



## 7<sup>EME</sup> Conférence Africaine sur la Population

JOHANNESBURG – L'AFRIQUE DU SUD,  
NOV 30 – DEC 4, 2015

*DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE EN AFRIQUE : PERSPECTIVES, OPPORTUNITES ET DEFI*

### L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE AU CAMEROUN *DISPARITES SPATIALES ET ESSAI D'EXPLICATION*

**Auteur : TCHANGO NGALE Georges Alain,**  
*Démographe en service au Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire  
(MINEPAT-CAMEROUN)*

#### RESUME

**[Objectif] :** Cette étude vise à décrire les disparités spatiales de l'accouchement à domicile au Cameroun et à mettre en évidence les inégalités sociales qui président à la survenue du phénomène. Les données proviennent de l'EDS-MICS réalisée en 2011. L'échantillon d'étude est constitué de 7 346 femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années précédant l'enquête.

**[Descriptif] :** L'analyse spatiale permet de subdiviser le territoire national en trois zones régionales : *zone à accouchement élevé* (Extrême-Nord, Nord, Adamaoua, Est) ; *zone à accouchement moyen* (Centre, Sud, Sud-Ouest) ; *zone à accouchement faible* (Ouest, Nord-Ouest, Littoral). Les variations spatiales des niveaux d'accouchement à domicile sont plus dues aux différences de comportements des femmes qu'à la variation de leur composition dans les catégories socioéconomiques.

**[Explicatif] :** Le *nombre de CPN*, le *niveau de vie du ménage*, le *groupe ethnique*, la *zone de résidence*, la *religion*, le *degré de modernité*, le *milieu de résidence* sont, dans l'ordre décroissant des contributions, les facteurs explicatifs de l'accouchement à domicile au Cameroun. L'analyse multivariée, en complétant les résultats de l'AFCM, montre que ce sont les femmes du Grand Nord, d'ethnies sémites/hamites/soudanais ou pygmées, résidant en milieu rural et dans les ménages pauvres, de religion musulmane ou animiste, peu ouvertes à la modernité et n'ayant effectué aucune CPN qui courent les risques les plus élevés d'accoucher à la maison.

A l'aune des résultats précédents, nous recommandons d'intensifier, surtout dans le Grand Nord et en milieu rural, les campagnes de sensibilisation et de causeries éducatives à base communautaire sur l'importance des visites prénatales et de l'assistance qualifiée en structures de soins pour tous les accouchements. Il est en outre important de renforcer les programmes d'autonomisation financière des femmes.

**Mots clés :** accouchement à domicile ; parturientes ; disparités spatiales ; facteurs explicatifs ; Cameroun.

## INTRODUCTION GENERALE

Selon les estimations inter-agences de l'ONU de 2010, on évalue à un peu moins de 800 le nombre de femmes qui meurent chaque jour de suite de complications obstétricales (ONU, 2012). Sur un total de 287 000 décès maternels enregistrés en 2010, 99% de ceux-ci surviennent dans les Pays En Développement (PED) dont plus de la moitié en Afrique au Sud du Sahara. La santé maternelle est à ce propos le domaine de santé publique où l'on rencontre les plus grandes disparités. Les indicateurs y afférents semblent le confirmer. En effet en 2010, le ratio de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne est de 24 fois plus élevé que celui estimé pour l'Europe, soit 480 contre 20 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 2012). Par ailleurs, alors que la couverture en soins qualifiés à l'accouchement est quasi-universelle dans les Pays Industrialisés (PI) et certaines régions en développement (Asie de l'Est et Asie Centrale), seulement 50% des naissances sont assistées par un personnel qualifié en Afrique subsaharienne.

Au Cameroun en particulier, les femmes enceintes continuent à payer un lourd tribut à la mortalité maternelle. Sur la période 1991-2011, le ratio de mortalité maternelle n'a guère cessé de se détériorer, passant de 511 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1991-1998 à 664 en 1998-2004, pour atteindre 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2004-2011 (EDS-MICS, 2011). Dans ce pays comme dans la majorité des pays africains au Sud du Sahara, les raisons sous-jacentes à la dégradation ou aux progrès mitigés en matière de santé maternelle sont à rechercher aussi bien dans la fragilité structurelle et institutionnelle des systèmes de santé que dans les conditions politiques, socioéconomiques et culturelles qui y prévalent de façon permanente (OMS, 2012). Le Cameroun ne compte en effet que trois établissements de santé spécialisés en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour 500 000 habitants, indicateur de deux points inférieur à la norme de l'OMS<sup>1</sup> (MINSANTE, 2010). L'insuffisance du personnel soignant se cumule aux faiblesses institutionnelles puisqu'en 2009, on dénombrait seulement 104 sages-femmes diplômées d'Etat et une centaine de médecins gynéco-obstétriciens. Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement demeurent épris, au sein de beaucoup de communautés, dans un système de représentations sociales, de valeurs et de normes de prise en charge qui ne cadrent pas toujours avec les canons du système de soins modernes. Même quand les services de soins obstétricaux sont disponibles, l'environnement culturel des parturientes conditionnent le choix du recours thérapeutique. A cet environnement culturel se conjugue un contexte socioéconomique marqué par une prégnance de la pauvreté, et donc peu favorable à un recours massif aux soins modernes de santé qui nécessitent parfois une bourse considérable.

Les indicateurs de prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun laissent entrevoir une antinomie. Alors que 85% de femmes ont eu recours en 2011 à au moins une consultation prénatale lors de leur dernière grossesse, près de deux naissances sur cinq se produisent encore à domicile pour la quasi-totalité en l'absence d'un personnel qualifié. Or les visites prénatales constituent souvent le moment le plus opportun pour préparer convenablement l'issue prochaine de la grossesse à travers les conseils qui sont prodigués à la gestante en matière de prise en charge médicale. Ce paradoxe intrigant suscite notre interrogation : sont-ce les insuffisances liées à l'offre de soins obstétricaux qui expliquent le faible recours des parturientes à l'appareil médical lors de l'accouchement, ou plutôt, l'explication est-elle à rechercher dans les caractéristiques individuelles des femmes et dans celles de leur environnement culturel et socioéconomique ? Nous pensons qu'il est

---

<sup>1</sup> L'OMS recommande cinq SONU pour 500 000 habitants dont au moins un SONU complet.

intéressant d'adopter une approche intégrée de l'explication de l'accouchement à domicile. C'est pourquoi la question de recherche de cette étude s'intitule ainsi qu'il suit :

***Quels sont les facteurs sociaux, économiques, culturels et institutionnels qui sous-tendent la survenue de l'accouchement à domicile au Cameroun ?***

A travers la mise en évidence des facteurs explicatifs de l'accouchement à domicile, nous pensons contribuer au renforcement des connaissances dans le domaine de la santé maternelle au Cameroun afin de mettre à la disposition des politiques et des techniciens nationaux, des éléments d'analyse facilitant le dialogue et la prise de décision. Plus spécifiquement, il s'agit de : (I) décrire les disparités spatiales de l'accouchement à domicile ; (II) identifier les facteurs qui participent à l'explication du phénomène aux niveaux national, urbain et rural ; (III) interpréter et discuter les résultats afin de déduire les groupes cibles sur lesquels devraient s'appesantir les programmes de santé maternelle ; (IV) formuler des recommandations sur la base des résultats obtenus.

## **CADRE THEORIQUE**

### **1. Présentation des approches et modèles théoriques du (non) recours aux soins modernes de santé**

#### **1.1. Approches théoriques partielles**

Les lectures que nous avons effectuées ont permis de dégager globalement cinq types d'approches théoriques du recours aux soins modernes de santé : l'approche culturelle, l'approche économique, l'approche institutionnelle, l'approche démographique et l'approche genre.

##### **1.1.1. Approche culturelle**

Le postulat sur lequel repose les approches culturelles stipule que les connaissances, les attitudes et les comportements relevant d'un phénomène de société ne sont pas exclusivement l'apanage de l'individu, mais ils résultent avant tout des mécanismes sociaux visibles ou invisibles qui ont conduit à faire de cet individu un *être pour l'autre*. En particulier, les comportements de (non) recours aux soins modernes de santé par les individus sont orientés par divers éléments qui font l'idiosyncrasie de leurs différents groupes d'appartenance. Autrement dit, ces comportements peuvent sensiblement varier selon que l'on se situe dans une communauté dont les valeurs culturelles sont perméables aux pratiques sanitaires modernes, ou plutôt, dans un groupe culturel profondément ancré dans la préservation des pratiques traditionnelles (Fournier et Haddad, 1995).

Par ailleurs, les modèles culturels véhiculés au sein d'un groupe influencent considérablement l'étiologie des maladies, le diagnostic qui est fait et l'itinéraire thérapeutique adopté par ses membres (Akoto et *al.*, 2002 ; Dozon et Sindzingre, 1986). On ne s'étonne donc pas de ce que Akoto (1990) situe les facteurs culturels au sommet de la pyramide des facteurs de risque de morbidité et de mortalité maternelle et infantile en Afrique.

### **1.1.2. Approche économique**

L'utilisation régulière des services modernes de santé est tributaire des ressources financières et des coûts relatifs au traitement, tel est le postulat sur lequel reposent les approches économiques. En l'occurrence, le choix thérapeutique est généralement conditionné par les moyens financiers dont dispose le patient (Rakotondrabe, 2001, 2004).

Ne pouvant pas couvrir les frais que nécessite un traitement en soins modernes de santé, un arbitrage judicieux amène souvent les individus à se rabattre sur les pratiques traditionnelles ou à développer des stratégies de substitution comme le recours aux médicaments contrefaits. Quand bien même les services publics ont consacré la gratuité de certains soins modernes de santé, Fournier et Haddad (1995) ont établi que les populations continuent à être confrontées par des coûts de diverses natures. Car en effet, la plupart des pays africains sont dotés d'un système de recouvrement de coût qui sollicite la mobilisation des ressources des usagers des services sanitaires. Stinson (1984) estime pour sa part qu'un tel système « *réserve les soins (modernes) aux seules personnes qui peuvent payer* », les catégories sociales démunies devant alors se démener pour solutionner leurs problèmes de santé.

### **1.1.3. Approche institutionnelle**

L'argument fondamental de l'approche institutionnelle repose sur le fait qu'une offre déficiente de soins de santé a pour corollaire une sous-utilisation des services de santé. En d'autres termes, le non recours aux services modernes de santé dans les pays africains serait, à ce niveau, l'aboutissement de l'imbrication de trois facteurs : l'insuffisance des infrastructures sanitaires, l'inaccessibilité géographique et économique des populations aux centres de santé et aux soins, et la piètre qualité des services fournies (Fournier et Haddad, 1995).

En conséquence, les populations qui rencontrent toutes ces difficultés – et particulièrement les femmes et leurs enfants – n'ont pas d'autres choix que celui d'affluer vers l'automédication ou la médecine traditionnelle.

### **1.1.4. Approche démographique**

L'approche démographique postule un lien entre les comportements de recours aux soins et les caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, l'âge, le sexe, le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction, la parité, le statut matrimonial, la taille du ménage sont les variables souvent identifiées comme influençant le choix du type de recours (De Sousa, 1995 ; Beninguisse, 2003).

