recours à l'assistance médicale à l'accouchement se dégrade particulièrement chez les femmes enceintes tardivement (plus de 35 ans) ainsi que chez les grandes multipares (5 enfants et plus). Par ailleurs, on remarque que les primipares et les femmes âgées entre 20 et 34 ans sont celles qui utilisent intensément les services de santé maternelle pour la surveillance de l'accouchement.

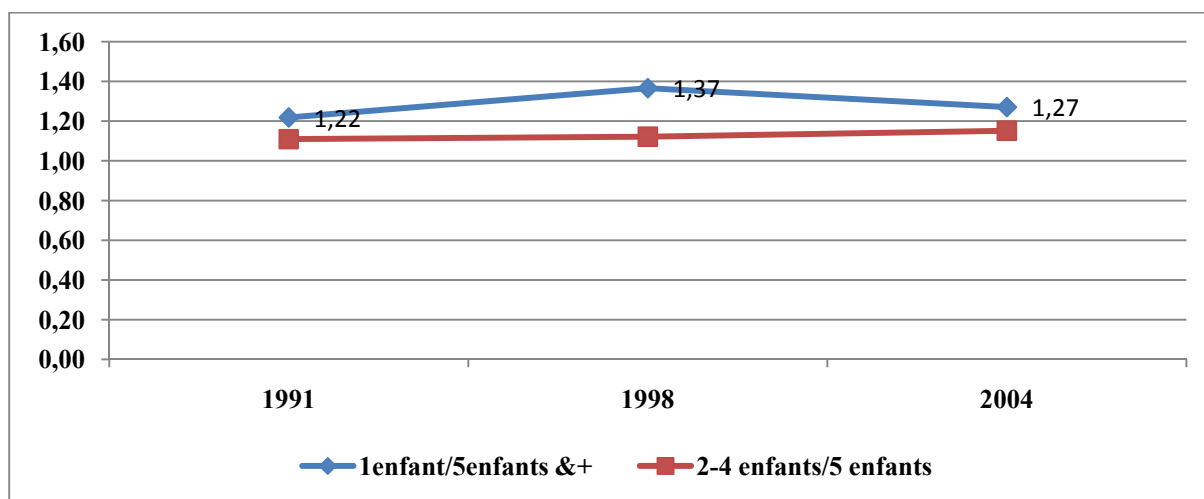
Tableau 4.16 : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon la parité entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
(1 enfant)/(5 enfants et +)	1,22	1,37	1,27
(2-4 enfants)/(5 enfants et +)	1,11	1,12	1,15

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Sur toute la période d'observation, les inégalités sont plus importantes entre les primipares et les grandes multipares (femmes ayant 5 enfants et plus). Elles le sont moins entre multipares (femmes ayant 2 à 4 enfants) et grandes multipares (tableau 4.16). L'allure générale des inégalités en termes de différentiel est marquée par une progression continue, malgré le faible accroissement, pour ce qui est des multipares et grandes multipares. Entre primipares et grandes multipares, on observe une tendance à la hausse entre 1991 et 1998 et une tendance à la baisse entre 1998 et 2004.

Graphique 4.12: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon la parité entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

Pour ce qui concerne l'âge de la mère à l'accouchement, la relation ne devient significative à 5% qu'en 2004. Cependant sur toute la période d'observation, les écarts relatifs à la fréquentation des services obstétricaux pour la prise en charge médicale de l'accouchement entre les femmes âgées de 20-34 ans et celles de 35 ans et plus diminuent progressivement (confère tableau 4.17) marquées également par de faibles dégradations sanitaires pour les femmes de ces deux classes d'âge en jeu.

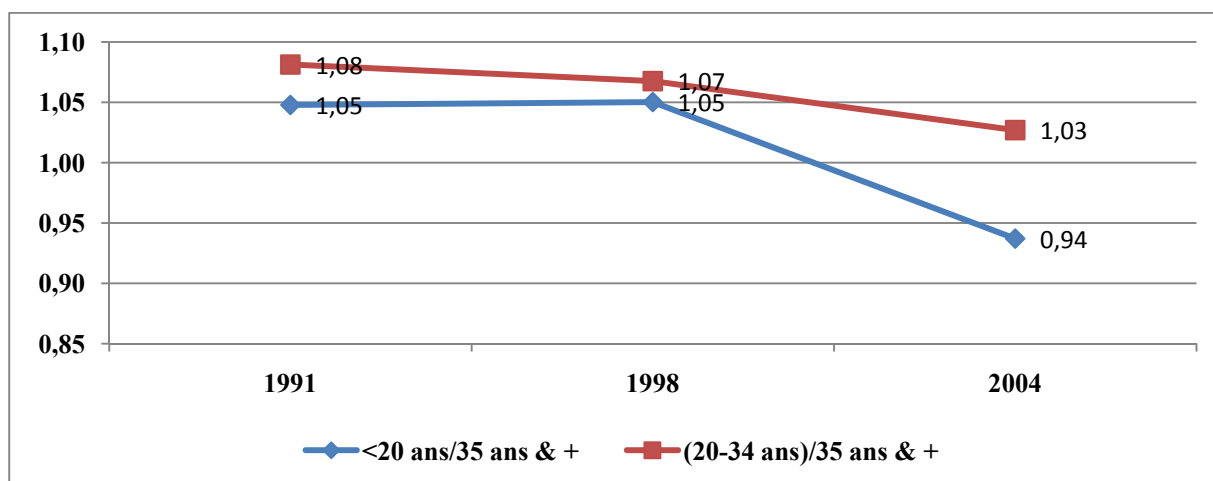
Tableau4.17 : Différentiels du recours à l'assistance médicale selon l'âge de la mère à la l'accouchement entre 1991 et 2004

différentiel	EDSC-I	EDSC-II	EDSC-III
	1991	1998	2004
(< 20 ans)/(35 ans et +)	1,05	1,05	0,94
(20-34 ans)/(35 ans et +)	1,08	1,07	1,03

Sources: Traitement des données des EDSC-I, II & III (Cameroun).

Bien que la relation ne soit pas significative en 1991 et 1998, les différences de recours entre les femmes âgées de moins de 20 ans et celles de 35 ans et plus sont très faibles et se stabilisent à 1,05 comme l'indique le tableau 4.17. Entre 1998 et 2004, les différences se rétrécissent passant de 1,05 à 0,94 avec une dégradation sanitaire pour toutes les trois classes d'âge.

Graphique 4.13: Différentiels relatifs à l'assistance lors de l'accouchement selon l'âge de la mère à l'accouchement entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

Conclusion partielle

D'après les analyses différentielles bivariées, le milieu de résidence, la région de résidence, le degré d'urbanité, l'ethnie, la religion, le niveau de vie du ménage, le sexe du chef de ménage, l'état matrimonial, le niveau d'instruction de la femme, l'occupation de la femme et la parité apparaissent comme étant les principaux facteurs de différenciation des comportements en matière d'assistance médicale à l'accouchement. En effet, la résidence en milieu urbain ou la socialisation urbaine, l'appartenance aux ethnies Bantous et semi-bantous, l'affiliation aux religions chrétiennes, l'élévation du niveau de vie (du plus faible au plus élevé), l'élévation du niveau d'instruction de la femme, l'exercice dans une branche d'activité du «secteur moderne », la maternité précoce, la primiparité sont positivement associés au recours à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.

Les tendances du phénomène montrent que globalement toutes les catégories sociales ont été touchées par la dégradation sanitaire qui a caractérisé les années 90. La seule exception concerne, d'une part, les femmes essentiellement urbaines, celles ayant un niveau de vie moyen, ou celles n'étant pas en union (célibataires, divorcées, veuves, séparées) qui ont stabilisé leur fréquence de recours à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié, et d'autre part, les femmes les plus instruites (niveau d'études secondaires ou plus) et celles exerçant dans un secteur d'activité moderne qui ont vu leur fréquence de recours augmenter au cours de la période 1991-1998.

L'approche descriptive que nous venons de présenter a permis de mesurer les associations entre les variables explicatives et le recours à l'assistance médicale à l'accouchement. Nous avons également tenté de dégager les tendances générales du phénomène étudié. Les associations obtenues ne sont en réalité que de simples corrélations isolées, des apparitions concomitantes de faits qui n'expriment aucune causalité. Il serait plus éclairant et utile pour la compréhension de vérifier si les associations brutes (simples) entre les variables se maintiennent quand on a contrôlé (neutralisé) l'effet éventuellement concurrent ou confondant des autres variables indépendantes. C'est ce à quoi va s'atteler le prochain chapitre.

CHAPITRE V : ESSAI D'EXPLICATION DE L'EVOLUTION TEMPORELLE DES INEGALITES SOCIALES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DE L'ACCOUCHEMENT AU CAMEROUN

Introduction

L'objectif de ce chapitre est de mettre en évidence à partir d'une approche multivariée, les inégalités sociales du recours à la prise en charge médicale de l'accouchement du point de vue de leur ampleur, leur distribution sociale et leur évolution temporelle. L'approche multivariée est basée sur le modèle de régression logistique binaire dont la justification du choix et les fondements théoriques ont été brièvement exposés au chapitre 3. Rappelons simplement que l'application de ce modèle statistique, dont les rapports de cotes (« Odds Ratios ») constituent les bases essentielles d'interprétation, se justifie en raison de la nature qualitative et dichotomique de notre variable dépendante.

Nous avons également opté pour des modèles à pas croissants dans le but d'évaluer la contribution de chaque facteur à l'explication totale du modèle saturé et de dégager une structure hiérarchique des facteurs explicatifs. Cette procédure permet d'apprécier les interactions entre les différentes variables en jeu. Ainsi, onze modèles de régression pas à pas sont constitués selon la structure suivante:

Modèle 1 (M1) : niveau de vie du ménage;

Modèle 2 (M2) : M1 + niveau d'instruction de la femme ;

Modèle 3 (M3) : M2 + occupation de la femme

Modèle 4 (M4) : M3 + degré d'urbanité ;

Modèle 5 (M5) : M4 + région de résidence;

Modèle 6 (M6) : M5 + la taille du ménage;

Modèle 7 (M7) : M6 + sexe du chef de ménage ;

Modèle 8 (M8) : M7 + la religion;

Modèle 9 (M9) : M8 + l'état matrimonial ;

Modèle 10 (M10) : M9 + âge à l'accouchement

Modèle 11 (M11) : M10 + la parité

Les résultats des modèles de régression logistique sont donnés sous forme de graphiques (graphiques 5.1 à 5.10) et de tableaux (tableaux 5.1 à 5.3). Les tableaux présentent les rapports de cotes bruts et nets (M1 à M8). Les graphiques présentent les rapports de cotes nets du modèle saturé M8. C'est le modèle saturé, c'est-à-dire le dernier (M8) qui est le modèle de référence de l'étude. Tout comme pour l'approche descriptive (chapitre 4), l'interprétation se fait variable par variable.

Certaines variables présentes au chapitre 4 ayant fait l'objet d'analyse différentielle bivariée ont été délaissées pour leur forte corrélation avec d'autres. Il s'agit par exemple de la variable milieu de résidence qui présentait une forte corrélation avec la variable degré d'urbanité (voir Annexe 5.1). Notre choix s'est porté sur la deuxième puisque en plus des deux modalités classiques « urbain » et « rural », elle met en relief le phénomène de migration. De même, l'on a observé une forte corrélation entre « ethnie » et « région de résidence » (voir Annexe 5.2). Et dans ce cas, c'est toujours la deuxième qui a été choisie dans le but d'examiner la relation entre l'inégale offre régionale sanitaire et la fréquentation des services obstétricaux.

I. Inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Cameroun

1.1 Influence des variables du statut socio-économique

1.1.1 Le niveau de vie

L'effet significatif du niveau de vie sur l'assistance médicale à l'accouchement est demeuré sur toute la période d'observation, mais les écarts ont varié en fonction des différentes catégories de l'échelle économique (tableau 5.1).