## **1.2. Modèles théoriques**

Sur la base des approches partielles ci-dessus exposées et des travaux empiriques, certains auteurs ont mis sur pied des modèles théoriques intégrés pour approcher globalement l'explication du (non) recours aux soins modernes de santé. Les plus connus sont les modèles d'Andersen et Newman (1973), Kroeger (1983) et Zoungrana (1993). Nous nous intéressons ici au modèle de Zoungrana.

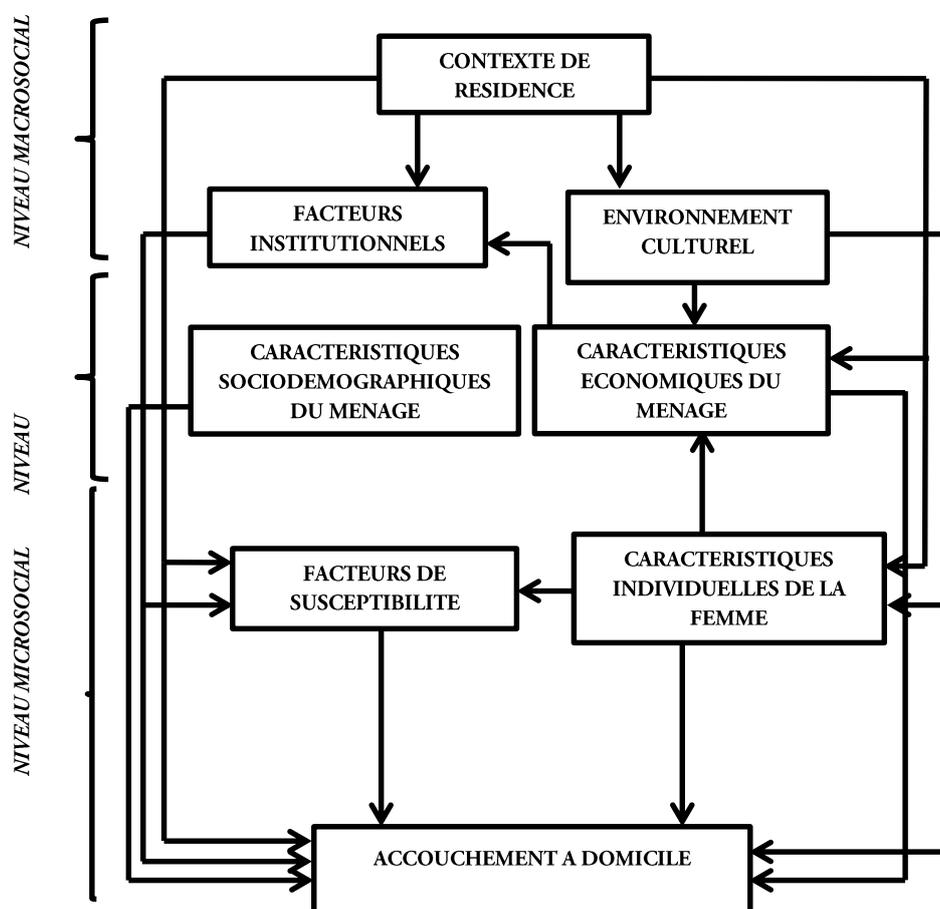
Zoungrana synthétise le modèle d'Andersen et Newman pour l'appliquer à l'explication de l'utilisation des services de soins obstétricaux en Afrique. Cela l'amène à faire un distinguo entre deux classes de facteurs (Zoungrana, 1993) :

- Les facteurs relatifs à l'offre de soins qui renferment la disponibilité, l'accessibilité, le coût et la qualité des services de santé ;
- Les facteurs relatifs à la demande de soins qui renferment les facteurs simples (statut socio-économique du ménage, éducation de la femme, activité de la femme, statut migratoire, caractéristiques socioculturelles, âge de la femme, état matrimonial, etc.) et les facteurs de susceptibilité (le sexe de l'enfant, le type de naissance, l'état de santé de la mère pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement, etc.).

## 2. Cadre conceptuel et hypothèses

### 2.1. Schéma conceptuel

Figure 1 : Schéma conceptuel pour l'analyse des déterminants de la survenue de l'accouchement à domicile chez les femmes au Cameroun.



### 2.2. Définitions des concepts fondamentaux

- ***Accouchement à domicile***

Se dit de tout processus d'enfantement qui survient dans le domicile de la mère ou dans tout autre domicile, que la naissance soit assistée par un personnel de santé qualifié ou non qualifié, ou qu'elle n'ait tout simplement pas été assistée. L'accouchement à domicile ou à la maison peut donc être saisi autant à partir des femmes qui sont concernées qu'à partir des naissances qui se produisent ainsi. La survenue d'un accouchement à domicile peut par

ailleurs être volontaire ou non volontaire selon que la parturiente ait exprimé le désir d'enfanter à la maison ou que l'évènement se soit produit de façon inopiné, suite par exemple à un défaut de moyen de transport pour rejoindre le centre de santé ou à un suivi inadéquat de la grossesse.

- ***Contexte de résidence***

Le contexte de résidence désigne l'environnement global où vivent habituellement les femmes ayant accouché à domicile.

- ***Facteurs institutionnels***

Les facteurs institutionnels renvoient à la capacité de l'offre en matière de soins de santé maternelle et infantile, notamment en termes de disponibilité, d'accessibilité géographique et financière, et de qualité des services. C'est dire que les facteurs institutionnels sont ici intimement liés au système de santé et à ses performances.

- ***Environnement culturel***

L'environnement culturel des femmes ayant accouché à domicile regroupe l'ensemble des valeurs, des croyances, des normes et des modèles culturels susceptibles d'orienter les comportements en matière de santé maternelle, et qui sont en général véhiculés par les instances de socialisation telles que les communautés citadines ou villageoises, les religions, les ethnies.

- ***Caractéristiques économiques du ménage***

Les caractéristiques économiques des ménages renvoient aux caractéristiques de l'habitat/logement et à la possession des équipements/biens durables. Elles donnent une idée sur la capacité des personnes qui y vivent à pourvoir aisément aux besoins essentiels de l'existence à l'instar des besoins en matière de santé.

- ***Caractéristiques sociodémographiques du ménage***

Par caractéristiques sociodémographiques du ménage, nous entendons les divers éléments permettant d'identifier et de différencier ce ménage.

- ***Caractéristiques individuelles de la femme***

Les caractéristiques individuelles de la femme renvoient à tout ce qui qui prédispose naturellement ou socialement celle-ci à adopter un certain type de comportement, et en l'occurrence celui de l'accouchement à domicile.

- ***Facteurs de susceptibilité***

Les facteurs de susceptibilité désignent dans cette étude tous les éléments qui peuvent, de près ou de loin entraver ou renforcer l'influence des autres facteurs sur la survenue de l'accouchement à domicile.

### 2.3. Hypothèses spécifiques

Dans le cadre de cet article, nous nous limitons à la vérification de quatre hypothèses spécifiques découlant des relations figurées dans le schéma d'analyse ci-dessus.

**Hypothèse H<sub>1</sub>** : *Le risque encouru par une femme d'accoucher à domicile est plus élevé chez les ethnies du Nord et de l'Est Cameroun (sémites/hamites/soudanais et pygmées) que chez celles du Centre, de l'Ouest et du Sud du pays (bantous et semi-bantous).*

**Hypothèse H<sub>2</sub>** : *Le risque qu'encourt une femme d'accoucher à domicile diminue à mesure qu'elle est plus ouverte à la modernité.*

**Hypothèse H<sub>3</sub>** : *La survenue de l'accouchement à domicile varie en sens inverse du niveau de vie du ménage dans lequel habite la femme. En d'autres termes, plus le niveau de vie du ménage dans lequel habite la parturiente est élevé, moins elle est encline à accoucher à la maison.*

**Hypothèse H<sub>4</sub>** : *Le nombre de CPN a un effet significatif sur la survenue de l'accouchement à domicile. Moins grand est le nombre de CPN effectuées par la femme, plus important est le risque pour elle d'accoucher à domicile.*

## METHODOLOGIE

### 1. Présentation de la source de données

La base de données de l'enquête couplée EDS-MICS, réalisée au Cameroun par l'INS et dont le rapport a été rendu public en 2011, nous sert de source de données pour mener à terme notre travail. Ce choix n'est certainement pas arbitraire. En effet, le sujet d'étude sur lequel nous portons nos préoccupations heuristiques s'inscrit dans le domaine global de la santé publique. Or il se trouve qu'au Cameroun – et comme dans la plupart des pays africains en général – les EDS/MICS constituent pour l'instant la référence sur laquelle se focalisent les études transversales dont l'objet porte sur un problème de santé.

### 2. Spécification des variables d'étude

#### 2.1. Variable dépendante

Nous avons retenu deux variables pour construire la variable dépendante de notre travail : *le lieu de l'accouchement et l'assistance à l'accouchement*. Ces dernières auront été au préalable judicieusement recodées de façon à obtenir des variables nominales binaires et ternaires. Pour le lieu de l'accouchement, les modalités après recodage sont : 0 = « Structures de soins » et 1 = « Domicile ». Pour l'assistance à l'accouchement, nous avons : 1 = « Assistance qualifiée » ; 2 = « Assistance non qualifiée » et 3 = « Aucune assistance ».

Après combinaison des différentes modalités issues des deux variables recodées, nous avons pu construire une variable *médiate* à quatre modalités : 1 = « Accouchement en structures de soins » ; 2 = « Accouchement à domicile assisté qualifié » ; 3 = « Accouchement à domicile assisté non qualifié » ; 4 = « Accouchement à domicile non assisté ». Un recodage sur cette dernière variable nous a permis d'obtenir enfin notre variable dépendante *survenue de l'accouchement à domicile* à deux modalités : 0 = Non et 1 = Oui, le « Non » regroupant les modalités 1 et 2 de la variable *médiate* et le « Oui » les modalités 3 et 4.

En procédant ainsi pour la construction de notre variable d'intérêt, nous exprimons le souci qui est le nôtre de mettre en évidence les situations les plus pernicieuses d'un accouchement survenant à domicile, à savoir celles qui se produisent sans assistance ou en présence d'un personnel non qualifié. Cependant, ceci conduit à considérer qu'un accouchement à domicile en présence d'un personnel soignant qualifié diffère peu en termes de risque obstétrical d'un accouchement en structures de soins, hypothèse qui peut sembler excessive eu égard au contexte sanitaire peu efficient qui prévaut dans les PED. Il n'en demeure pas moins que, comme l'ont montré plusieurs études de sages-femmes en France, la différence en termes de risque entre ces deux situations ne se fait ressentir qu'à partir du moment où la grossesse est diagnostiquée à risque de complications obstétricales.