En 1991, les chances de fréquentation des femmes « pauvres » sont, d'après le modèle saturé (de référence), un peu plus deux fois plus faibles que celles des femmes de classe « intermédiaire » et un peu plus de quatre fois plus faibles que celles des femmes « aisées » (tableau 5.1). Les écarts en termes de rapport de cote entre les différentes catégories sont relativement importants. Ces écarts se rétrécissent en 1998 entre les niveaux de vie élevé et moyen traduisant donc la diminution entre 1991 et 1998, des inégalités de chance de recours

entre ces deux catégories sociales. En effet, alors qu'en 1991 les chances de recours des femmes de classe intermédiaire étaient 1,74¹⁰ fois faibles que celles des femmes « aisées », elles sont pratiquement égales en 1998. Globalement, les inégalités de chance de recours entre plus « aisées » et « intermédiaires », entre plus « aisées » et « pauvres » et entre « intermédiaires » et « pauvres » ont diminué entre 1991 et 1998 comme le montre le graphique 5.1.

En 1998, même si les différences de recours en termes de rapport de cotes entre les femmes « aisées » et celles de classe « intermédiaire » sont négligeables, elles ne le sont plus lorsqu'elles sont comparées aux femmes « pauvres ». En effet, les rapports de cotes montrent que les femmes bénéficiant des niveaux de vie moyen et élevé fréquentent respectivement 1,83 et 1,80 fois plus les services obstétricaux que les femmes ayant un niveau de vie faible. La dégradation de la fréquence de recours entre 1991 et 1998, dégradation qui a notamment touché la classe des plus « aisées » (de 89,8% en 1991 à 85% en 1998 voir tableau 4.7), a ainsi épargné les femmes « pauvres ». Celles-ci semblent désormais avoir autant de chances que les autres de recourir à une prise en charge médicale de l'accouchement. La conjoncture des années 90 a été particulièrement défavorable aux plus « aisées ». Ce résultat semble plausible à la lumière des éléments contextuels évoqués au chapitre I, notamment les deux baisses drastiques de salaires qu'ont connu les fonctionnaires camerounais, qui avant les années 90, faisaient partie de la classe aisée pour certains et de la classe intermédiaire pour d'autres.

En effet, en retraçant les grands événements qui ont marqué la vie socio-économique du Cameroun depuis la deuxième moitié des années 70 marquées par une réelle prospérité économique, la prédominance du secteur public en qualité de principal pourvoyeur de fonds et prestataire de services dans les différents secteurs sociaux, il apparaît évident que les fonctionnaires jouissaient d'une place de choix dans la société camerounaise. Et par conséquent, ils ont été les plus vulnérables aux difficultés économiques des années 90, notamment à cause des deux baisses drastiques et consécutives des salaires (30% en janvier 1993 et 50% en novembre 1993) dont ils ont été victimes. Ceci semble ainsi justifier la forte

¹⁰ 1,74 est obtenu en faisant la différence entre 4,52 et 2,78 respectivement rapport de cote en 1991 des femmes « aisées » et rapport de cote des femmes de classe intermédiaire en 1991.

dégradation de fréquentation des services de santé pour la prise en charge médicale de l'accouchement au sein des classes aisées et intermédiaires.

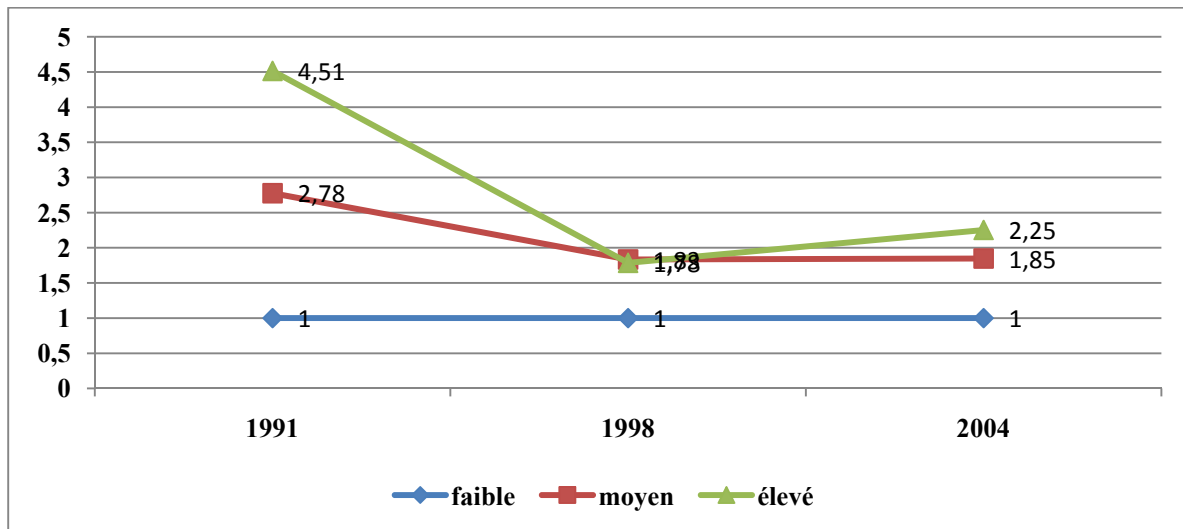
En 2004, les inégalités en matière d'assistance médicale à l'accouchement entre les trois catégories de l'échelle économique sont en légère augmentation. Les différences entre femmes « aisées » et « pauvres » demeurent significatives (tableau 5.3), mais la vulnérabilité de ces dernières (femmes pauvres) s'est légèrement accrue. En effet, les rapports de cotes montrent que les femmes riches fréquentent 2,25 fois plus les services obstétricaux que les femmes pauvres. Après un fort rétrécissement entre 1991 et 1998, les inégalités de chances de recours entre femmes « aisées » et « intermédiaires » (niveau de vie moyen) s'accroissent très légèrement en 2004.

D'une manière générale, les résultats révèlent une relation positive significative entre le niveau de vie du ménage et le recours à l'assistance médicale à l'accouchement. Mais l'intensité des différences entre les différentes catégories de l'échelle économique a varié au fil du temps. Entre 1991 et 1998, les femmes les plus « aisées » n'ont pas été épargnées par la dégradation sanitaire. Bien au contraire, elles ont subi la dégradation la plus forte pendant que les femmes « pauvres » essayent de se maintenir. En conséquence, les inégalités entre les différentes classes, en termes de chances de recours se réduisent sensiblement infirmant l'hypothèse préalablement établie selon laquelle on devrait s'attendre à une augmentation des inégalités.

La période 1998-2004, à l'inverse de la période 1991-1998, est caractérisée par une légère augmentation des différences au détriment cette fois des « pauvres ». Le renforcement du pouvoir discriminant du niveau de vie et la vulnérabilité des pauvres durant cette période sont à mettre en rapport avec les effets continus des chocs de la crise et des ajustements structurels (double baisse des salaires en 1993, dévaluation monétaire en 1994, licenciements massifs dans le cadre des politiques d'assainissement budgétaire, inflation). Comme pour la première période, l'hypothèse qui a été postulée sur la période 1998-2004 projetant la hausse des inégalités en raison de la dégradation persistante des conditions de ménages, se trouve également confirmée.

En définitive, la pauvreté apparaît ainsi comme un facteur explicatif important de l'exclusion du système de santé biomédical pour l'exercice de la maternité. Autrement dit, le pouvoir économique du ménage est une contrainte majeure à surmonter pour l'accès au système de santé moderne.

Graphique 5.1 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le niveau de vie du ménage entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.1.2 Le niveau d'instruction de la femme

Toutes choses égales par ailleurs, l'effet de l'instruction sur la prise en charge médicale de l'accouchement est significatif. D'une manière générale, les femmes non ou peu instruites (sans instruction ou de niveau d'études primaires) sont relativement défavorisées comparativement aux femmes instruites (de niveau d'études secondaires ou plus). Toutefois, l'intensité des différences en termes de rapport de cotes entre ces deux catégories varie selon la période d'observation.

En 1991, les écarts entre « instruites » et « peu instruites » sont peu significatifs. Autrement dit, l'instruction ne différencie pas abondamment les femmes en matière de recours. En effet, les femmes « peu instruites » se montrent légèrement plus ouvertes à l'appareil biomédical, mais cet avantage exprimé en termes de rapport de cotes n'est guère significatif (tableau 5.1).

En 1998, l'assistance médicale lors de l'accouchement se dégrade notamment dans la catégorie des « peu instruites » (confère tableau 4.11). Toutes choses égales par ailleurs, les inégalités en faveur des plus « instruites » s'accroissent légèrement. Si en 1991, l'instruction ne permettait pas de distinguer les camerounaises selon leur comportement sanitaire pour la prise en charge médicale de l'accouchement, cela n'est plus le cas en 1998 où les chances de recours des femmes « peu instruites » sont 1,75 fois plus faibles que celles des femmes « instruites ». Cette tendance infirme une fois de plus l'hypothèse émise sur l'instruction qui prévoyait plutôt une baisse des inégalités au regard de l'élévation du niveau d'instruction observée entre 1991 et 1998.

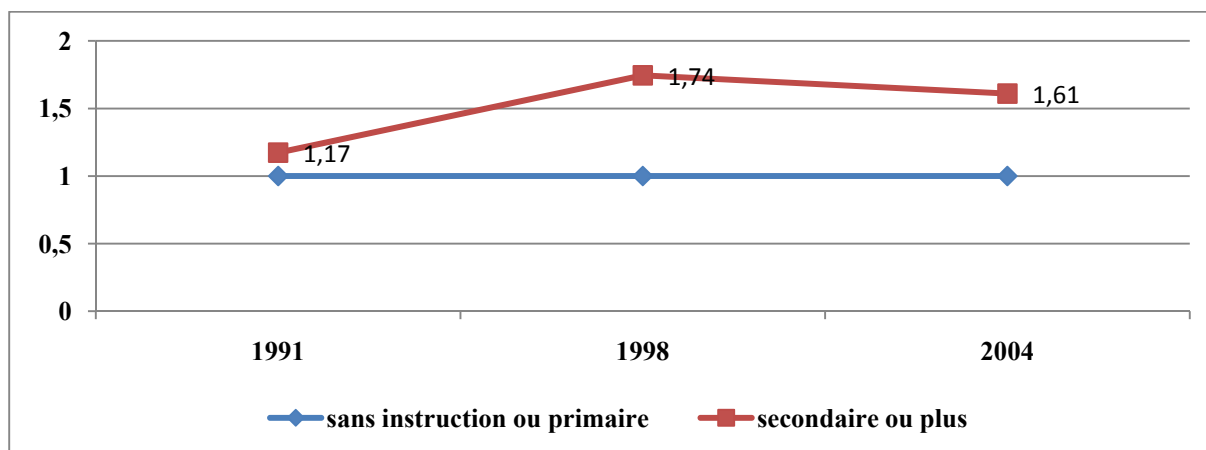
En 2004, les inégalités diminuent légèrement. Les rapports de cote des femmes « instruites » par rapport aux femmes « peu instruites » passent de 1,75 en 1998 à 1,61 en 2004. Contrairement à la période 1991-1998, l'hypothèse relative à l'instruction pour la période 1998-2004 se trouve confirmée.

Les analyses multivariées confirment le pouvoir discriminant de l'instruction de la femme sur la fréquentation des services obstétricaux pour la surveillance de l'accouchement. Plus la femme est instruite, plus elle a des chances de faire un usage quantitativement fréquent des services obstétricaux. Ces observations confortent les résultats des études à variables multiples (revenu et éducation) qui mettent en évidence le rôle capital que joue l'éducation de la femme et qui se révèle être le déterminant le plus important dans l'utilisation des soins de santé maternelle. Des constatations étayant cette conclusion proviennent, entre autres, de Turquie (CELIK & HOTCHKISS, 2000), de Thaïlande (RAGHUPATHY, 1996) et du Nigéria (OKAFOR, 1991). KUNST et TANJA HOUWELING (2001) trouveront un argument supplémentaire. Travaillant sur un petit groupe de pays, ils ont comparé les inégalités basées sur la richesse aux inégalités fondées sur la scolarisation de la femme. Dans chacun des quatre pays pour lesquels ces études ont été faites, les inégalités basées sur la scolarisation se sont révélées plus importantes que celles qui sont fondées sur l'indice de richesse.