## **2.2. Variables indépendantes**

Au total, 15 variables indépendantes seront traitées dans ce travail, puis mis en relation avec la variable dépendante pour parvenir aux objectifs que nous nous sommes fixés en amont. Notons que certaines de ces variables ont été recodées tandis que d'autres ont tout simplement été construites à partir de variables existantes dans la base de données. Pour ce dernier cas, il s'agit notamment des variables suivantes :

- *Le degré d'exposition de la femme aux médias*, variable obtenue après combinaison des variables sur l'exposition à la télévision, à la radio et à la presse écrite/magazine ;
- *Le degré de modernité de la femme*, variable explicative construite à partir du niveau d'instruction et de l'activité économique de la femme, et l'exposition de celle-ci aux médias ;
- *L'âge de la femme au moment de l'accouchement*, approché par la différence entre l'âge de la femme et celui de l'enfant au moment de l'enquête ;
- *L'expérience en matière de maternité*, variable issue de la composition de la parité atteinte et de l'âge à l'accouchement.

Les autres variables indépendantes sont : *le milieu et la région de résidence ; l'ethnie ; la religion ; le niveau de vie du ménage ; la taille du ménage ; le sexe du chef de ménage ; le statut matrimonial ; le nombre de CPN ; les complications à l'accouchement et l'opportunité de la grossesse.*

## **3. Méthodes d'analyse**

Deux types de méthodes d'analyse sont mobilisés tout au long de cette étude : *l'analyse descriptive et l'analyse explicative.*

### **3.1. Analyse descriptive**

#### **3.1.1. Analyse descriptive bivariée**

L'analyse bivariée est utilisée pour étudier les associations entre deux variables : la variable dépendante et chacune des variables explicatives (toutes ces variables sont catégorielles). La précision des associations entre variables est mesurée ici par la statistique du Khi-deux à laquelle est associée une probabilité représentant la signification du test d'association. Nous retenons le seuil de signification des relations au niveau de 1% vu la densité des travaux sur la question du non recours aux soins de santé en général.

### 3.1.2. Analyse descriptive multivariée : l'AFCM

L'analyse factorielle des correspondances multiples est une technique d'analyse d'interdépendances entre des variables qu'on veut analyser simultanément. Elle s'applique à des variables catégorielles ou rendues comme telles. Dans la représentation, si les nuages ne sont pas trop déformés par la projection, deux points-individus sont d'autant plus proches que leurs profils sont semblables. Plus la distance entre deux points caractères est petite, plus leur corrélation est grande. Bref, cette méthode nous permet principalement de dégager le profil des femmes qui accouchent à domicile selon certaines caractéristiques socioculturelles, socioéconomiques et sociodémographiques.

### 3.1.3. Analyse cartographique des disparités spatiales et décomposition spatiale

Pour analyser les disparités spatiales de l'accouchement à domicile au Cameroun, nous faisons recours à deux méthodes somme toute complémentaires. La première permet de faire une représentation cartographique du phénomène étudié en choisissant une unité spatiale de représentation. Dans notre travail, il s'agit de la région administrative. Comme variable de discrimination des disparités spatiales, nous retenons *le niveau de vie du ménage et le degré de modernité*. Nous produisons donc autant de cartes qu'il y a de catégories de la variable de discrimination. L'exercice est effectué avec le logiciel PHILCARTO. L'analyse est complétée par une décomposition spatiale de l'accouchement à domicile suivant un regroupement régional adéquat. La méthode de décomposition spatiale est utilisée pour la mise en évidence des sources de la variation dans les niveaux de l'accouchement à domicile lorsque l'on passe d'une région de référence<sup>1</sup> à une autre. La méthode nécessite que soit judicieusement choisie une variable dite de *classification* en fonction de laquelle il est possible de déterminer les catégories qui contribuent le plus à la variation observée. Nous choisissons de retenir le *niveau de vie du ménage* puisque cette variable s'avère très souvent déterminante dans les études sur l'utilisation des services de soins modernes.

Notons  $Y_{it}$  la proportion des femmes qui accouchent à domicile dans le groupe de régions  $i$  à l'année  $t$  ( $t = 2011$ ). Désignons aussi par  $y_{jt}$  la proportion des femmes qui accouchent à domicile selon les modalités  $j$  de la variable de classification, et par  $w_{jt}$  la proportion des femmes dans notre sous-échantillon<sup>2</sup> selon les modalités  $j$  de la variable de classification. Alors pour chaque groupe de région  $i$  :

$$Y_{it} = \sum w_{jt} \times y_{jt}$$

Lorsqu'on passe au différentiel des proportions entre le groupe de région de référence et le groupe de région comparatif, il vient :

$$\Delta Y = \sum \bar{y}_j \times \Delta w_j + \bar{w}_j \times \Delta y_j$$

Le premier terme de la somme mesure l'effet de composition ou de structure qui représente la part du changement due à la variation dans les tailles des différents groupes de la variable de classification. Le second terme donne l'effet de performance ou de comportement qui indique la part de la variation imputable au changement des comportements relativement à l'accouchement à domicile.

<sup>1</sup> Généralement la région ou le groupe de régions où le phénomène étudié est le plus développé.

<sup>2</sup> Rappelons que notre sous-échantillon est constitué des femmes qui ont eu leur dernière naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête.

### 3.2. Analyse explicative multivariée

La méthode d'analyse la plus appropriée pour cette étude est la régression logistique binaire, compte tenu de la qualité dichotomique de notre variable dépendante et du niveau d'analyse qui est celui de l'individu. Elle permet d'estimer le risque relatif pour un individu de subir l'évènement étudié en raison de son appartenance à un groupe donné et cela par rapport à un autre faisant partie d'un autre groupe dit groupe de référence.

Soit  $Y$  la variable dépendante *survenue de l'accouchement à domicile* et  $X_i$  les variables indépendantes. On peut écrire :

$$Y = \begin{cases} 1 & \text{Oui (P)} \\ 0 & \text{Non (1-P)} \end{cases}$$

Le modèle de régression logistique est donné par la formule suivante :

$$\text{Logit}(P) = \text{Log}\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon$$

Soit :

$$P = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon}}$$

Où :

- $X_j$  est la valeur de chacune des  $j$  variables explicatives,  $j$  allant de 1 à  $k$ .
- $\beta_j$  est le coefficient qui mesure l'effet net de la variable (ou de la modalité)  $j$  sur la fréquence de l'évènement considéré après ajustement sur toutes les autres. Le coefficient  $\beta_0$  est une constante représentant l'ordonnée à l'origine.
- $\varepsilon$  représente la variation aléatoire due à l'action des variables implicites agissant sur la variable à expliquer.

Pour l'interprétation des résultats, les logiciels statistiques fournissent une quantité appelée Odds ratio (OR) ou rapport des cotes, et obtenue par l'exponentielle du coefficient de chaque variable-modalité (ou variable indicatrice de la modalité) issu de l'équation de régression. Ils s'interprètent par rapport à une modalité de référence pour laquelle  $OR=1$ .

Dans ce travail, un OR inférieur à 1 signifie que par rapport aux femmes de la modalité de référence de cette variable, les femmes de la modalité en question ont OR fois ou  $(1 - OR)\%$  moins de risque d'accoucher à domicile. Au contraire, un OR supérieur à 1 indique qu'elles ont OR fois plus de risque d'accoucher à domicile que les femmes de la modalité de référence. Lorsque  $OR = 1$ , le risque d'accouchement à domicile est identique entre les deux groupes de femmes.

## RESULTATS

### 1. Analyse descriptive

#### 1.1. Analyse bivariée de l'accouchement à domicile

Le test du Khi-deux permet de mettre en évidence l'existence d'une association statistiquement significative entre la variable étudiée et les variables explicatives potentielles. Cependant, le logiciel fournit en outre les moyens d'évaluer la force ou l'ampleur de cette association à travers le coefficient dit V de Cramer. Aussi devient-il possible de classer les variables potentiellement explicatives selon la force de leur association avec la survenue de l'accouchement à domicile. Comme l'analyse est effectuée à trois niveaux distincts, il est à peu près envisageable que la hiérarchisation ici faite diffère quelque peu d'un niveau à l'autre.

**Tableau 1 : Force de l'association entre les variables indépendantes et la survenue de l'accouchement à domicile et hiérarchisation**

Niveaux d'analyse	Variables	Khi-deux	Force de l'association (V de Cramer)	Rang
NATIONAL	Zone de résidence	2698,094***	0,609	1
	Groupe ethnique	2663,498***	0,606	2
	Niveau de vie du ménage	2276,888***	0,559	3
	Nombre de CPN	2151,109***	0,544	4
	Milieu de résidence	1310,060***	0,431	5
	Religion	741,163***	0,321	6
	Degré de modernité	556,261***	0,276	7
	Etat matrimonial	148,461***	0,143	8
URBAIN	Groupe ethnique	596,285***	0,426	1
	Zone de résidence	587,532***	0,422	2
	Nombre de CPN	490,576***	0,386	3
	Niveau de vie du ménage	399,830***	0,349	4
	Religion	268,358***	0,287	5
	Degré de modernité	77,823***	0,154	6
	Taille du ménage	40,312***	0,111	7
	Etat matrimonial	8,193***	0,050	8
	Expérience à la maternité	8,342**	0,052	--
	Complications à l'accouchement	5,420**	0,041	--
	Sexe du chef de ménage	6,304**	0,044	--
Opportunité de la grossesse	2,520 (ns)	0,028	--	
RURAL	Groupe ethnique	1620,352***	0,639	1
	Zone de résidence	1594,156***	0,632	2
	Nombre de CPN	1017,597***	0,506	3
	Niveau de vie du ménage	721,899***	0,426	4
	Religion	298,573***	0,275	5
	Degré de modernité	155,367***	0,197	6
	Sexe du chef de ménage	128,545***	0,180	7
	Etat matrimonial	97,396***	0,156	8
	Opportunité de la grossesse	41,588***	0,102	9
	Expérience à la maternité	12,170***	0,057	10
	Complications à l'accouchement	6,640***	0,041	11
Taille du ménage	7,981**	0,045	--	

\*\*\*Significatif au seuil de 1% ; \*\*Significatif au seuil de 5% \*Significatif au seuil de 10% ; ns : non significatif

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS 2011, Cameroun

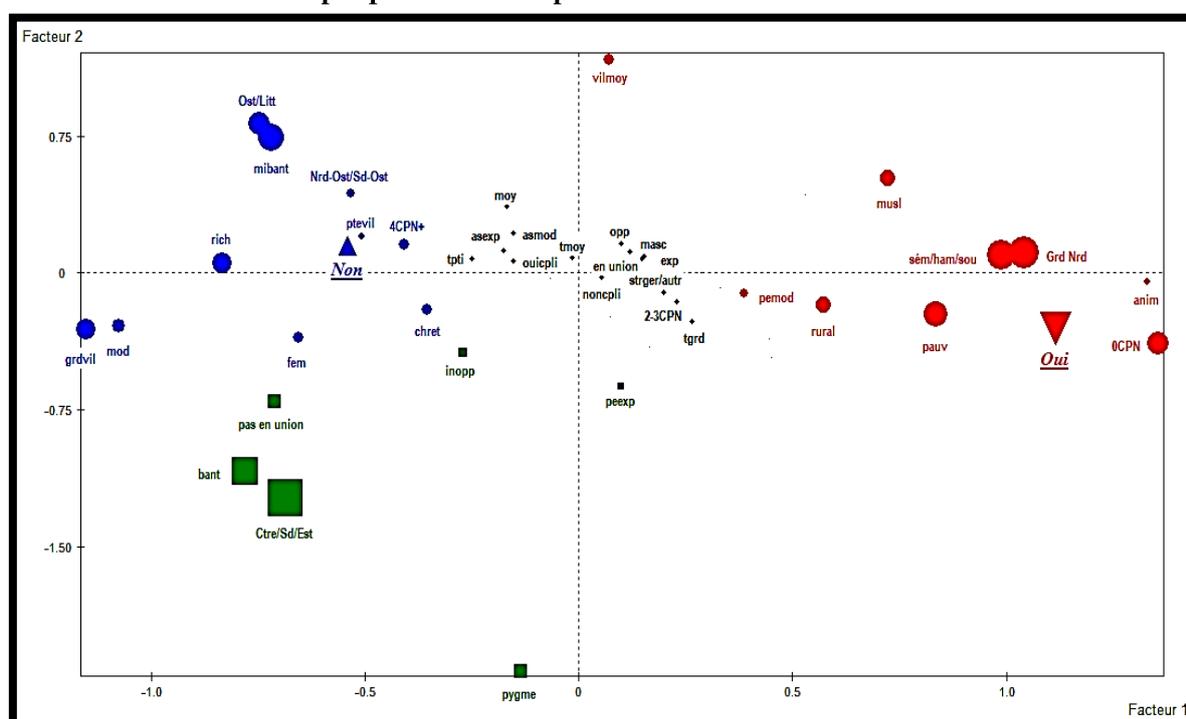
Le tableau 1 montre en effet qu'au niveau national, les variables les plus associées (V de Cramer > 0,5) à la survenue de l'accouchement à domicile sont dans l'ordre décroissant la zone de résidence, le groupe ethnique, le niveau de vie du ménage et le nombre de CPN effectuées. Les moins associées (V de Cramer < 0,5) sont dans l'ordre croissant l'état matrimonial, le degré de modernité, la religion et le milieu de résidence.

Le groupe ethnique, la zone de résidence, le nombre de CPN et le niveau de vie du ménage sont les variables les plus associées à la survenue de l'accouchement à domicile en milieu urbain et en milieu rural avec toutefois des ampleurs variables d'un milieu à l'autre. Les moins associées sont – en milieu urbain – l'état matrimonial, la taille du ménage et le degré de modernité – et en milieu rural – les complications à l'accouchement, l'expérience à la maternité, l'opportunité de la grossesse, l'état matrimonial, le sexe du chef du ménage et le degré de modernité.

## 1.2. Analyse descriptive multivariée de l'accouchement à domicile : recherche des profils

Le plan factoriel formé par les deux axes retenus permet de distinguer entre trois groupes de femmes relativement aux modalités-caractéristiques du nuage dual, et plus spécifiquement à celles de la variable d'intérêt qu'est la survenue de l'accouchement à domicile (Graphique 4.15).

**Graphique 1 : Premier plan factoriel au niveau national**



Source : Traitement des données de l'EDS-MICS 2011, Cameroun

### **Groupe 1 (En rouge) : femmes qui ont accouché à domicile lors de leur dernière grossesse**

Ces femmes sont originaires du groupe ethnique sémites/hamites/soudanais. Elles vivent dans la zone du Grand Nord, notamment en milieu rural. De religion musulmane ou animiste, elles résident dans des ménages pauvres et sont peu ouvertes à la modernité. Ces femmes n'ont effectué aucune CPN au cours de leur dernière grossesse.

### **Groupe 2 (En bleu) : les femmes qui n'ont pas accouché à domicile lors de leur dernière grossesse**

Ces femmes sont issues du groupe ethnique semi-bantou et résident dans les grandes villes des zones de l'Ouest/Littoral et du Nord-Ouest/Sud-Ouest. Elles vivent au sein de

ménages riches où le chef de ménage est de sexe féminin. Adeptes du christianisme, ces femmes sont ouvertes à la modernité. Elles ont effectué jusqu'à 4 CPN ou plus.

**Groupe 3 : les femmes qui ne se distinguent pas nettement par rapport à la survenue de l'accouchement à domicile**

Habitantes de la zone du Centre/Sud/Est, ces femmes sont originaires des groupes ethniques bantou ou pygmées. Pas ou plus en union, elles sont peu expérimentées en matière de maternité et ont déclaré inopportune leur dernière grossesse.

### **1.3. Description des disparités spatiales de l'accouchement à domicile au Cameroun**

#### **1.3.1. Analyse cartographique**

##### **1.3.1.1. Illustration régionale brute**

Nous présentons tout d'abord la configuration spatiale de l'accouchement à domicile au Cameroun (Carte 1). Selon les niveaux d'accouchement à domicile, le territoire national peut être scindé en deux grandes zones.

La première grande zone est celle qui balaie toute la partie septentrionale du pays jusqu'à la côte est. C'est globalement dans cet espace territorial que l'accouchement à domicile est le plus fréquent avec des proportions qui vont d'un minimum de 49% à un maximum de 74%. Nous convenons de l'appeler *zone à accouchement élevé*. Toutefois, comme l'indique clairement l'illustration cartographique, il est possible d'affiner la description en distinguant deux secteurs au niveau de la *zone à accouchement élevé* : le secteur regroupant les régions du Nord et de l'Extrême-Nord qui affiche une proportion moyenne de 69% ; le secteur formé par les régions de l'Adamaoua et de l'Est caractérisé par une proportion moyenne de 50%. La seconde zone, que nous désignons par le nom de *zone à accouchement faible*, rassemble les parties occidentale, centrale et australe du pays. La proportion d'accouchements à domicile y va d'un minimum de 1,7% à un maximum de 15%. Ici aussi, il est possible de distinguer deux secteurs : le secteur à proportion marginale (la proportion moyenne est de 3,3%) regroupe les régions du Littoral, de l'Ouest et du Nord-Ouest ; le secteur à proportion faible (la proportion moyenne est de 13%) englobe les régions du Centre, du Sud et du Sud-Ouest.

Nous constatons que la configuration spatiale de l'accouchement à domicile au Cameroun se calque aux configurations spatiales culturelles et socioéconomiques, la littérature faisant généralement à ce propos une distinction entre le Grand Nord et le Grand Sud. On ne doit pas s'étonner que la région de l'Est rejoigne celles du Grand Nord. En matière de représentations sociales de la maternité dans ces dernières régions, il n'y a que des différences de degré.

##### **1.3.1.2. Illustrations régionales nettes**

- **Selon le niveau de vie du ménage**

Selon que l'on fixe dans la variable de discrimination les femmes pauvres ou celles de niveau de vie moyen ou encore celles qui vivent dans des ménages riches, trois configurations cartographiques quelque peu distinctes se dessinent. Les trois cartes ont ceci de commun qu'elles reflètent globalement les grandes tendances observées au niveau de l'illustration brute. Mais lorsque l'on rentre dans la caractérisation des deux grands ensembles distingués

plus haut (*zone à accouchement élevé et zone à accouchement faible*), quelques modifications sont enregistrées (Carte 2).

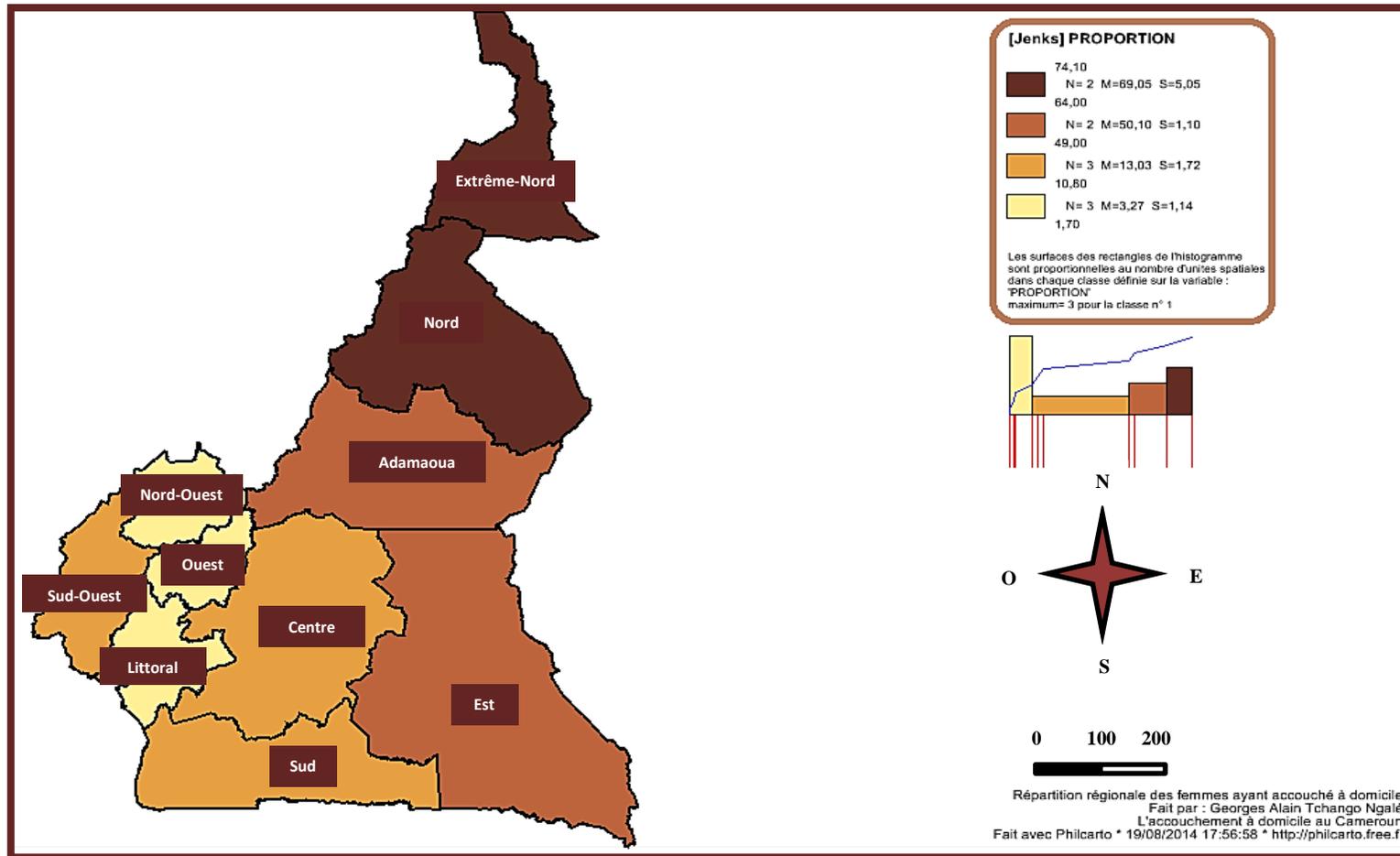
Chez les femmes pauvres, la configuration spatiale de l'accouchement à domicile est exactement la même qu'au niveau de la représentation brute. Il n'en est guère autant pour les femmes de niveau de vie moyen et pour les femmes riches. Alors que chez les femmes de niveau de vie moyen, on enregistre une modification au niveau des secteurs de la *zone à accouchement élevé* – l'Extrême-Nord et l'Adamaoua se retrouvant ensemble avec une proportion moyenne élevée de 53,40% – le changement est observé aussi bien dans la *zone à accouchement élevé* que dans celle à *accouchement faible* chez les femmes riches. La *zone à accouchement élevé* devient totalement homogène avec une proportion moyenne de 17% tandis que, dans la *zone à accouchement faible*, la région du Sud-Ouest rejoint le secteur formé par les régions de l'Ouest, du Littoral et du Nord-Ouest.