Pour résumer l'effet de l'instruction sur la fréquentation des services obstétricaux, on simplifiera les choses en relativisant que son action supposée est multiple : elle favorise l'acquisition des connaissances en matière de santé, assure une meilleure prise de conscience des problèmes et besoins sanitaires, améliore les rapports avec l'appareil biomédical

« moderne », notamment dans les aspects fréquentation et communication, renforce l'autonomie et le pouvoir de décision de la femme.

Graphique 5.2 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le niveau d'instruction de la femme entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

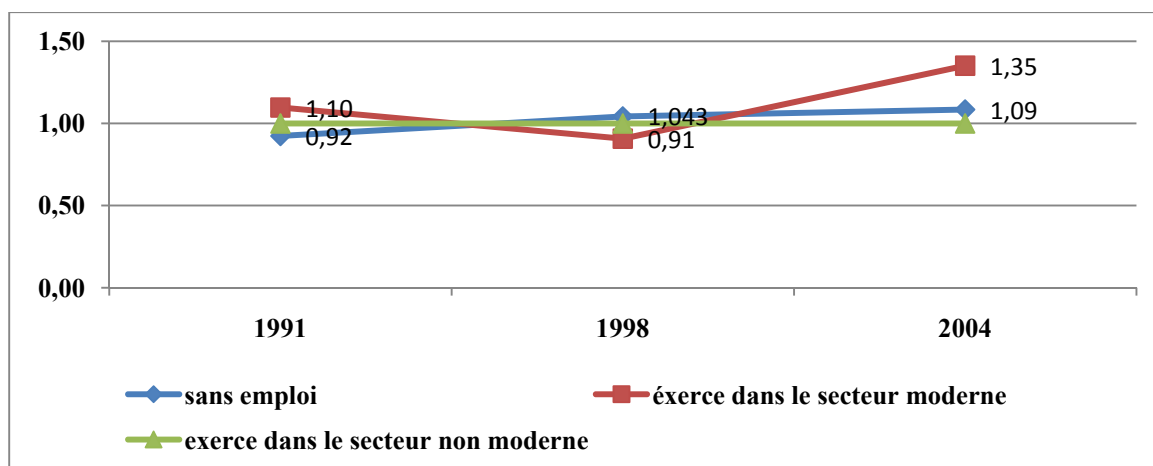
1.1.3 L'occupation de la femme

D'une manière générale, l'occupation de la femme s'avère être, toutes choses égales par ailleurs, un facteur de différenciation de comportements sanitaires (tableaux 5.1 à 5.3). Toutefois, l'intensité de son effet sur le recours à l'assistance médicale à l'accouchement varie selon la période d'observation.

Sur toute la période d'observation, bien que la relation entre occupation de la femme et prise en charge médicale de l'accouchement soit significative au niveau bivarié, elle ne l'est plus au niveau multivarié (M8, modèle saturé). Plus encore, on relève que les « odds ratio » se stabilisent quasiment à partir de l'entrée en ligne des variables contextuelles, sanitaires et de confusion (dès M5). Cela traduit le faible pouvoir explicatif des variables additionnelles (taille du ménage, sexe du chef de ménage, religion, état matrimonial, âge de la mère à l'accouchement, la parité (M5, M6, M7, M8)) sur les différences de comportement entre ces trois groupes.

Ainsi, comme l'indique le graphique 5.3, l'occupation ne différencie pas les femmes en matière de recours aux soins obstétricaux. Ces résultats sont en désaccord avec l'hypothèse qui prévoyait plutôt une augmentation continue des inégalités, ce, à la lumière de la dégradation persistante des conditions des femmes.

Graphique 5.3 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon l'occupation de la femme entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.2 Influence des variables contextuelles

1.2.1. Le degré d'urbanité

L'effet du degré d'urbanité sur le recours à la prise en charge médicale de l'accouchement est également significatif, avec une intensité variable selon la période d'observation (graphique 5.4).

En 1991, seules les femmes essentiellement urbaines (urbaines de souche n'ayant jamais migré et migrantes essentiellement urbaines) et les femmes urbaines socialisées en milieu rural ont plus de chances d'être assistées à l'accouchement. Les rurales socialisées en milieu urbain font preuve d'une adhésion moindre que les femmes essentiellement urbaines. L'avantage de la migration urbaine sur l'adoption de comportements sanitaires favorables à la prise en charge médicale de l'accouchement est, comme évoqué dans la revue de la littérature, déjà fort présent en dépit de niveaux de recours relativement comparables entre les groupes urbains. Les variations urbaines et rurales se modifient quelque peu avec notamment une

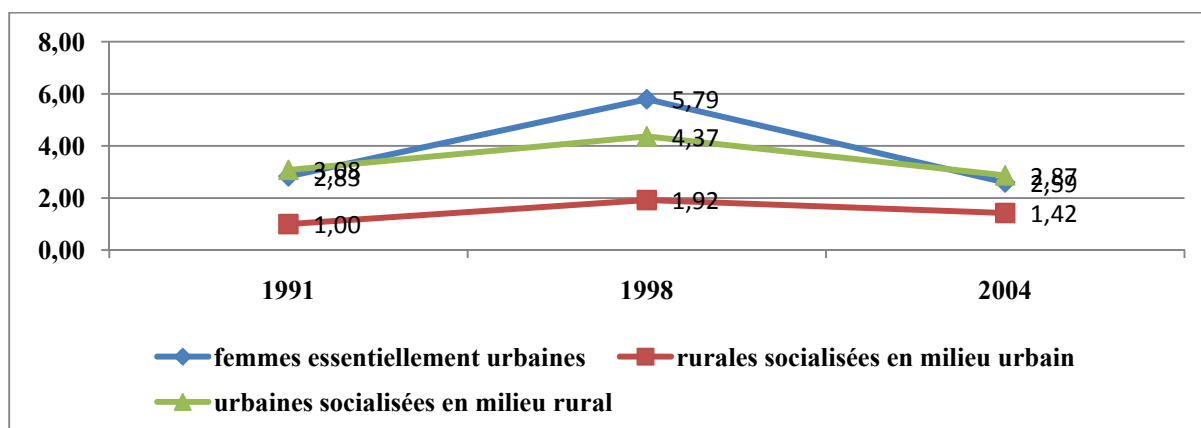
réduction des écarts. Les inégalités disparaissent quasiment entre les deux groupes urbains. En effet, les rapports de cote des femmes essentiellement urbaines et des femmes urbaines socialisées en milieu rural en référence aux femmes rurales (femmes essentiellement rurales et rurales ayant déjà résidé en milieu urbain), sont respectivement de 2,83 et 3,08.

En 1998, les tendances observées en 1991 changent. Toutefois, les variations urbaines et rurales se modifient avec notamment une augmentation des écarts. Aucune catégorie ne supplante les femmes essentiellement citadines. Les autres groupes voient leurs inégalités par rapport aux femmes essentiellement citadines s'accroître à leur détriment. Les femmes essentiellement urbaines, les urbaines socialisées en milieu rural et les rurales ayant déjà résidé en milieu urbain ont respectivement 5,79, 4,37 et 1,92 fois plus de chance de fréquenter les services obstétricaux que les femmes essentiellement rurales.

En 2004, les tendances observées en 1991 se confirment. Les variations urbaines et rurales se modifient quelque peu avec notamment une réduction des différences. Comme en 1991, les inégalités disparaissent quasiment entre les deux groupes urbains. Leurs rapports de cote se situent respectivement à 2,59 et 2,87 pour ce qui est des femmes essentiellement urbaines et des femmes urbaines socialisées en milieu rural. A la différence de 1991 où l'on ne relève aucun écart entre les deux catégories rurales, les rurales socialisées en milieu urbain ont un recours quantitativement plus fréquent en 2004 que leurs semblables essentiellement rurales.

Au vu de ce qui précède, la fréquentation quantitative des services obstétricaux modernes pour la surveillance de l'accouchement s'explique fortement par le degré d'urbanité ou de contact avec la ville ; mais l'intensité de cette relation s'est révélée plus importante en 1998. Comme précédemment postulé, le contact avec la ville augmente les chances de la femme de recourir à l'assistance médicale à l'accouchement quelque soit la période d'observation. Ces résultats confirment donc l'hypothèse émise au chapitre 3.

Graphique 5.4 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le degré d'urbanité entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.2.2 La région de résidence

Les résultats généralement établis au niveau national ne reflètent pas nécessairement la situation au niveau régional. Les modèles de régression pas à pas montrent combien l'influence des facteurs de différenciation est fort sensible aux disparités régionales (tableaux 5.1 à 5.3). L'analyse portant sur la région de résidence tente de mettre en parallèle d'une part les inégalités régionales de l'offre de santé et, d'autre part les inégalités régionales de la fréquentation des services obstétricaux.

L'effet significatif de la région de résidence sur le recours à l'assistance médicale de l'accouchement est demeuré actif au fil du temps, mais les écarts ont varié avec les périodes d'observation (tableaux 5.1 à 5.3). En 1991, les inégalités régionales en termes de rapports de cotes entre les autres régions et le Grand-Nord sont relativement importantes. La partie septentrionale du pays est la région la plus en marge du système biomédical. Les femmes des régions du Nord-Ouest/Sud-Ouest, Ouest/Littoral et Centre/Sud/Est fréquentent respectivement 17,48, 13,95 et 3,10 fois plus les services obstétricaux pour la prise en charge médicale de l'accouchement par rapport à celles du Grand-Nord. Les femmes du Nord-Ouest/Sud-Ouest et celles de l'Ouest/Littoral semblent les plus favorisées.

Entre 1991 et 1998, les inégalités régionales se sont accrues au détriment du Grand-Nord. Les rapports de cote, en référence au Grand-Nord sont passés de 17,48 à 25,48 pour la région du Nord-Oues/Sud-Ouest, de 13,95 à 23,42 pour la région Ouest/Littoral et 3,10 à 3,80 pour le

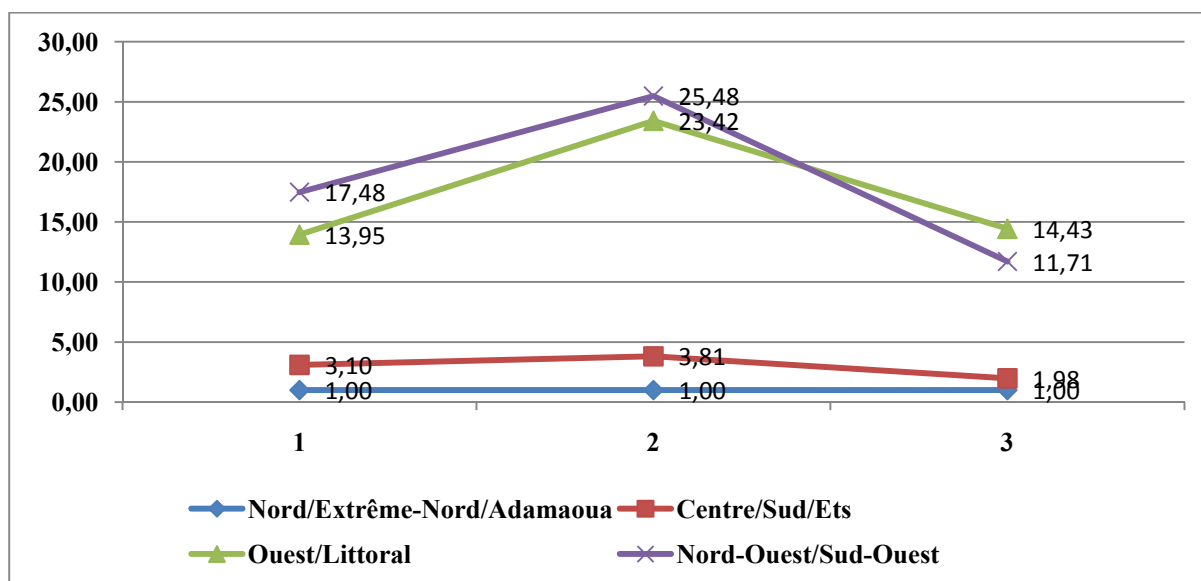
Centre/Sud/Est. En 1998, le pouvoir discriminant de la variable religion est important dans l'évolution des différences observées entre les régions. L'entrée en ligne de cette variable diminue considérablement les rapports de cote des différentes régions (tableau 5.2, modèles M7 et M8). Autrement dit, une part importante des disparités régionales de l'assistance médicale à l'accouchement est expliquée par l'appartenance religieuse.