- **Selon le degré de modernité de la parturiente**

Aussi bien chez les femmes peu modernes que chez celles assez modernes et modernes, on peut nettement distinguer trois zones régionales relativement aux niveaux d'accouchements à domicile : *la zone à accouchement faible, la zone à accouchement moyen et la zone à accouchement élevé*. La composition de ces zones diffère cependant d'une catégorie de la variable de discrimination à l'autre (Carte 3).

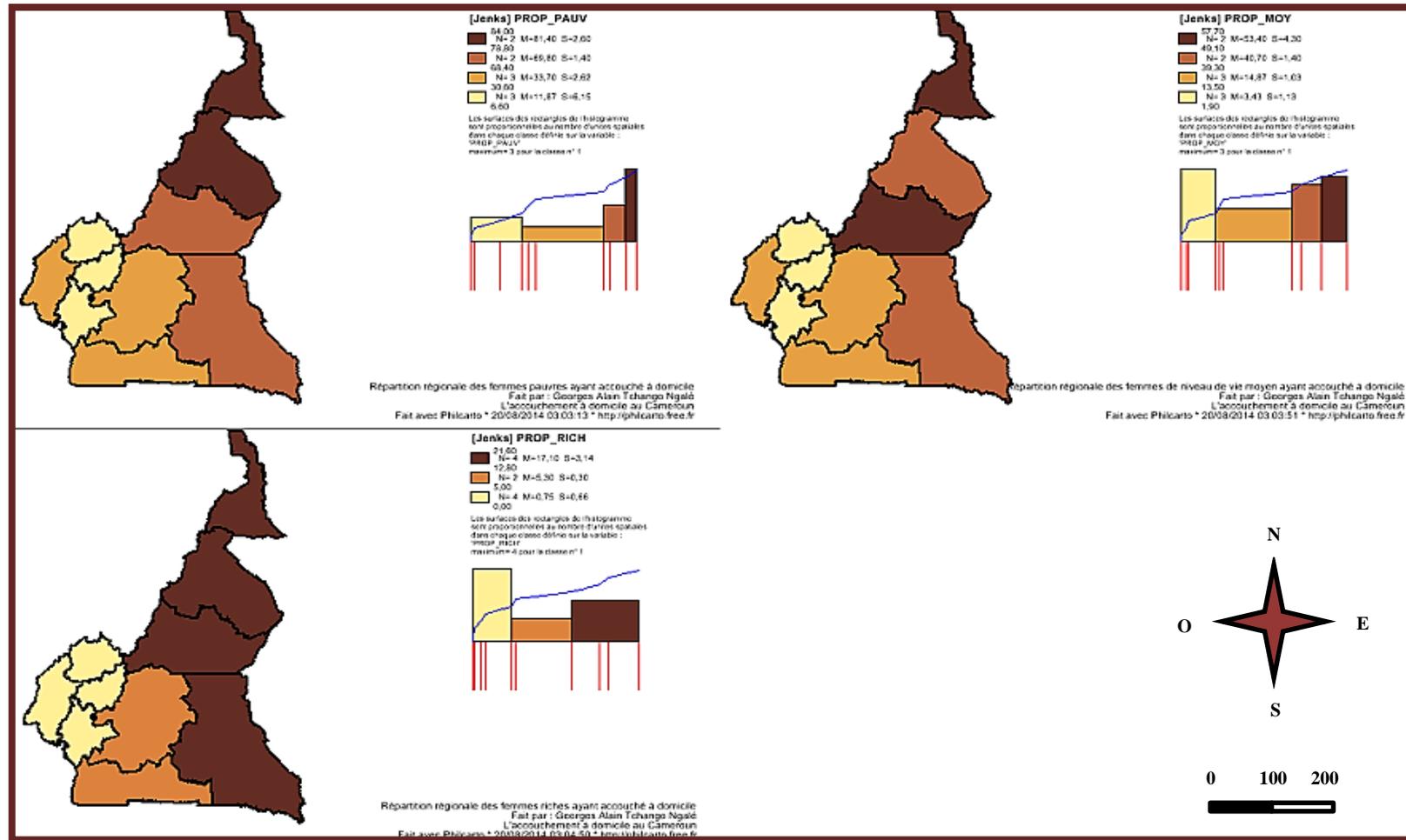
Chez les femmes peu modernes, la *zone à accouchement élevé* s'étend du Septentrion à l'Est du pays. La proportion moyenne d'accouchement à domicile vaut ici 67%. Le Sud-Ouest, le Centre et le Sud constituent la *zone à accouchement moyen* avec une proportion moyenne d'accouchement à domicile avoisinant 16%. Enfin avec une proportion moyenne s'élevant à près de 5%, l'Ouest, le Littoral et le Nord-Ouest forment la *zone accouchement faible*. Chez les femmes assez modernes, la *zone à accouchement élevé* balaie toute la partie septentrionale du Cameroun, avec une proportion moyenne de 57%. Le Sud-Ouest rejoint l'Est pour constituer la *zone à accouchement moyen*. Ici, la proportion moyenne d'accouchement à domicile est de 24,3%. Le Centre et le Sud rejoignent l'Ouest, le Littoral et le Nord-Ouest pour former la *zone à accouchement faible*. La proportion moyenne y est de 6,5%. Chez les femmes modernes enfin, le Centre et le Sud-Ouest s'ajoutent aux régions de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Littoral pour délimiter la *zone à accouchement faible*. La proportion moyenne d'accouchements à domicile s'élève à 1,1%. La *zone à accouchement moyen* est plutôt formée ici par les régions du Sud, de l'Est et du Nord, la proportion moyenne y étant de 13,6%. Quant à la *zone à accouchement élevé*, elle est ici constituée par les régions de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua. La proportion moyenne d'accouchements à domicile y est de 28,4%.

Carte 1 : Cartographie de l'accouchement à domicile par région administrative au Cameroun en 2011



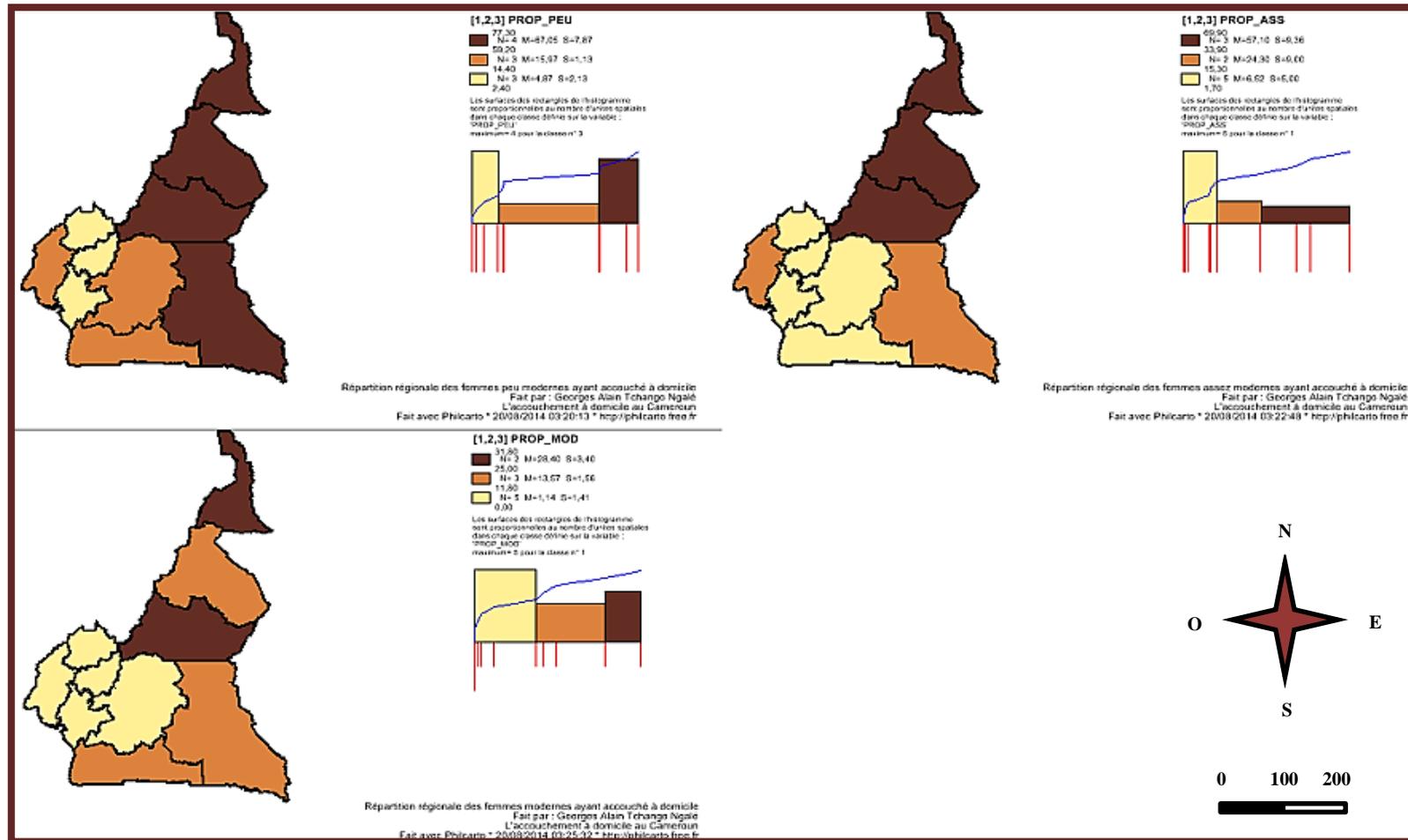
Source : Exploitation des données de l'EDS-MICS avec PHILCARTO

Carte 2 : Cartographie de l'accouchement à domicile par région administrative selon le niveau de vie du ménage au Cameroun en 2011.



Source : Exploitation des données de l'EDS-MICS avec PHILCARTO

Carte 3 : Cartographie de l'accouchement à domicile par région administrative selon le degré de modernité des femmes au Cameroun en 2011.



Source : Exploitation des données de l'EDS-MICS avec PHILCARTO

### **1.3.2. Sources de la variation spatiale des niveaux d'accouchement à domicile**

#### **1.3.2.1. Justification du regroupement régional effectué**

Nous avons distingué trois grandes zones régionales à la fois sur la base des résultats obtenus de l'analyse cartographique et des ressemblances culturelles des régions vis-à-vis du phénomène étudié.

La première zone régionale est intitulée *Septentrion/Orient* et regroupe les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est non seulement parce que les proportions des femmes qui accouchent au sein de ces régions sont largement au-dessus de la moyenne nationale (32%) mais aussi parce qu'elles ont quelques spécificités culturelles communes quant à la prise en charge de l'accouchement, et notamment un recours accentué à l'obstétrique traditionnelle. La proportion moyenne d'accouchement à domicile dans le *Septentrion/Orient* est de 65,7%. La deuxième zone est intitulée *Centre/Austral* puisqu'elle regroupe la région du Centre avec celles du Sud du pays (Sud et Sud-Ouest). La proportion moyenne du phénomène y est de 11,9%, somme toute faible par rapport à la première zone. Intitulée *Occident*, la troisième zone régionale est constituée par les régions de l'Ouest, du Littoral et du Nord-Ouest où l'ampleur du phénomène est très faible. La proportion moyenne d'accouchement à domicile est ici de 3,3%.

#### **1.3.2.2. Décomposition spatiale entre le Septentrion/Orient et l'Occident**

Entre le *Septentrion/Orient* et l'*Occident*, il existe un écart absolu de 62 points relativement aux niveaux observés d'accouchement à domicile. Les résultats montrent que dans la contribution complémentaire des effets de composition et de performance, l'effet de performance (76,49%) prime assez largement sur l'effet de composition (23,51%) quant à la saisie des sources de la variation spatiale des niveaux lorsqu'on passe du *Septentrion/Orient* à l'*Occident* (Graphique 3.1).

C'est dire en d'autres termes que la survenue de la variation observée entre les deux zones régionales est plus le fait des différences de comportement des femmes vis-à-vis de la prise en charge de l'accouchement que de la variation de la structure des femmes dans les catégories socioéconomiques des ménages. Ainsi, les femmes du *Septentrion/Orient* accoucheraient plus à domicile parce que, par rapport à celles de l'*Occident*, elles feraient moins (ou plus) recours à l'appareil médical (à l'obstétrique traditionnelle) du fait du faible niveau de vie des ménages au sein desquels elles résident.

La description des contributions relatives des catégories de la variable de classification confirme quelque peu l'analyse précédemment effectuée. Elle montre que les femmes qui vivent dans des ménages pauvres contribuent jusqu'à 85% de la variation spatiale observée, contre seulement 11% pour les femmes de niveau de vie moyen et 4% pour les femmes riches.

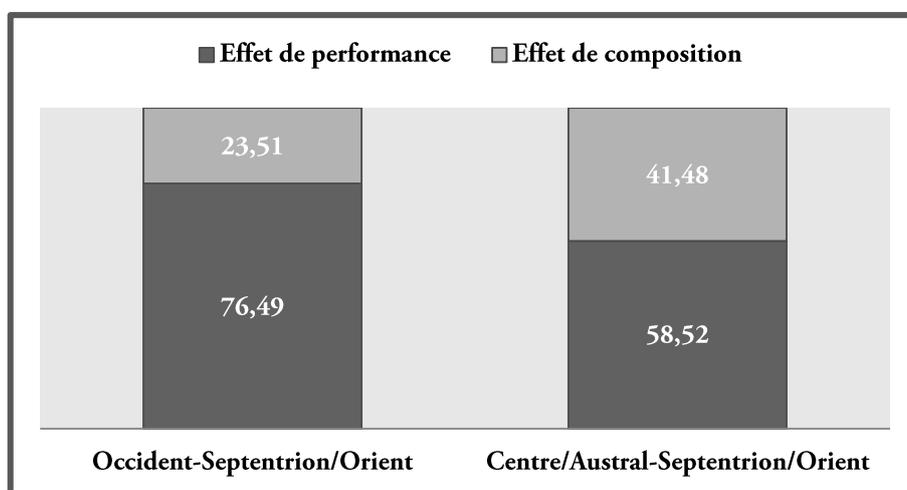
#### **1.3.2.3. Décomposition spatiale entre le Septentrion/Orient et le Centre/Austral**

L'écart absolu de niveaux d'accouchement à domicile entre le *Septentrion/Orient* et le *Centre/Austral* est assez conséquent (54 point). Ici encore, l'effet de performance plus que l'effet de composition permet d'appréhender la variation observée, quoique de façon moins pointue. L'écart entre les deux effets est en effet de 17%.

C'est donc aussi les comportements relatifs aux soins pendant l'accouchement qui discriminent les femmes du *Septentrion/Orient* et celles du *Centre/Austral*. En raison de leur niveau de vie plus élevé et de la disponibilité des structures de santé, les femmes du *Centre/Austral* possèdent en général les moyens de mobiliser un recours médical à l'accouchement et sont moins exposées au poids des dépenses indirectes dues à la distance de leur domicile aux établissements sanitaires. Il n'en est pas en général ainsi dans la zone régionale du *Septentrion/Orient*, ce qui oblige parfois les femmes à accoucher chez elles ou chez un proche, seules ou en présence d'une accoucheuse traditionnelle.

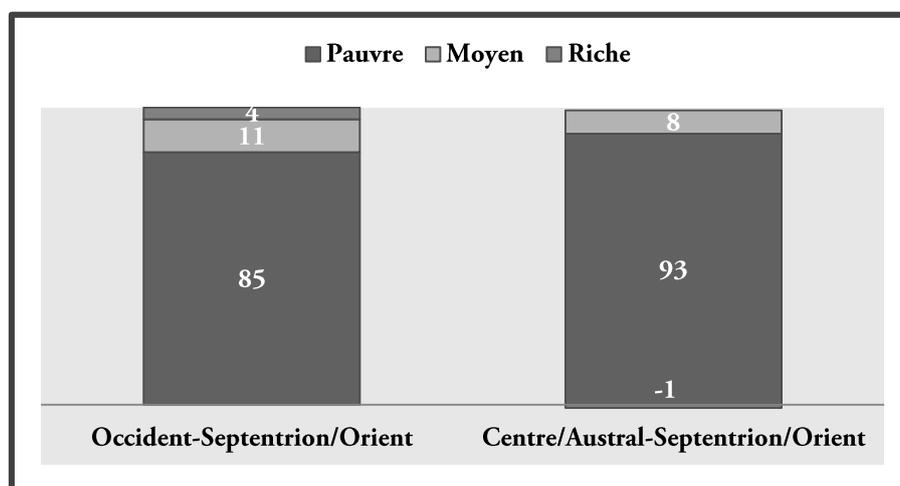
On note néanmoins que la contribution des femmes pauvres au changement observé entre les deux zones régionales augmente par rapport à la première situation, quand celle des femmes riches devient négative. Ceci pour dire que la différence spatiale observée entre le *Septentrion/Orient* et le *Centre/Austral* est quasi-totalement le fait des ménages pauvres.

**Graphique 2 : Sources de la variation spatiale observée**



Source : Traitement des données de l'ESD-MICS 2011

**Graphique 3 : Contribution des catégories du niveau de vie du ménage à la variation spatiale observée**



Source : Traitement des données de l'ESD-MICS 2011

## 2. Analyse explicative multivariée

### 2.1. Identification des facteurs explicatifs de l'accouchement à domicile

#### 2.1.1. Hiérarchisation des facteurs explicatifs

Le tableau 2 ci-dessous présente les résultats de la hiérarchisation pour chaque niveau d'analyse. Précisons que celle-ci a été rendue possible grâce aux calculs des contributions de chaque variable à l'explication du phénomène. Pour la variable  $i$ , Nous avons utilisés la formule de calcul établie sur la base du Khi-deux du modèle saturé ( $X_s^2$ ) et du Khi-deux du modèle saturé sans la variable ( $X_{s-i}^2$ ) telle que présentée ci-dessous :

$$C_i(\%) = 100 \cdot \frac{X_s^2 - X_{s-i}^2}{X_s^2}$$

Tableau 2 : Contribution relative des variables à l'explication de l'accouchement à domicile et hiérarchisation

Variabes	Khi deux du modèle saturé	Khi deux sans la variable	Contribution relative en (%)	Contribution absolue en (%)	Rang
<b>NATIONAL</b>					
Nombre de CPN	4415,46	4023,16	8,88	51	1
Niveau de vie du ménage	4415,46	4257,21	3,58	21	2
Groupe ethnique	4415,46	4324,62	2,06	12	3
Zone de résidence	4415,46	4353,08	1,41	08	4
Religion	4415,46	4388,90	0,60	04	5
Degré de modernité	4415,46	4391,56	0,54	03	6
Milieu de résidence	4415,46	4404,41	0,25	01	7
<b>Total</b>			<b>17,32</b>	<b>100</b>	
<b>URBAIN</b>					
Nombre de CPN	828,04	732,56	11,53	33	1
Niveau de vie du ménage	828,04	746,31	9,87	28	2
Groupe ethnique	828,04	795,25	3,96	11	3
Zone de résidence	828,04	800,68	3,30	10	4
Religion	828,04	801,09	3,25	09	5
Degré de modernité	828,04	803,55	2,96	09	6
<b>Total</b>			<b>34,87</b>	<b>100</b>	
<b>RURAL</b>					
Nombre de CPN	2313,47	2015,37	12,89	58	1
Niveau de vie du ménage	2313,47	2210,05	4,47	20	2
Groupe ethnique	2313,47	2250,34	2,73	12	3
Zone de résidence	2313,47	2280,12	1,44	06	4
Religion	2313,47	2302,56	0,47	02	5
Degré de modernité	2313,47	2304,70	0,38	02	6
<b>Total</b>			<b>22,38</b>	<b>100</b>	

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS 2011, Cameroun

Quel que soit le niveau d'analyse, il ressort que *le nombre de CPN effectuées, le niveau de vie du ménage, le groupe ethnique et la zone de résidence* sont, dans l'ordre décroissant, les variables qui contribuent le plus à l'explication de l'accouchement à domicile au Cameroun. *Le nombre de CPN effectuées, le niveau de vie du ménage et le groupe ethnique* de la femme cumulent à elles seules 84% (jusqu'à 72% et 90% respectivement aux niveaux urbain et rural) de la variation de la variable dépendante au niveau national. C'est

dire que ces dernières variables sont particulièrement importantes, notamment pour l'instauration de leviers nécessaires à l'action. Dans le cadre de cette communication, l'analyse est effectuée uniquement au niveau national.

## **2.1.2. Influence des facteurs explicatifs**

### **2.1.2.1. Influence des facteurs liés au contexte de résidence**

Le contexte de résidence a été saisi empiriquement à travers *la zone de résidence et le milieu de résidence de la parturiente*.

Concernant la zone de résidence, le modèle saturé montre que cette variable influence la survenue de l'accouchement à domicile, et cette influence est significative au seuil de 1%. En effet, les résultats révèlent que *ceteris paribus* les femmes qui résident dans la zone du *Grand Nord* sont celles dont le rapport de risque net de survenue de l'accouchement à domicile lors de leur dernière grossesse est le plus élevé. Plus concrètement, les femmes qui habitent la zone du *Centre/Sud/Est* ont 48,8% moins de risque d'accoucher à domicile pour leur dernière grossesse que celles des femmes du Grand Nord. Par rapport à ces dernières, les *Odds ratio* se font encore moins importants pour les femmes résidant dans les zones du *Ouest/Littoral* et du *Nord-Ouest/Sud-Ouest*. Celles-ci ont respectivement 85,5% et 68,7% moins de risque que l'accouchement survienne à domicile.