En 2004, l'évolution des inégalités change à nouveau avec une tendance à la baisse proche du niveau observé en 1991. L'effet des variables niveau de vie du ménage, niveau d'instruction, et degré d'urbanité apparaît de façon importante dans l'explication des inégalités régionales (tableau 5.3, modèles brut et M5). L'évolution des rapports de cote des différentes régions du modèle brut au modèle M5 met en relief qu'une part importante des inégalités régionales de l'assistance médicale à l'accouchement est déterminée par les niveaux différentiels de scolarisation, de pauvreté et voire d'urbanisation entre les régions du pays. Cela se justifie aisément au regard du contexte camerounais qui, comme l'évoquait déjà le chapitre I, présente de fortes disparités régionales pour ce qui est de la pauvreté (PP. 11-12), et de l'instruction des femmes (P. 23).

L'analyse portant sur la région de résidence avait pour but de mettre en évidence les inégalités régionales de l'offre et la fréquentation des services obstétricaux. De ce qui précède, plusieurs considérations méritent d'être retenues. Comme relevé au chapitre 2, l'offre régionale est très inégalitaire : la région septentrionale apparaît comme étant la plus défavorisée (confère tableau 2.1). Elle est également la région la plus défavorisée du point de vue de la fréquentation des services obstétricaux.

Mais, l'inégale répartition régionale de l'offre n'est pas le seul facteur explicatif de l'inégale fréquentation des services obstétricaux. De nombreux autres facteurs se montrent importants et variables au fil du temps. Si l'on s'en tient aux observations de l'année 2004, on attribuera le désavantage de la femme du Grand-Nord à trois principaux facteurs qui lui sont spécifiques : le niveau de vie, le niveau d'instruction et le contact avec la ville. En d'autres termes, les inégalités entre les différentes catégories associées à ces trois variables sont beaucoup plus importantes au Grand-Nord qu'ailleurs.

Graphique 5.5 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la région de résidence entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.3 Influence des variables de confusion

1.3.1. La taille du ménage

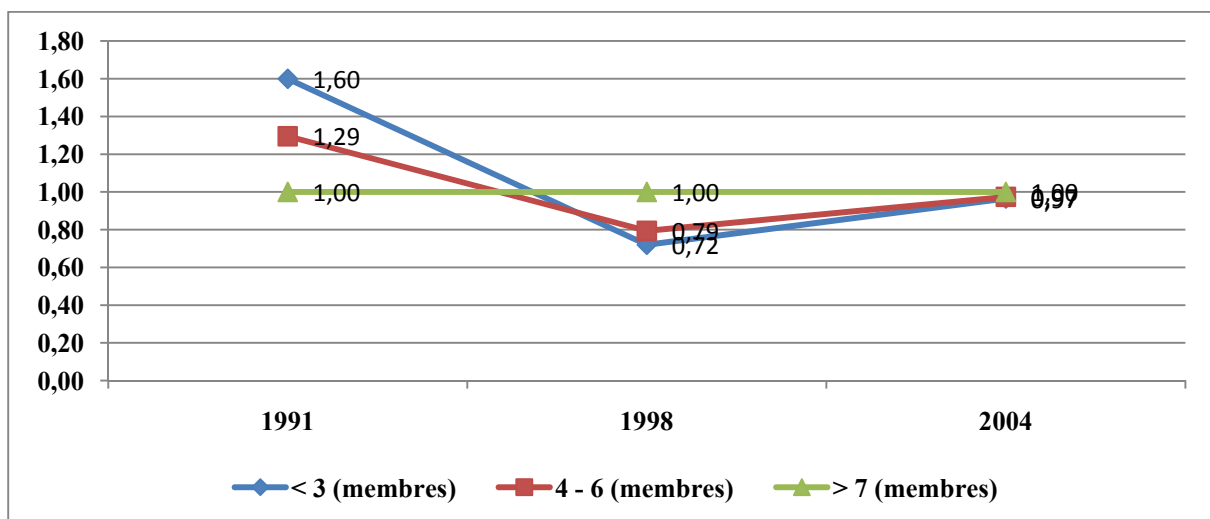
En 1991, le caractère atomique du ménage (c'est-à-dire les ménages de petite taille) est associé à une augmentation des chances de fréquentation, comparativement aux ménages à caractère étendu (ménage de grande taille). Les différences entre ménage de grande taille (plus de 7 membres) et ménage de petite taille (moins de 3 membres) sont statistiquement peu significatives. La structure élargie du ménage semble réduire sensiblement les chances de recours de la femme comparativement à la structure atomique. En effet, les rapports de cotes montrent que les femmes des ménages de taille moyenne (2 à 4 membres) et celles des ménages de petite taille fréquentent respectivement 1,3 et 1,6 fois plus les services obstétricaux pour la prise en charge médicale de l'accouchement que les femmes des ménages à caractère étendu.

En 1998 comme en 2004, la fréquence de recours baisse fortement au sein des ménages de petite taille. Les tendances changent à l'avantage des ménages étendus bien que les différences soient peu significatives. Les chances de recours au sein des ménages étendus sont légèrement supérieures à celles des ménages nucléaires et des ménages de taille moyenne

comme l'indique le graphique 5.6. Contrairement aux idées préconçues sur l'effet négatif du caractère étendu des ménages sur la fréquentation plus intense des services de santé, il semble donc que les familles étendues camerounaises ne soient pas fondamentalement plus proches des coutumes traditionnelles, autrement dit, plus distantes de la médecine moderne que les familles nucléaires. Au contraire, l'importance numérique des membres du ménage pourrait se traduire par une amélioration quantitative du support social en matière de santé et donc par une meilleure utilisation des services de santé. Le ménage étendu disposerait donc d'un potentiel plus élevé d'ouverture au système biomédical.

En définitive, en plus du fait que la relation taille du ménage ne soit pas significativement associée à l'utilisation des services obstétricaux pour la prise en charge médicale de l'accouchement, les différences entre les différentes formes de ménage ne sont pas également importantes. Un effet négatif de la structure élargie a prévalu en 1991, mais cette observation n'est plus de mise puisqu'à partir de 1998, l'appartenance à un ménage étendu est associée à une fréquentation plus intense des services obstétricaux.

Graphique 5.6 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la taille du ménage entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.3.2 Le sexe du chef de ménage

Phénomène conjoncturel ou structurel, mutation socio-économique ou véritable révolution féministe dans les rapports de pouvoir et de décision au sein des ménages et des familles, le statut des femmes chefs de ménage se répand de plus en plus en Afrique et au Cameroun (WAKAM, 1999 ; PILON et al., 1997). Comme pour les autres variables, l'effet net du sexe du chef de ménage sur les comportements sanitaires varie selon la période d'observation.

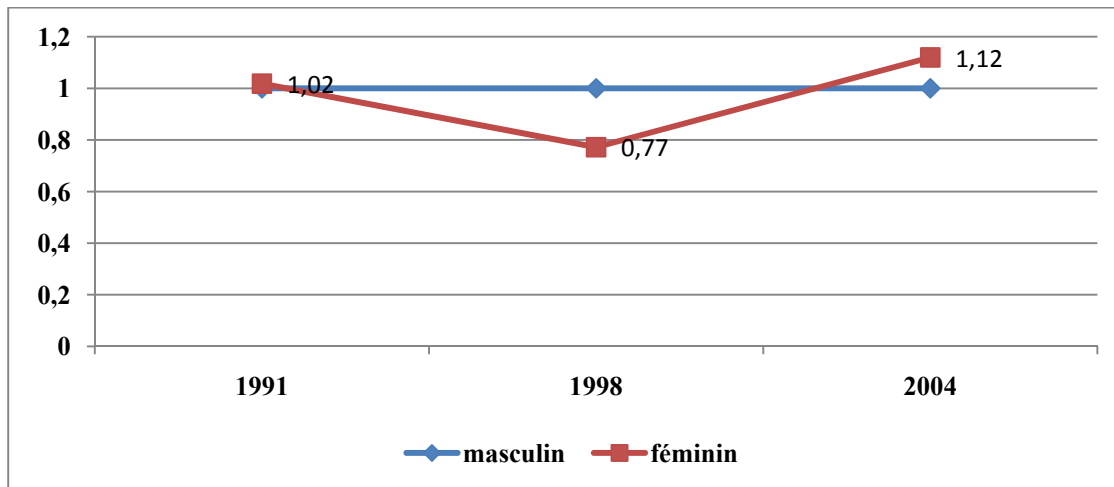
En 1991, l'avantage d'une direction féminine du ménage comparativement à une direction masculine ne se fait pas vraiment ressentir, avec un rapport de cotes de 1,02. Autrement dit, le sexe du chef de ménage ne différencie pas les femmes en matière de recours aux soins obstétricaux pour la prise en charge médicale de l'accouchement. Signalons néanmoins que les inégalités au détriment de la direction masculine ne sont pas négligeables au niveau de l'effet brut avec un rapport de cote de 2,67.

En 1998, la situation change fondamentalement suite à une forte dégradation de la fréquence de recours des parturientes qui vivent dans les ménages dirigés par les femmes (tableau 4.7). Bien que les différences soient peu importantes, l'avantage de la direction féminine du ménage disparaît et se transforme en un léger désavantage. Les rapports de cote montrent (graphique 5.7) que les femmes qui vivent dans les ménages dirigés par les femmes ont 23% moins de chances de recourir à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié que celles qui vivent dans les ménages dirigés par les hommes.

En 2004, on retrouve les mêmes tendances que celles observées en 1991. L'avantage de la direction féminine du ménage comparativement à une direction masculine même si les inégalités sont faibles.

En définitive, le sexe du chef de ménage génère de faibles différences de recours aux soins biomédicaux, mais la relation n'est pas systématique. Toutes choses égales par ailleurs, la direction féminine du ménage diminue en 1998 les chances de la femme à observer une fréquentation quantitativement adéquate des services obstétricaux.

Graphique 5.7 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le sexe du chef de ménage entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.3.3 La religion

L'effet significatif de l'affiliation religieuse sur la fréquentation des services obstétricaux se maintient quelque soit les variables contrôlées (tableau 5.1 à 5.3). D'une manière générale, l'affiliation aux religions chrétiennes est associée à une fréquentation meilleure des services obstétricaux que l'adhésion à l'islam ou la non-appartenance à une religion. Ces résultats confirment l'hypothèse émise au chapitre 3. Toutefois, l'intensité des différences, en termes de rapports de cotes, entre les différentes catégories religieuses varie selon la période d'observation (tableaux 5.1 à 5.3).

En 1991, les écarts entre les différentes catégories relatives à l'affiliation religieuse sont très significatifs. Les rapports de cotes indiquent que l'appartenance à la religion «chrétienne» entraîne une augmentation de chances de 26% par rapport à l'attribut «musulmane» et de 44% par rapport à non-appartenance à une religion quelconque (sans religion).