Toutes choses égales par ailleurs, le milieu de résidence des femmes discrimine aussi significativement les femmes relativement à la survenue de l'accouchement à domicile. Il ressort globalement que le fait pour une femme de résider en *milieu urbain* diminue le rapport de risque qu'elle encourt d'accoucher à domicile de 34,7%. L'influence de cette variable sur la survenue de l'accouchement à domicile est significative au seuil de 1%.

Il serait donc plus judicieux d'accentuer les programmes de santé relatifs aux soins obstétricaux sur les femmes vivant en *milieu rural*, et particulièrement dans la zone du *Grand Nord*.

### **2.1.2.2. Influence des facteurs liés à l'environnement culturel**

L'environnement culturel a été opérationnalisée grâce aux variables socioculturelles. Il s'agit notamment *du groupe ethnique et de la religion*. Ces deux variables influencent de manière significative la survenue de l'accouchement à domicile.

Pour ce qui est de la première variable, l'analyse des rapports de cotes révèle que les femmes issues du groupe ethnique *pygmées* ont 2,2 fois plus de risque d'accoucher à la maison que celles originaires du groupe *sémites/hamites/soudanais*. Les femmes appartenant aux groupes ethniques *bantou et semi-bantou* sont moins enclines à la survenue de l'accouchement à domicile que celles du groupe de référence. Elles ont en effet dans l'ordre 39% et 78,7% moins de risque de vivre cet évènement. Il n'y a pas de différence significative entre les femmes provenant des *autres ethnies* et celles émanant du groupe *sémites/hamites/soudanais*.

Alors qu'on n'observe pas de différence significative relative au risque de connaître une situation d'accouchement à domicile entre les femmes *sans religion* et les *chrétiennes*, les femmes de religion *musulmane* et les *animistes* ont, par rapport à ces dernières, respectivement 1,5 et 2,4 fois plus de risque d'accoucher à domicile.

Les femmes de religions *musulmane* et *animiste* et celles issues des groupes ethniques *pygmées* et *sémites/hamites/soudanais* constituent, au regard de l'analyse qui précède, les groupes cibles par rapport auxquels les programmes devraient être définis.

### **2.1.2.3. Influence des facteurs économiques**

*Le niveau de vie du ménage* est la variable qui nous a permis d'appréhender la dimension économique de l'étude. Il a un effet significatif sur la survenue de l'accouchement à domicile.

Par rapport aux femmes *pauvres*, les femmes qui résident dans un ménage *riche* ont 85,4% moins de risque d'accoucher chez elles ou chez un parent/ami tandis que celles qui habitent un ménage au niveau de vie *moyen* en ont 57,9%. Toutes proportions gardées, les différences en termes de rapport de risque sont assez criardes dans les catégories de la variable *niveau de vie*. On constate que l'*Odds ratio* augmente sensiblement lorsque le *niveau de vie* s'étiolo. Ce résultat s'accorde donc avec celui obtenu au niveau descriptif.

Le groupe cible est ici constitué des femmes qui résident dans les ménages au niveau de vie *faible*. L'action devrait en priorité porter sur ces dernières.

### **2.1.2.4. Influence des facteurs individuels**

Des facteurs individuels de la femme retenus dans le cadre de la recherche, seul *le degré de modernité* s'est révélé comme un facteur explicatif de l'accouchement à domicile au niveau national. Après contrôle des effets de toutes les variables indépendantes, *le degré de modernité* influence la survenue à l'accouchement à domicile lors de la dernière grossesse au seuil de 1%.

Les femmes qui sont *moyennement ouvertes* à la modernité ont 19,3% moins de risque d'accoucher à domicile que celles qui en sont *peu ouvertes*. Le rapport de risque que la parturition survienne à la maison diminue de 61,1% pour les femmes considérées comme *totalelement ouvertes* à la modernité. Comme pour le niveau de vie du ménage, le rapport de cote net de survenue de l'accouchement à domicile lors de la dernière grossesse varie en sens inverse du *degré de modernité* de la femme. L'action devrait porter en priorité sur les femmes *peu ouvertes* à la modernité.

### **2.1.2.5. Influence des facteurs de susceptibilité**

*Le nombre de CPN effectuées, les complications survenues à l'accouchement et l'opportunité de la grossesse* sont les facteurs de susceptibilité retenus dans cette étude. Seul l'effet du *nombre de CPN effectuées* est demeuré significatif dans le modèle saturé, et apparaît ainsi comme un facteur explicatif de la survenue de l'accouchement à domicile.

*Ceteris paribus* les résultats figurent que par rapport aux femmes qui ont effectuées *quatre CPN et plus*, le rapport de risque d'accoucher à domicile pour les femmes en ayant effectuées *aucune* est multiplié par 10,7. Celles qui ont eu recours entre *une et trois CPN* ont près de deux fois plus de risque que la délivrance se produise à la maison par rapport aux femmes de la catégorie de référence. Après contrôle de toutes les variables potentiellement explicatives, c'est donc entre les femmes n'ayant effectué *aucune CPN* et celles ayant eu recours à *quatre CPN et plus* que l'on enregistre la différenciation la plus marquée relativement au risque de survenue de l'accouchement à domicile.

Les femmes qui n'ont effectué *aucune* CPN au cours de leur dernière grossesse devraient donc faire l'objet d'une attention particulière lors de la conception des programmes de lutte.

## **2.2. Interprétation et discussion des résultats**

Il n'y a guère de facteur explicatif *sui generis*, c'est-à-dire qui possède une dimension explicative en soi. Ce n'est donc point la *religion* ou la *zone de résidence*, pris comme telles, qui expliquent l'objet en étude. Bien plus, il faut aller chercher, dans chacune de ces catégories sociales, ce qui explique que tel groupe social se comporte de telle ou telle façon relativement au phénomène étudié. Si l'on retient par exemple une variable comme l'*ethnie*, on essaiera d'expliciter les éléments culturels de différenciation qui font que les femmes de tel groupe accouchent moins ou plus à domicile que celles d'un autre groupe.

- **Zone de résidence**

Nous avons obtenu que les femmes résidant dans le Grand Nord sont les plus enclines à accoucher à la maison. Cette différence peut s'expliquer de trois façons distinctes mais complémentaires.

D'abord en termes de différenciations issues de l'inégale répartition régionale des structures sanitaires et du personnel de santé au Cameroun. Les régions de la partie septentrionale du Cameroun sont les moins loties en matière d'offre de santé. Avec plus d'un tiers de la population du Cameroun en 2011, le Grand Nord n'enregistre que 24% des structures sanitaires et seulement 18% du personnel de santé, comparativement à la région du Centre qui, à elle seule, absorbe jusqu'à 1/5<sup>ème</sup> des structures sanitaires et plus du tiers du personnel de santé, pour une population estimée à 18% de la population du pays (MINSANTE/DEP 2010, RGPSSC 2011, BUCREP/RGPH 2011). Pour le cas particulier des services de soins obstétricaux, la région du Nord par exemple ne compte aucun établissement spécialisé SONU (MINSANTE, 2010). Notons ensuite que la partie septentrionale du Cameroun se singularise des autres zones par une persistance des réalités sociales liées à la tradition, en l'occurrence pour ce qui est des perceptions de la grossesse et de l'accouchement ainsi que de leur prise en charge. Encore sous le joug de l'obstétrique traditionnelle, le moment de la parturition au sein de beaucoup de communautés nordistes est caractérisé par la recherche de la discrétion, de la sécurité et de la convivialité, alors considérées comme plus présente dans l'environnement du domicile familial que dans celui de l'hôpital. Le faible niveau d'instruction des femmes dans le Grand Nord et leur timide ouverture à la modernité viennent renforcer leur dépendance aux valeurs et aux pratiques traditionnelles en matière de maternité. Enfin, la situation économique des femmes vivant dans le septentrion n'est que peu reluisante. Les taux de sous-emploi global y sont particulièrement alarmants dont 91,6% dans l'Extrême-Nord, 91% dans le Nord et 72,7% dans l'Adamaoua (ECAM 3, 2007).

Nos résultats rejoignent ceux de Beninguisse (2003) et ceux de Madjanga (2010) pour lesquels la région de résidence discrimine les femmes vis-à-vis de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. Le second des auteurs précités montre en effet que par rapport aux femmes qui résident dans l'Ouest/Littoral du pays, celles qui habitent les régions du Grand Nord ont jusqu'à 15,9 fois plus de risque de ne pas être médicalement assistées à l'accouchement après avoir suivi au moins une CPN au cours de la grossesse. Ce rapport de risque diminue sensiblement lorsqu'on passe dans les autres catégories de la variable, soit 8,4 et 2,0 respectivement chez les femmes vivant dans le Centre/Sud/Est et dans le Nord-Ouest/Sud-Ouest. Ainsi, Madjanga parvient à la conclusion

que c'est dans la partie septentrionale du Cameroun que l'on rencontre le risque le plus élevé de discontinuité des soins entre la phase prénatale et l'accouchement. L'effet de la région de résidence sur les comportements de recours aux soins obstétricaux s'est également révélé significatif dans des études menées en contexte étranger. Au Togo par exemple, Adedzi (2010) souligne sur la base des résultats obtenus de l'analyse multivariée que :

*« En référence au modèle saturé, on constate que les femmes de la région des Plateaux, de la région Centrale et de la région des Savanes courent respectivement 37,9%, 50,6% et 47,6% moins de chance de bénéficier d'une assistance médicale, au moment où elles accouchent, que les femmes de la région Maritime » (Adedzi, 2010 : 101).*

Un résultat similaire ressort du travail de Kone (2010) sur la prise en charge non médicalisée de l'accouchement en Côte d'Ivoire. Ce dernier montre qu'aussi bien au niveau national qu'aux niveaux urbain et rural, les femmes qui résident dans le Sud du pays courent plus de risque de ne pas être médicalement assistées à l'accouchement, comparativement à celles vivant au Nord.