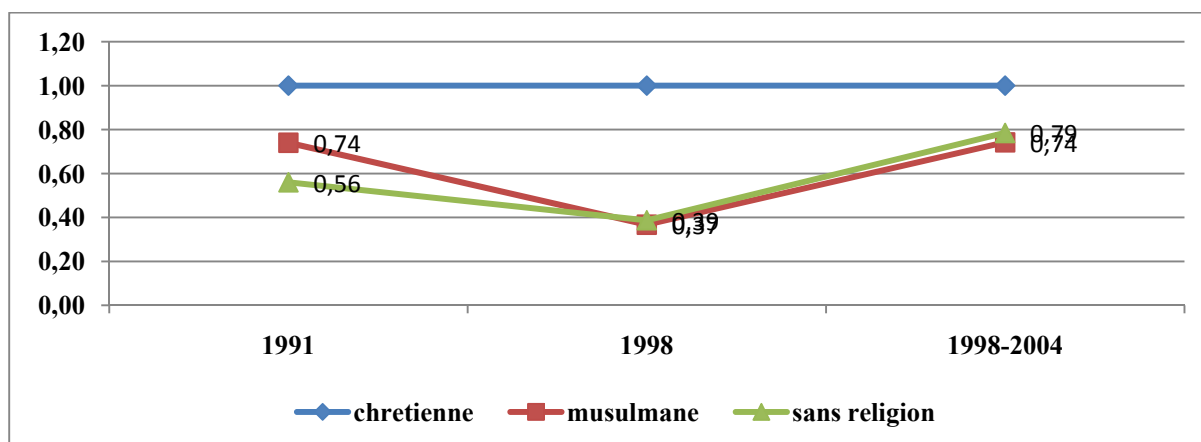
En 1998, les inégalités augmentent entre les chrétiennes et les musulmanes et les sans religion (graphique 5.8). L'avantage des chrétiennes sur les deux autres catégories se renforce. Les rapports de cotes montrent que les musulmanes et les adeptes des religions traditionnelles ont respectivement 64% et 62% fois moins de chances de recourir à

l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié que les adhérentes des religions chrétiennes.

En 2004, les différences de comportement sont toujours à l'avantage des chrétiennes bien qu'elles se rétrécissent. Les inégalités vont décroissantes entre 1998 et 2004. Les rapports de cote des musulmanes et des femmes sans religion par rapport aux chrétiennes sont respectivement de 0,74 et de 0,79 ; en d'autres termes les musulmanes et des femmes sans religion ont respectivement moins 26% et 22% fois moins de chances que les chrétiennes à utiliser les services de santé maternelle pour la prise en charge médicale de l'accouchement.

De ce qui précède, il apparaît clairement que la fréquentation quantitative des services obstétricaux dépend fortement de l'appartenance religieuse. Les résultats indiquent que ce sont les chrétiennes qui ont plus de chance de tirer meilleur profit des soins obstétricaux « modernes ». L'explication sociologique des différences de comportements selon l'appartenance religieuse n'est pas clairement tranchée. Toutefois, il est acquis que la religion régit la vie des fidèles en canalisant leurs comportements vers le modèle moral et éthique de référence. Elle peut donc apparaître comme un facteur d'adaptation, de promotion, ou de refus de changement (AKOTO, 1993). L'hypothèse explicative de l'avantage des chrétiennes sur les autres, qui nous semble plausible est celle qui souligne l'action plus engagée du christianisme dans la promotion et la diffusion de la culture, des savoirs, de la technologie et de la médecine occidentale (AKOTO, 1993) comparativement aux autres religions. Mais pour le cas spécifique du Cameroun, il y a un effet contextuel à prendre en compte dans la mesure où les résultats indiquent que l'intensité des différences entre la religion chrétienne et l'islam varie selon la région de résidence. En d'autres termes, c'est dans les régions où l'une ou l'autre catégorie religieuse est mieux représentée que les inégalités sont importantes. Autrement dit, là où les chrétiennes sont majoritaires, on peut s'attendre que leur modèle devienne la référence à laquelle adhèrent plus ou moins les adeptes de l'islam. Par contre, dans les régions à forte dominance musulmane, (cas du Grand-Nord), les pratiquantes de l'islam ont plutôt tendance à se référer à leur propre modèle ; d'où les écarts importants par rapport aux chrétiennes.

Graphique 5.8 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la religion entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.3.4 L'état matrimonial

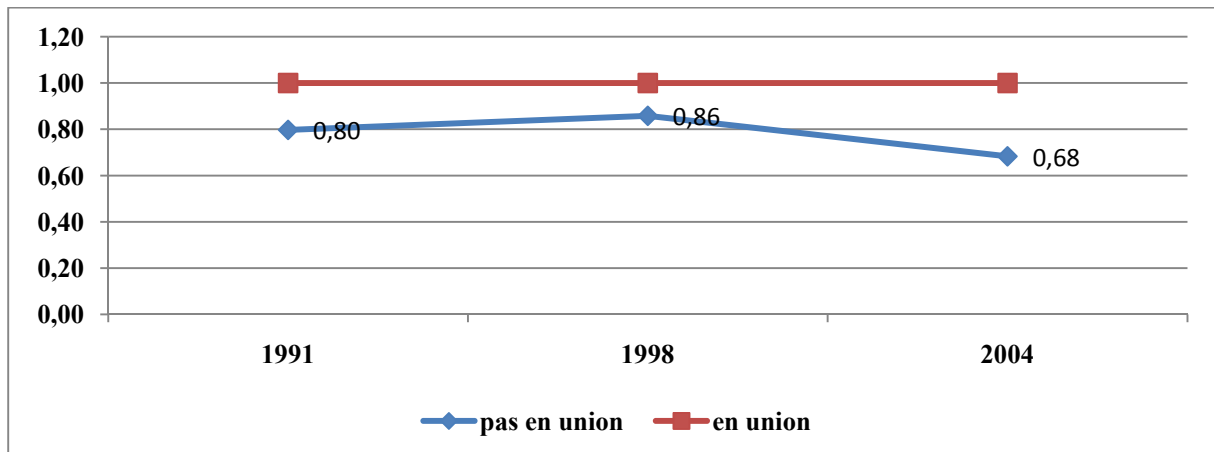
En 1991, les inégalités de chance de recours à la prise en charge médicale de l'accouchement sont au détriment des femmes qui ne sont pas en union¹¹. En effet, les femmes en union (mariées et femmes vivant en union consensuelle) fréquentent davantage les services obstétricaux que les femmes qui ne sont pas en union. Ces dernières ont moins 20% de chances comparativement à leurs congénères en union à utiliser les services de santé maternelle pour la prise en charge médicale de l'accouchement.

En 1998, la situation se maintient même si les écarts se réduisent légèrement. Ce sont toujours les femmes qui ne sont pas en union qui sont désavantagées avec cette fois moins de 14% de chances par rapport aux femmes en union de fréquenter intensément les services de santé maternelle pour la prise médicale de l'accouchement.

Le contexte récent observé en 2004 génère et accroît le désavantage des femmes qui ne sont pas en union par rapport aux femmes en union (graphique 5.9).

¹¹ Dans notre étude, nous avons retenu comme femmes qui ne sont pas en union, les célibataires et les femmes en rupture d'union (veuves, divorcées). Les ruptures d'union sont constituées des veuvages (ruptures involontaires) et des divorces (ruptures volontaires)

Graphique 5.9 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon l'état matrimonial entre 1991 et 2004

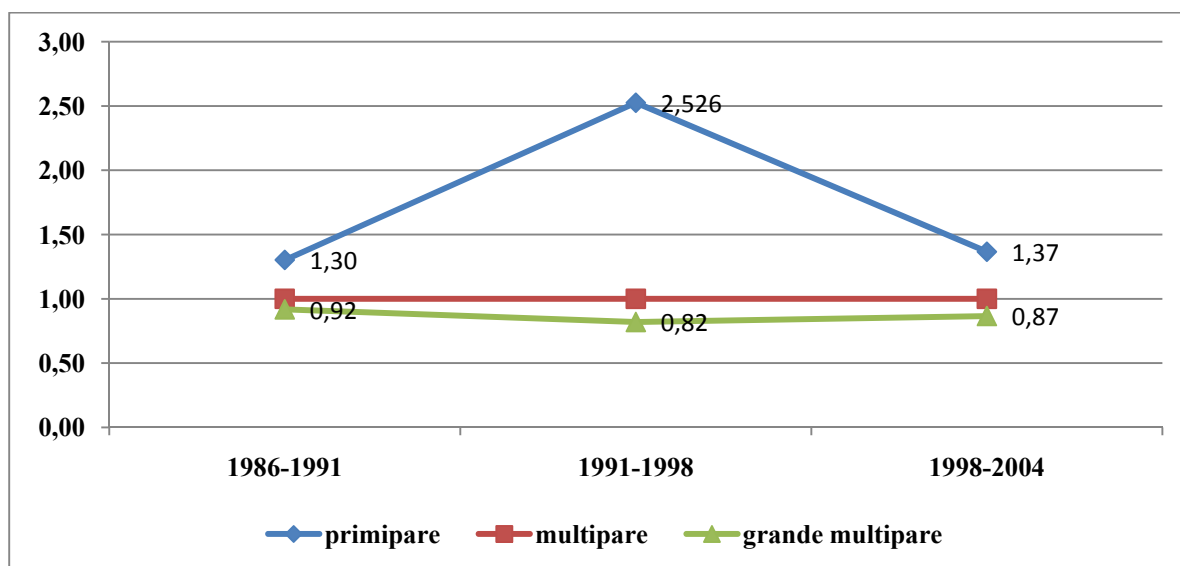


Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

1.4 Influence des variables du capital santé : âge à l'accouchement et la parité

Parmi les deux variables du capital santé retenues, seule la parité est particulièrement discriminante. D'une manière générale, les chances de recours à l'assistance médicale à l'accouchement diminuent au fur et à mesure que la parité augmente (tableaux 5.1 à 5.3). Les rapports de cotes montrent que ces chances sont bien supérieures dans le cas d'une primiparité. L'expérience génésique cumulative a donc un effet négatif sur le recours à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié. L'habitude et l'expérience acquises lors des accouchements antérieurs font que les multipares et les grandes multipares se passent des structures sanitaires. En effet, plusieurs d'entre elles considèrent qu'elles sont suffisamment expérimentées et ne se font plus assister par un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement alors que naturellement, elles sont prédisposées à présenter des complications obstétricales.

Graphique 5.10 : Rapports de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon la parité entre 1991 et 2004



Source : Traitement données EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III

Tableau 5.1 : Rapport de cote du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les catégories socio-économiques, démographiques, culturelles et contextuelles aux différents modèles de régression logistique (EDSC-I).

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)
variables liées au statut socio-économique												
Niveau de vie	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
faible (réf)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
moyen	6,221 ***	6,221 ***	5,301 ***	5,378 ***	3,598 ***	2,753 ***	2,789 ***	2,788 ***	2,750 ***	2,759 ***	2,756 ***	2,776 ***
élevé	10,130 ***	10,130 ***	7,336 ***	7,280 ***	4,538 ***	4,171 ***	4,604 ***	4,592 ***	4,484 ***	4,483 ***	4,486 ***	4,515 ***
Niveau d'instruction de la femme	***		***	***	***	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
sans instruction ou primaire (ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
secondaire ou plus	4,477 ***		1,945 ***	1,904 ***	1,862 ***	1,31 ***	1,263 ns	1,275 ns	1,214 ns	1,227 ns	1,215 ns	1,173 ns
Occupation de la femme	***			ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
sans emploi	1,966 ***			0,938 ns	0,878 ns	0,948 ns	0,932 ns	0,930 ns	0,933 ns	0,939 ns	0,933 ns	0,924
travaille dans le secteur moderne	6,684 ***			1,4 ns	1,303 ns	1,121 ns	1,094 ns	1,099 ns	1,086 ns	1,076 ns	1,079 ns	1,097 ns
travaille dans le secteur non moderne (ref)	1,000			1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp5B)	exp(B)
variables contextuelles												
degré d'urbanité	***				***	***	***	***	***	***	***	***
femmes essentiellement urbaines	6,186 ***				1,974 ***	2,946 ***	2,979 ***	2,993 ***	2,819 ***	2,823 ***	2,830 ***	2,830 ***
rurales socialisées en milieu urbain	2,361 ***				1,817 ***	1,038 ns	1,032 ns	1,035 ns	1 ns	1 ns	0,997 ns	1,00 ns
urbaines socialisées en milieu rural	6,038 ***				2,815 ***	3,281 ***	3,354 ***	3,361 ***	3,061 ***	3,055 ***	3,065 ***	3,079 ***
femmes essentiellement rurales (ref)	1,000				1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Région de résidence						***	***		***		***	
Yaoundé/Douala	16,585 ***					3,468 ***	3,378 ***	3,396 ***	2,838 ***	2,849 ***	2,858 ***	2,815 ***
Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (ref)	1,000					1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Centre/Sud/Est	3,192 ***					3,697 ***	3,957 ***	3,979 ***	3,029 ***	3,073 ***	3,083 ***	3,096 ***
Ouest/Littoral	15,433 ***					15,467 ***	16,195 ***	16,281 ***	13,979 ***	14,053 ***	14,122 ***	13,946 ***
Nord-Ouest/Sud-Ouest	17,800 ***					21,991 ***	23,342 ***	23,565 ***	17,564 ***	17,608 ***	17,620 ***	17,480 ***
Variables de confusion												
taille du ménage	ns						**	**	**	**	*	*
< 3 (membres)	1,329 ns						1,824 **	1,841 **	1,761 **	1,745 **	1,711 **	1,6 *
4-6(membres)	1,035 ns						1,301 *	1,306 *	1,322 *	1,314 *	1,307 *	1,295 *
> 7 (membres) (ref)	1,000						1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Sexe du chef de ménage	***							ns	ns	ns	ns	ns
Masculin (ref)	1,000							1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
féminin	2,660 ***							0,938 ns	0,939 ns	1,003 ns	1,009 ns	1,018 ns

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)
variables de confusion												
Religion	***								**	**	**	**
Chrétienne (ref)	1,000								1,000	1,000	1,000	1,000
musulmane	0,230 ***								0,735 ns	0,734 ns	0,731 ns	0,740 ns
sans religion/animiste	0,103 ***								0,566 **	0,565 **	0,564 **	0,567 **
Etat matrimonial	**									ns	ns	ns
pas en union	1,667 **									0,84 ns	0,830 ns	0,797 ns
en union (ref)	1,000									1,000	1,000	1,000
Age de la mère à l'accouchement	ns										ns	ns
< 20 ans	0,909 ns										1,038 ns	0,893 ns
20 - 34 ans (ref)	1,000										1,000	1,000
> 35 ans	0,798 ns										0,962 ns	1,008 ns
Parité	***											ns
1 enfant	1,392 **											1,302 ns
2 - 4 enfants (ref)	1,000											1,000
plus de 5 enfants	0,745 ***											0,918 ns
Khi-deux		359,552	377,742	378,361	416,212	747,394	754,784	754,784	760,861	761,563	761,686	763,601
pouvoir prédictif total		70,00%	71,3	71,2	73,8	82,2	82,1	82	81,9	81,9	82	82

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III.

Tableau 5.2 : Rapport de cote du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les catégories socio-économiques, démographiques, culturelles et contextuelles aux différents modèles de régression logistique (ESDC-II)

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)
variables liées au statut socio-économique												
Niveau de vie	***	***	***	***	***	**	**	*	**	**	***	***
faible (réf)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
moyen	5,313 ***	5,313 ***	3,710 ***	3,887 ***	2,171 ***	1,606 **	1,6 **	1,569 **	1,768 ***	1,769 ***	1,817***	1,834 ***
élevé	5,763 ***	5,763 ***	3,371 ***	3,538 ***	1,691 **	1,690 *	1,662 *	1,608 *	1,777 **	1,785 **	1,814 **	1,785 ***
Niveau d'instruction de la femme	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
sans instruction ou primaire (ref)	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
secondaire ou plus	7,608 ***		5,548 ***	5,226 ***	4,070 ***	2,059 ***	2,066 ***	2,098 ***	1,809 ***	1,803 ***	1,796 ***	1,745 ***
Occupation de la femme	***			***	***	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
sans emploi	1,242 ***			0,713 **	0,523 ***	1,058 ns	1,058 ns	1,067 ns	1,148 ns	1,147 ns	1,103 ns	1,043 ns
travaille dans le secteur moderne	7,825 ***			2,763 ***	2,078 **	1,142 ns	1,134 ns	1,150 ns	1,048 ns	1,045 ns	1,05 ns	0,907 ns
travaille dans le secteur non moderne (ref)	1,000			1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)
variables contextuelles												
degré d'urbanité	***				***	***	***	***	***	***	***	***
femmes essentiellement urbaines	7,502 ***				4,120 ***	4,990 ***	5,01 ***	5,082 ***	5,734 ***	5,721 ***	5,766 ***	5,793 ***
rurales socialisées en milieu urbain	4,634 ***				3,002 ***	1,957 ***	1,947 ***	1,931 ***	1,897 ***	1,897 ***	1,874 ***	1,920 ***
urbaines socialisées en milieu rural	5,693 ***				4,539 ***	4,307 ***	4,28 ***	4,282 ***	4,031 ***	4,04 ***	4,163 ***	4,367 ***
femmes essentiellement rurales (ref)	1,000				1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Région de résidence	***					***	***	***	***	***	***	***
Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (ref)	1,000					1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Centre/Sud/Est	7,783 ***					5,920 ***	5,903 ***	6,211 ***	3,834 ***	3,810 ***	3,780 ***	3,813 ***
Ouest/Littoral	41,279 ***					24,130 ***	24,735 ***	26,049 ***	23,635 ***	23,640 ***	23,753 ***	23,420 ***
Nord-Ouest/Sud-Ouest	30,606 ***					36,980 ***	37,495 ***	38,662 ***	26,152 ***	25,950 ***	26,152 ***	25,483 ***
variables de confusion												
taille du ménage	ns						ns	ns	ns	ns	ns	ns
< 3 (membres)	0,887 ns						1,132 ns	1,153 ns	1,118 ns	1,120 ns	1,032 ns	0,720 ns
4-6(membres)	0,875 ns						0,840 ns	0,837 ns	0,821 ns	0,825 ns	0,809 ns	0,794 ns
> 7 (membres) (ref)	1,000						1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Sexe du chef de ménage	***							ns	ns	ns	ns	
Masculin (ref)	1,000							1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
féminin	2,141 ***							1,255 ns	0,769 ns	0,755 ns	0,761 ns	0,772 ns

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)
variables de confusion												
Religion	***								***	***	***	***
Chrétienne (ref)	1,000								1,000	1,000	1,000	1,000
musulmane	0,219 ***								0,358 ***	0,358 ***	0,353 ***	0,367 ***
sans religion/animiste	0,152 ***								0,386***	0,387 ***	0,387 ***	0,387 ***
Etat matrimonial										ns	ns	ns
pas en union	2,242 ***									1,064 ns	1,023 ns	0,858 ns
en union (ref)	1,000									1,000	1,000	1,000
Age de la mère à l'accouchement	ns										ns	ns
< 20 ans	0,960 ns										1,299 ns	0,770 ns
20 - 34 ans (ref)	1,000										1,000	1,000
> 35 ans	0,852 ns										0,991	1,131 ns
Parité	***											***
1 enfant	1,809 ***											2,526 ***
2 - 4 enfants (ref)	1,000											1,000
plus de 5 enfants	0,765 ***											0,819 ns
Khi-deux		206,844	373,415	392,325	503,23	971,046	972,913	974,355	1006,52	1006,609	1009,378	1029,468
pouvoir prédictif total		60,70%	68,60%	69,30%	74%	82%	82,1%	82,2%	83,30%	83,70%	83,50%	83,50%

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III.

Tableau 5.3 : Rapport de cotes du recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon les catégories socio-économiques, démographiques, culturelles et contextuelles aux différents modèles de régression logistique (EDSC-III)

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)
variables liées au statut socio-économique												
Niveau de vie	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
faible (réf)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
moyen	3,678***	3,678***	2,905 ***	3,008 ***	2,124 ***	1,853 ***	1,855 ***	1,856 * **	1,88***	1,868 ** *	1,865***	1,847 ***
élevé	4,537 ***	4,537 ***	3,015 ***	3,094 ***	2,026 ***	2,240 ***	2,260 ***	2,265 *	2,317***	2,285 ***	2,278 ***	2,253 ***
Niveau d'instruction de la femme	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
sans instruction ou primaire (ref)	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
secondaire ou plus	3,360 ***		2,182 ***	2,196 ***	2,035 ***	1,672 ***	1,671 ***	1,669***	1,613 ***	1,637 ***	1,644 ***	1,607***
Occupation de la femme	***			***	***	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
sans emploi	1,150 ***			0,785 ***	0,702 ***	1,035ns	1,035ns	1,035 ns	1,082 ns	1,104 ns	1,115 ns	1,085 ns
travaille dans le secteur moderne	4,130 ***			1,390 ns	1,293 ns	1,502ns	1,497 ns	1,491 ns	1,469 ns	1,425 ns	1,406 ns	1,352 ns
travaille dans le secteur non moderne (ref)	1,000			1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)
variables contextuelles												
degré d'urbanité	***				***	***	***	***	***	***	***	***
femmes essentiellement urbaines	4,080***				2,120 ***	2,534 ***	2,525 ***	2,519 ***	2,568 ***	2,612 ***	2,621 ***	2,593 ***
rurales socialisées en milieu urbain	2,247 ***				1,718 ***	1,406 ***	1,406 ***	1,405 ***	1,403 ***	1,415 ***	1,417***	1,421***
urbaines socialisées en milieu rural	3,627 ***				2,407 ***	2,843 ***	2,838***	2,832 ***	2,856 ***	2,866 ***	2,857***	2,867 ***
femmes essentiellement rurales (ref)	1,000				1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Région de résidence	***					***	***	***	***	***	***	***
Douala/Yaoundé	6,651 ***					1,583***	1,575***	1,572***	1,379***	1,402***	1,393***	1,356***
Adamaoua/Nord/Extrême-Nord (ref)	1,000					1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Centre/Sud/Est	2,953 ***					2,225 ***	2,227 ***	2,219***	1,946***	1,974 ***	1,974***	1,981 ***
Ouest/Littoral	19,993 ***					15,187 ***	15,211 ***	15,148 ***	14,535***	14,612 ***	14,541 ***	14,432 ***
Nord-Ouest/Sud-Ouest	13,343***					12,877 ***	12,855 ***	12 798, ***	11,576 ***	11,921 ***	11,890 ***	11711,***
variables de confusion												
taille du ménage	**						ns	ns	ns	ns	ns	ns
< 3 (membres)	1,179 *						1,070ns	1,064 ns	1,052 ns	1,027 ns	1,055 ns	0,965ns
4-6(membres)	1,170 **						1,007 ns	1,006 ns	0,999ns	0,977 ns	0,985 ns	0,974 ns
> 7 (membres) (ref)	1,000						1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Sexe du chef de ménage	***							ns	ns	ns	ns	ns
Masculin (ref)	1,000							1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
féminin	1,731***							1,028 ns	1,007 ns	1,123ns	1,113 ns	1,120 ns

variables explicatives	effet brut	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)	exp(B)
variables de confusion												
Religion	***								***	***	***	***
Chrétienne (ref)	1,000								1,000	1,000	1,000	1,000
musulmane	0,379 ***								0,734***	0,722***	0,722 ***	0,742 ***
sans religion/animiste	0,476 ***								0,800 ns	0,788 *	0,785 *	0,785 *
nouvelle religion	0,895 ns								0,598 **	0,605 **	0,608 **	0,610 **
Etat matrimonial	**									***	***	***
pas en union	1,236 ***									0,710 ***	0,722 ***	0,683 ***
en union (ref)	1,000									1,000	1,000	1,000
Age de la mère à l'accouchement	**										ns	ns
< 20 ans	0,816 ***										0,935 ns	0,773ns
20 - 34 ans (ref)	1,000										1,000	1,000
> 35 ans	0,941 ns										1,051 ns	1,161 ns
Parité	***											***
1 enfant	1,277 **											1,366 ***
2 - 4 enfants (ref)	1,000											1,000
plus de 5 enfants	0,739 ***											0,866 ns
Khi-deux		485,131	595,071	611,031	720,073	1680,671	1681,019	1681,109	1692,355	1702,378	1703,439	1714,776
pouvoir prédictif total		63,90%	66,90%	66,90%	67,80%	75,60%	75,6	75,60%	75,70%	75,7	75,8	75,9

Source : Traitement des données des EDSC-I, EDSC-II & EDSC-III.

II. Essai de classification des facteurs selon leur contribution à l'explication des inégalités de la prise en charge médicale au Cameroun entre 1991 et 2004

Après avoir identifié les variables de différenciation des inégalités sociales à l'assistance médicale à l'accouchement et leur évolution dans le temps, nous allons, dans cette section, tenter d'établir une hiérarchie de ces dernières selon leur contribution additionnelle à l'explication réelle du phénomène. Dans un contexte de limitation budgétaire, la hiérarchie contributive des variables est très pertinente dans la mesure où elle permet de définir des échelles de priorités pour l'action et la recherche (BENINGUISSE, 2003).

Pour ce faire, nous avons eu recours au test statistique du KHI-DEUX du modèle de régression logistique. La contribution d'une variable explicative (CR) donnée se calcule en retranchant le Khi-deux du modèle excluant cette variable du khi-deux du modèle saturé M11 suivant la formule suivante.

$$\text{CR} = (\text{khi-deux du modèle saturé} - \text{khi-deux du modèle excluant la variable concernée}) / \text{khi-deux du modèle saturé}$$

Nous intéresserons seulement aux variables qui sont significatives au seuil de 5% (tableau 5.4) dans la mesure où elles constituent désormais celles sur lesquelles l'enjeu pour l'action et la recherche est porté.

De ce qui ressort, nous pouvons affirmer que la structure de hiérarchisation est fortement dominée par les variables contextuelles sur toute la période d'observation. En 1991, les différences relatives à l'assistance médicale à l'accouchement, sont expliquées en premier lieu par la région de résidence, suivie par ordre d'importance décroissante par le niveau de vie du ménage, par le degré d'urbanité et enfin par la religion.

En 1998, ce sont toujours les variables contextuelles qui occupent les premières places. Elles sont suivies par la parité, la religion, le niveau d'instruction et enfin le niveau de vie du ménage.

En 2004, les variables contextuelles sont toujours aux premiers rangs comme en 1998. La troisième place revient au niveau d'instruction, la quatrième au niveau de vie du ménage, la cinquième à la parité, la sixième à l'état matrimonial et la septième à la religion.

Tableau 5.4. Contribution (en %) des variables indépendantes à l'explication réelle à l'assistance médicale à l'accouchement selon la période d'observation (1991,1998 et 2004)

EDSC	variables explicatives au seuil de 1% ou de 5%	contribution nette (%)	rang d'importance
1991	niveau de vie du ménage	13,73	2
	degré d'urbanité	10,30	3
	région de résidence	73,92	1
	religion	2,06	4
1998	niveau de vie du ménage	0,84	6
	niveau d'instruction	1,24	5
	degré d'urbanité	10,87	2
	région de résidence	72,73	1
	religion	4,17	4
	parité	10,15	3
2004	niveau de vie du ménage	2,24	4
	niveau d'instruction	2,41	3
	degré d'urbanité	9,64	2
	région de résidence	80,56	1
	religion	0,98	7
	état matrimonial	2,01	6
	parité	2,16	5

Conclusion partielle

Nous nous sommes attelés dans ce chapitre à mettre en évidence les inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement selon leur distribution, leur ampleur et leur évolution dans le temps. Les résultats sont riches en enseignements qui interpellent l'action et la recherche.

Les analyses approfondies ont permis d'identifier plusieurs facteurs de différenciation. Le niveau de vie, l'instruction de la femme, son occupation, le degré d'urbanité, la région de résidence, la taille du ménage, le sexe du chef de ménage, l'état matrimonial, la religion, l'âge à l'accouchement, la parité sont tous d'importants générateurs de différences de comportements en matière d'assistance médicale à l'accouchement, d'intensité souvent variable selon la période d'observation. Les inégalités en matière de recours aux soins obstétricaux qui sont en augmentation entre 1991 et 1998, se sont quelque peu réduites en 2004. Le contact avec la ville, l'adhésion aux religions chrétiennes, l'élévation du niveau de vie (du plus faible au plus élevé) ainsi que l'instruction de la femme, l'exercice dans une branche d'activité du «secteur moderne », la direction féminine du ménage et la primiparité augmentent significativement les chances de recours à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié. Ils sont donc des facteurs facilitants. Parallèlement, la résidence en milieu rural, l'affiliation aux religions musulmanes et traditionnelles, la pauvreté, l'analphabétisme de la femme, l'exercice dans une branche d'activité du «secteur non moderne », et la multiparité sont faiblement associés à une prise en charge adéquate de l'accouchement.

Toutefois, tous ces facteurs n'ont pas le même poids dans l'explication des différences du recours à l'assistance médicale à l'accouchement.

CONCLUSION GENERALE

La conclusion générale est structurée en quatre points. Dans un premier temps, un rappel des objectifs et des hypothèses de travail. Dans un second temps, nous présenterons une synthèse des résultats et leur confrontation avec nos hypothèses de départ. Nous exposerons dans un troisième temps, les implications de nos résultats pour l'action. Enfin, dans un quatrième temps, il s'agira de donner les limites de l'étude.

Rappel des objectifs et hypothèses de travail

La présente recherche visait trois objectifs spécifiques :

- ❖ Décrire l'évolution des niveaux de la prise en charge médicale de l'accouchement entre 1991 et 2004.
- ❖ Décrire les inégalités sociales en matière de prise en charge médicale de l'accouchement et leur évolution dans le temps.
- ❖ Etablir l'évolution des profils des femmes exclues des stratégies de la maternité à moindres risques.

Quelques hypothèses avaient été formulées à partir du cadre conceptuel en vue de tester la validité aux trois dates d'observation (1991, 1998 et 2004).

Hypothèse H1 : *Les différences relatives à l'assistance médicale de l'accouchement entre les femmes vivant dans les ménages « riches » et celles vivant dans les ménages « pauvres » se sont accrues entre 1991 et 1998 au regard de la conjoncture défavorable, et ont maintenu la même tendance à la période 1998-2004 en raison de la dégradation persistante des conditions de vie des ménages malgré la reprise économique amorcée.*

Hypothèse H2 : *De ce qui précède relatif à la légère élévation du niveau d'instruction des femmes, nous estimons que les écarts se rapportant à l'assistance médicale de l'accouchement entre les femmes de niveau d'études secondaires ou plus et celles sans instruction ou de niveau primaire diminuent de façon continue sur toute la période d'observation.*

Hypothèse H3 : *Fort de ce qui précède relatif à la situation précaire des femmes caractérisée par une forte concentration dans le secteur informel consécutive aux effets pervers des difficultés économiques des années 90, nous postulons que les différences*

relatives à l'assistance médicale de l'accouchement entre les femmes travaillant dans le secteur d'activité moderne et celles travaillant dans un secteur non moderne se sont fortement accrues durant la période 1991-1998. Cette tendance se maintient entre 1998 et 2004.

Hypothèse H4 : *En vertu des effets de l'urbanisation sur les changements comportementaux, nous postulons que le contact avec la ville augmente de façon continue les chances de la femme de recourir à l'assistance médicale à l'accouchement quelque soit la période d'observation.*

Hypothèse H5 : *A la lumière des idées selon lesquelles le christianisme favorise la promotion et la diffusion de la culture, des savoirs, de la technologie et de la médecine occidentale, nous prédisons que les femmes chrétiennes fréquentent davantage les services obstétricaux pour l'assistance médicale de l'accouchement que les musulmanes et les adeptes des religions traditionnelles. Cet avantage se maintient au fil du temps.*

Hypothèse H6 : *Au regard des privilèges favorables à certaines normes et conduites bénéfiques à la santé conférés par la position qu'occupe la femme dans les échelles de pouvoir et de prise de décision, nous estimons que la direction féminine du ménage est associée à une utilisation plus intense des services de santé maternelle pour la surveillance de l'accouchement comparativement à la direction masculine, quelque soit la période d'observation.*

Hypothèse H7 : *L'avantage des femmes en union relatif à un recours quantitatif plus important aux soins obstétricaux pendant l'accouchement se maintient quelque soit la période d'observation en raison du réseau social plus large lié à son statut matrimonial.*

Synthèse des résultats sur le recours à l'assistance médicale à l'accouchement : niveaux, tendances et déterminants

L'analyse approfondie des données des trois EDSC a permis de mettre en évidence le schéma tendanciel des inégalités de l'assistance médicale à l'accouchement selon les différentes catégories sociales.

De manière générale, trois schémas sont régulièrement observés entre les groupes extrêmes étudiés.

- ❖ Un schéma caractérisé par une tendance à l'augmentation continue des inégalités sur toute la période d'observation. Il s'agit par exemple des couches sociales « femmes plus instruites » et les « femmes non ou peu instruites ».
- ❖ Un schéma marqué par une tendance à la baisse des inégalités entre 1991 et 1998 et une tendance à la hausse entre 1998 et 2004. Sont concernées les catégories sociales selon le niveau de vie, la taille du ménage, le sexe du chef de ménage et la religion.
- ❖ Un schéma marqué par une tendance à l'élévation des inégalités entre 1991 et 1998 et la baisse entre 1998 et 2004. Sont concernées les couches sociales selon le niveau d'instruction, le degré de contact avec la ville, la région de résidence, l'état matrimonial et la parité.

Le bilan de la vérification empirique des hypothèses de travail est globalement infirmé (tableau synthèse). Pour chacune des sept hypothèses soumises à l'empirie aux trois dates d'observation (1991, 1998 et 2004), la relation postulée peut être :

- ❖ confirmée, c'est-à-dire vraie ;
- ❖ infirmée, c'est-à-dire fausse ;
- ❖ non confirmée, c'est-à-dire non vérifiée en raison de faibles différences ;
- ❖ non vérifiable, en raison du manque d'information.

Tableau synthèse : bilan de la vérification empirique des hypothèses de travail

HYPOTHESES	1991-1998	1998-2004
Hypothèse H1	infirmée	confirmée
Hypothèse H2	infirmée	confirmée
Hypothèse H3	infirmée	infirmée
Hypothèse H4	confirmée	infirmée
Hypothèse H5	confirmée	infirmée
Hypothèse H6	infirmée	infirmée
Hypothèse H7	infirmée	infirmée

Implications pour l'action

Des remarques qui précèdent, il ressort que les actions à mener en faveur du recours à l'assistance médicale à l'accouchement au Cameroun chez les catégories défavorisées devraient porter sur les éléments suivants, sans que la liste soit exhaustive :

- ❖ Une offre sanitaire quantitative et qualitative dans les régions de la partie septentrionale ;
- ❖ La mise en place des mutuelles de santé de prise en charge des accouchements pour les populations à faibles revenus;
- ❖ Le renforcement des capacités des femmes à travers une scolarisation plus longue et soutenue ;
- ❖ L'élargissement des opportunités en matière d'emploi et d'activités génératrices de revenus pour les femmes ;
- ❖ Le renforcement des programmes de planification familiale visant à réduire le nombre de grossesses non désirées, étant donné que la multiparité a une influence négative sur le recours à l'assistance médicale à l'accouchement.

Les limites

Nous voyons quelques limites principales au présent travail :

- ❖ Le recours à des données transversales pose un problème dans l'approche explicative : les caractéristiques associées aux variables explicatives sont celles observées à un moment donné, alors que les informations sur la prise en charge médicale de l'accouchement peuvent être la résultante de processus ayant débuté à une date antérieure au moment de l'observation.

- ❖ L'absence de recherche qualitative ne nous a pas permis de nous intéresser aux perceptions de la qualité des soins obstétricaux, aux attentes et préférences en matière de prise en charge de l'accouchement.
- ❖ La disponibilité des données relatives à la localisation géographique des formations sanitaires, à la distance minimale pour y arriver, aux coûts d'utilisation des services obstétricaux pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, et à la couverture médicale (assurance médicale) aurait pu également fournir d'amples informations sur la fréquentation différentielle des services de santé.
- ❖ La non-prise en compte du statut socio-économique du conjoint pour des raisons de rareté statistique limite quelque peu la portée des analyses. En effet la prise en compte de ces variables suppose au préalable la suppression de toutes les femmes qui ne sont pas en union ; ce qui poserait un problème de consistance statistique.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES DANS LES REVUES

JEAN-FRANÇOIS MEDARD, 2006, «Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun», *Le bulletin de l'APAD*, n° 21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, PP. 35-43.

OKALLA Raphaël et LE VIGOUROUX Alain, 2006 «Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire», *Le bulletin de l'APAD*, n° 21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, PP. 69-94.

CHAPITRES D'OUVRAGE

BENINGUISSE Gervais, NIKIEMA Béatrice, FOURNIER Pierre et HADDAD Slim, 2004, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services obstétricaux en Afrique », in ISUIGO-ABANICHE, NGWE E et KOKOU V. (éds.), *population et question de santé en Afrique. Etude de la population africaine*, Vol. 19, N°2, SUP. B, UEPA, DAKAR, PP. 251-274.

CROS M., 1991, « Les nourritures d'identité ou comment devenir Lobi », in : LALLEMAND S. et al., *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*, L'HARMATTAN, PP 103-118.

DIALLO F. B., DIALLO T. S., SYLLA M., ONIVOGUI F., DIALLO M. C., BALDE I. S., DIALLO M. S., 1999, « Problèmes médicaux et culturels de l'inadéquation entre le taux de consultation prénatale et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée ». *Médecine d'Afrique noire*, 46 (1), pp. 32-39.

FOURNIER Pierre et HADDAD Slim, 1995, « les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in GERARD H. et PICHE V, *la sociologie des populations*, PUM /AUPELF-UREF, PP. 289-325.

GRAHAM Wendy J., BELL Jaqueline S. et BULLOUGH Colin H W., 2001 « l'assistance qualifiée à la naissance peut-elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement? » in : Vincent DE BROUWERE et Wim Van LERBERGHE, *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*. P. 113-149. -Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 480P.

JAFFRE et PRUAL, 1993, « Le corps des sages-femmes entre identités professionnelles et sociales », in : John LIBBEY, *sciences sociales et santé*, vol XI, n°2, PP.63-80.

KUNST Anton et TANJA Houweling 2001, « Panorama mondial des différences entre riches et pauvres dans l'utilisation des soins obstétricaux » in : Vincent DE BROUWERE et Wim Van LERBERGHE, *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*, P. 315-336. -Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 480P.

MC DONAGH marilyn et GOODBURN Elizabeth, 2001 – « santé maternelle et réforme du secteur de la santé: opportunités et défis » in : Vincent DE BROUWERE et Wim Van LERBERGHE, *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*. P. 395-410. -Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 480P.

OUVRAGES

AKOTO E., 1993, Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses et Recherches d'explication, Académia, Louvain-la-neuve, 269p.

BENINGUISSE Gervais, 2003, Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, Académia Bruylant/L'Harmattan, Louvain-la-Neuve/Paris, 298p.

BONNET D., 1988, Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso, édition de l'ORSTOM, 138P.

DE SOUSA Oliviera, 1995, La maternité chez les Bijago de Guinée-Bissau. Une analyse épidémiologique et son contenu ethnologique, les études du CEPED n°9, Paris, CEPED, 114P.

HAROUNA S., 1998, Indice du comportement des mères en matière de soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger, Yaoundé (Cameroun), IFORD, 123P. (Les cahiers de l'IFORD, n° 22).

KINNEAR Paul et GRAY Colin, 2005, SPSS facile appliqué à la psychologie et aux sciences sociales, maîtriser le traitement des données, Editions de Boeck, Bruxelles (Belgique), 432P.

THESES

ZOUNGRANA C., 1993, *Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali)*, Collection thèses et mémoires n°36, Université de Montréal, 214p.

DOCUMENTS DE TRAVAIL OU DE RAPPORTS

CEFOREP, 2001, *La prévention de la mortalité maternelle par les soins obstétricaux d'urgence. Donner la vie et rester en vie*, étude régionale dans quatre pays : Benin, Burkina Faso, Mali, Sénégal.

Ministère de l'Economie et des Finances, 2003, Document de stratégie de réduction de la pauvreté.

Ministère de la Santé Publique, Stratégie Sectorielle de la Santé, version du 09.07.2008 corrigée.

RANSOM Elizabeth I. et YINGER Nancy V., 2002, pour une maternité sans risques, comment éliminer les obstacles aux soins? Population Reference Bureau, www.prb.org, 39P.

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, CAMEROUN 2003-2007, 64p.
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_cmr_fr.pdf

TINKER Anne et al., 1993, *Document de synthèse de la Banque Mondiale, vers une maternité sans risques*, 95P.

UNFPA, 1995, *Etat de la population mondiale*, Oxford, U.K., New internationalist publications Ltd, 76p.

UNFPA, 2002, *La mortalité maternelle : mise à jour 2002 ; les soins obstétricaux d'urgence en point de mire*, WWW.UNFPA.ORG/PUBLICATIONS, 44P.

UNFPA, 2003, *Pour une maternité sans risque en Afrique de l'ouest : l'utilisation des indicateurs pour programmer les résultats*, WWW.UNFPA.ORG/PUBLICATIONS, 36P.

OMS, 2005, *Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, 21P.

OMS, 2006, *le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque*.

ANNEXES

ANNEXE 3.1 : Construction de la variable « âge de la mère au dernier accouchement »

EDSC-I (1991) & EDSC-III (2004)

a. Recodage de la variable « last birth to interview in month (V222)»

Last birth to interview in months (V222)		Variable (V222) recodée=INT	
code	Modalité	code	modalité
0 mois	Zéro mois	0-11	0 an révolu
1 mois	Un mois	12-23	un an
2 mois	Deux mois	24-35	deux ans
.			
.			
.		36-47	trois ans
.		48-59	quatre ans
59 mois	Cinquante neuf mois		

RECODE v222

(0 thru 11=0) (12 thru 23=1) (24 thru 35=2) (36 thru 47=3) (48 thru 59=4) INTO INT.

VARIABLE LABELS INT 'intervalle de temps'.

EXECUTE.

b. calcul de la variable AA (âge de la mère au dernier accouchement)

COMPUTE AA = v012 - INT.

EXECUTE.

c. Recodage de la variable Age de la mère au dernier accouchement (AA)

Age à l'accouchement (AA)	Age à l'accouchement recodé (AAr)	
	code	modalité
12 ans	< 20 ans	jeunes mères
16 ans	20-34 ans	mères peu âgées
17 ans	> 35 ans	mères âgées
.		
.		
48 ans		

RECODE AA

(Lowest thru 20=1) (21 thru 34=2) (35 thru Highest=3) INTO AAr .

VARIABLE LABELS AAr "âge à l'accouchement recodé".

EXECUTE.

EDSC-II (1998)

a. Recodage de la variable « last birth to interview in month (V222)»

last birth to interview in months (V222)		Variable (V222) recodée=INT	
code	Modalité	code	modalité
0 mois	zero mois	0-11	zéro an révolu
1 mois	Un mois	12-23	un an
2 mois	Deux mois	24-35	deux ans
.			
.			
.			
.			
35 mois	Trente cinq mois		

```
RECODE v222
(0 thru 11=0) (12 thru 23=1) (24 thru 35=2) INTO INT.
VARIABLE LABELS INT 'intervalle de temps'.
EXECUTE.
```

b. calcul de la variable AA (âge de la mère au dernier accouchement)

```
COMPUTE AA = v012 - INT.
EXECUTE.
```

c. Recodage de la variable AA

âge à l'accouchement (AA)	âge à l'accouchement recodée	
	code	modalité
12 ans	< 20 ans	jeunes mères
16 ans	20-34 ans	mères peu âgées
17 Ans	>35 ans	mères âgées
.		
.		
48 ans		

```
RECODE AA
(Lowest thru 20=1) (21 thru 34=2) (35 thru Highest=3) INTO AAr.
VARIABLE LABELS AAr "âge à l'accouchement recodé".
EXECUTE.
```

ANNEXE 3.2 : Construction de la variable degré d'urbanité

EDSC-I (1991)

childhood place of residence(V103)		de jure place of residence(V141)	
code	modalité	code	modalité
1	Yaounde, douala, other capital	1	Capital, large city
2	other city	2	small city, town
3	countryside	3	countryside

if ((V103=1 or V103=2) & (V141=1 or V141=2)) DEGURB=1.

if ((V103=1 or V103=2) & (V141=3)) DEGURB=2.

if ((V103=3) & (V141=1 or V141=2)) DEGURB=3.

if ((V103=3) & (V141=3)) DEGURB=4.

execute.

EDSC-II (1998) & EDSC-III (2004)

childhood place of residence (v103)		de jure place of residence (V141)	
code	modalité	code	modalité
0	capital, large city	0	capital, large city
1	city	1	city
2	town	2	town
3	countryside	3	countryside
4	abroad		

if ((V103=0 or V103=1 or V103=2 or V103=4) & (V141=0 or V141=1 or V141=2))
DEGURB=0.

if ((V103=0 or V103=1 or V103=2 or V103=4) & (V141=3)) DEGURB=1.

if ((V103=3) & (V141=0 or V141=1 or V141=2)) DEGURB=2.

if ((V103=3) & (V141=3)) DEGURB=3.

execute.

ANNEXE 5.1 : corrélation entre milieu de résidence et degré d'urbanité

EDSC-I (1991)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1875,000(a)	3	,000
Likelihood Ratio	2589,574	3	,000
Linear-by-Linear Association	1085,554	1	,000
N of Valid Cases	1875		

0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 56,61.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	1,000	,000
Cramer's V	1,000	,000
N of Valid Cases	1875	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ANNEXE 5.1 : corrélation entre milieu de résidence et degré d'urbanité (suite)

EDSC-II (1998)

Chi-Square Test

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1885,000(a)	3	,000
Likelihood Ratio	2517,429	3	,000
Linear-by-Linear Association	1036,788	1	,000
N of Valid Cases	1885		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 90,36.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	1,000	,000
Cramer's V	1,000	,000
N of Valid Cases	1885	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ANNEXE 5.1 : corrélation entre milieu de résidence et degré d'urbanité (suite)

EDSC-III (2004)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4974,000(a)	3	,000
Likelihood Ratio	6738,916	3	,000
Linear-by-Linear Association	2507,275	1	,000
N of Valid Cases	4974		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 232,11.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	1,000	,000
Cramer's V	1,000	,000
N of Valid Cases	4974	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ANNEXE 5.2 : corrélation entre ethnie et région de résidence

EDSC-II (1998)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2254,115(a)	6	,000
Likelihood Ratio	2371,642	6	,000
Linear-by-Linear Association	1255,443	1	,000
N of Valid Cases	1858		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 91,76.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	1,101	,000
Cramer's V	,779	,000
N of Valid Cases	1858	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ANNEXE 5.2 : corrélation entre ethnie et région de résidence (suite)

EDSC-III (2004)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5188,671(a)	8	,000
Likelihood Ratio	5362,198	8	,000
Linear-by-Linear Association	1085,482	1	,000
N of Valid Cases	4760		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 202,61.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	1,044	,000
Cramer's V	,738	,000
N of Valid Cases	4760	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.