A la lumière des lignes précédentes, il semble que les résultats ici obtenus ne soient pas dénués d'une logique commune au contexte des pays africains où l'on observe généralement d'énormes disparités régionales dans l'accès aux soins. Comme nous l'avions présumé, le risque que l'épilogue de la grossesse ait lieu à la maison est plus élevé chez les femmes du Grand Nord que chez celles vivant dans les autres zones régionales. ***L'hypothèse H1 est ainsi confirmée.***

- **Niveau de vie du ménage**

Le risque relatif net de survenue de l'accouchement à domicile varie en sens inverse du niveau de vie du ménage. ***C'est dire sans ambages que l'hypothèse H4 est confirmée.***

Comme la majorité des pays de l'Afrique Noire, le Cameroun a sombré au début des années 1990 dans une crise économique qui bouleversa les plans sociaux engagés dans les domaines de la santé et de l'éducation. Le recouvrement des coûts par les formations sanitaires adopté en 1990 marquait d'une certaine façon le désengagement de l'Etat dans la subvention du secteur de la santé. La conséquence en a été une augmentation graduelle de la contribution des ménages au financement de la santé, atteignant le pic de 94,6% en 2009 (PETS 2, 2010) alors que cependant, on observait encore dans la population 2 pauvres sur 5 en 2007 (ECAM 3, 2007). Les inégalités d'accès aux services de soins modernes de santé entre les couches socioéconomiques nanties et celles les plus démunies s'en trouvaient ainsi davantage creusées. Selon Victora :

*« Les mères et les enfants pauvres sont mal desservis tout au long du continuum de soins. Des données provenant de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont été utilisées pour documenter la proportion de mères et d'enfants ayant bénéficié d'un ensemble de quatre interventions essentielles : soins prénatals, présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, soins postnatals et vaccination des enfants. La couverture pour ces quatre interventions était deux à six fois plus étendue – selon le pays – parmi les groupes les plus riches que parmi les groupes les plus pauvres. Cette structure inéquitable des soins de santé reflète et contribue à perpétuer l'exclusion sociale à laquelle sont confrontés les pays les plus pauvres et les groupes les plus marginalisés, et explique en partie pourquoi la mortalité maternelle, néonatale et infantile présente des variations socio-économiques aussi marquées. » (Victora, 2007 : 123-124).*

Au Cameroun en particulier, les données de l'EDS-MICS 2011 montrent que les dépenses de santé effectuées au cours des trente derniers jours précédents l'enquête sont trois fois plus élevées dans les ménages riches que dans les ménages pauvres. Les femmes qui vivent dans les ménages pauvres sont ainsi plus exposées à une prise en charge non adéquate de l'accouchement faute de moyens financiers. C'est dans un sens la conclusion à laquelle parviennent les travaux de Borghi et al, de Beninguisse (2003) et de Fournier et Haddad (1995). Plus proches de nous, les études d'Onadja (2008), de Kabore (2009) et d'Adedzi (2010) ont également observé une influence positive du niveau de vie du ménage sur la prise en charge médicale. Toutefois, la relation d'influence n'est pas toujours linéaire, c'est-à-dire que les comportements de recours (de non recours) aux soins obstétricaux ne varient pas toujours dans le même sens (en sens inverse) du niveau de vie du ménage. Il en est ainsi des résultats obtenus par Rwenge et Tchamgoue (2011), lesquels ont montré que ce sont les catégories de ménages suffisamment aisées qui assurent plus favorablement une utilisation adéquate des soins obstétricaux chez les adolescentes camerounaises. Quant à lui, Kone (2010) n'observait pas de différence significative entre les ivoiriennes résidant dans les ménages riches et celles résidant dans les ménages de la classe moyenne en ce qui concerne la non-assistance à l'accouchement. Ces deux exemples, qui contredisent quelque peu nos observations, tiennent certainement leurs spécificités, pour le premier de la différence de population d'étude, et pour le second d'une probable différence dans l'ampleur des inégalités socioéconomiques des ménages en contexte ivoirien et camerounais.

- **Degré de modernité de la parturiente**

Le degré d'ouverture de la parturiente à la modernité, c'est-à-dire sa capacité à entrevoir le monde de façon rationnelle, influence comme nous l'avons vu la survenue de l'accouchement à domicile au niveau national. Il apparaît que plus les femmes sont ouvertes à la modernité, moins elles courent le risque d'accoucher à la maison, et donc que ce risque varie en sens inverse du degré de modernité de la parturiente. ***L'hypothèse H<sub>3</sub> est donc confirmée au niveau national.*** Rappelons que le degré de modernité met en relation le niveau d'instruction de la parturiente, son activité économique et son degré d'exposition aux médias. Il s'agit là de puissants éléments de différenciation sociale (Beninguisse, 2003 ; Vallin et al, 2002).

Au Cameroun, la situation éducative des femmes s'améliore sans pour autant atteindre des scores convenables. L'alphabétisation n'y est pas encore une réalité universelle vu que seulement 64,2% des femmes de 15 ans et plus le sont (BUCREP, 2010). En outre, jusqu'à 46,9% de femmes âgées de 15 ans et plus sont sans aucun diplôme en 2005, seulement 6,5% d'entre elles ont un diplôme de l'enseignement supérieur. Or, plusieurs travaux (Fournier et Haddad, 1995, Beninguisse, 2003) montrent que les connaissances apprises à l'école sont essentielles pour l'intégration des femmes au système médical moderne dans la mesure où ces connaissances leur permettent d'évaluer rationnellement l'ampleur d'une situation d'urgence sanitaire. A côté de l'éducation, l'activité socioprofessionnelle des femmes au Cameroun participe à la formation du capital humain de celles-ci. Les données de l'ECAM 3 concluent sur une forte participation des femmes à l'activité économique au Cameroun, le taux d'activité de ces dernières étant de 82,4%. Mais avec un taux de sous-emploi évalué à 78,8% en 2007, les femmes se trouvent dans une situation de précarité économique qui est davantage manifestée par le fait que jusqu'à 95,9% d'entre elles exercent dans l'informel. Il ne suffit donc pas seulement que la femme travaille pour mobiliser un recours adéquat aux soins modernes de santé, encore faut-il que l'activité économique qu'elle exerce lui procure les ressources financières nécessaires (Zoungrana, 1993 ; Rakotondrabe, 2004). Enfin, l'exposition des femmes aux médias s'avèrent aussi important que l'éducation et l'activité

économique pour une utilisation idoine des soins modernes de santé. Il est même difficile d'envisager une solution de continuité nette entre ces trois facteurs. Les médias sont de puissants agents de socialisation à travers leur rôle d'informateur de la population sur les réalités qu'elles vivent au quotidien. Toutefois, selon les données de l'EDS-MICS 2011, deux femmes sur cinq ne sont pas exposées aux médias. Elles sont ainsi en proie à une déperdition d'informations concernant le monde de la maternité.

Au vu des paragraphes qui précèdent, on ne peut donc s'étonner du fait que les femmes peu ouvertes à la modernité, et donc celles qui sont en général pas ou peu instruites, qui exercent une activité économique précaire ou qui sont inactives, et qui sont pas ou peu exposées aux médias, soient les plus exposées à la survenue de l'accouchement à domicile. C'est aussi le résultat auquel parvient Madjanga (2010) dans son étude sur la discontinuité des soins obstétricaux au Cameroun. Selon cette dernière, les femmes non modernes ont 2,7 fois plus de risque de ne pas être assistées à l'accouchement par rapport à leurs homologues ouvertes à la modernité. Peu sont cependant les travaux sur l'accouchement qui ont construit l'indicateur du degré de modernité pour appréhender de façon intégrée l'effet des variables individuelles (niveau d'instruction, activité économique, exposition aux médias). Il n'en reste pas moins vrai que chacune de ces variables influencent les comportements de recours aux soins obstétricaux comme l'ont montré l'étude de Rwege et Tchamgoue-Nguemaleu (2011) et, dans une certaine mesure, celles d'Onadja (2008), de Kabore (2009) et de Tsapi (2011).

- **Nombre de CPN effectuées**

Le nombre de CPN effectuées est la variable qui contribue le plus à l'explication de la survenue de l'accouchement à domicile pour chacun des niveaux d'analyse. Le risque relatif de survenue de l'accouchement à domicile varie en sens inverse du nombre de CPN effectuées, tel est le résultat auquel nous sommes parvenus et qui s'accorde parfaitement à la supposition effectuée dans le cadre d'analyse. *L'hypothèse H<sub>7</sub> se voit donc confirmée.*

On sait aujourd'hui la relation étroite qui existe entre le suivi adéquat de la grossesse et la prise en charge médicale de l'accouchement. Les soins prénatals sont indispensables non seulement pour la surveillance de l'évolution normale de la grossesse, mais aussi et surtout pour les conseils donnés à la future parturiente relatifs à la nécessité d'une assistance médicale à l'accouchement en structures de soins. Les femmes qui n'ont effectué aucune CPN s'exposent dès lors à une perte d'informations vitales à ce sujet et risquent par suite d'adopter des comportements jugés inadéquats. C'est en ces termes que l'on peut comprendre que les femmes qui n'ont eu recours à aucune CPN au cours de leur dernière grossesse courent plus de risque d'accoucher à domicile que celles qui en ont effectuées au moins une. Cependant au Cameroun, on enregistrait jusqu'à 85% de femmes ayant reçu au moins une fois des soins prénatals lors de leur dernière grossesse, et pourtant, pour plusieurs d'entre elles, les naissances survenaient encore à domicile en l'absence d'un personnel qualifié. On peut donc penser qu'il y a des raisons socioculturelles et économiques qui poussent les femmes à accoucher à domicile, qu'elles aient effectué au moins une CPN ou non.

Nos résultats s'accordent bien avec ceux de Tsapi (2011) sur l'assistance non médicale à l'accouchement au Cameroun. Cette dernière montre qu'aussi bien dans les ménages pauvres que dans les ménages non pauvres, le nombre de CPN effectuées discriminent considérablement les femmes quant au non recours à une assistance qualifiée à l'accouchement. Le comportement étudié varie en effet en sens inverse du nombre de CPN effectuées.

## CONCLUSION GENERALE, INSUFFISANCES ET RECOMMANDATIONS

Partant du constat que la situation de la santé maternelle au Cameroun ne cesse de se dégrader au vu des indicateurs y relatifs, ainsi que du paradoxe qui apparaît entre une couverture appréciable en CPN (85% en 2011) et une proportion encore relativement importante d'accouchements à domicile non assistés (37%), nous nous sommes proposés dans cette étude d'approcher l'explication de l'accouchement à domicile à travers des facteurs relevant de l'univers culturel, socioéconomique et sociodémographique des parturientes. La démarche analytique s'est fondée sur un bâtiment à deux niveaux : l'analyse descriptive et l'analyse explicative multivariée. Cette étude comporte cependant quelques insuffisances qu'il est important d'exposer.

D'abord, il n'a pas été possible de mettre en évidence les représentations sociales – en termes de perceptions – qui sont bien souvent au fondement des pratiques et des comportements des individus. Pour ainsi dire, aucune variable sur les perceptions des femmes relativement à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement ne figure dans la base de données EDS-MICS 2011. Des variables sur les perceptions de la qualité des relations entre les personnels soignants de chaque système de soins et les demandeurs de soins ou encore sur les perceptions même de la grossesse et du moment de l'accouchement auraient pu obvier à l'insuffisance ici décriée. Ensuite, il ne nous a pas été possible d'appréhender la dimension institutionnelle de notre travail dans la mesure où nous ne disposons pas de variables empiriques relatives à la disponibilité et à l'accessibilité des services de soins modernes. Une variable comme la distance moyenne du domicile par rapport au centre de santé le plus proche aurait été très intéressante à cet effet.

Aucune étude scientifique n'étant totalement parfaite – et encore moins en ce qui concerne le domaine des statistiques appliquées aux sciences sociales – nous pensons que les limites identifiées ci-dessus n'entament pas suffisamment la qualité des résultats obtenus dans ce travail pour qu'on ne puisse pas y voir des éléments pouvant aider à la décision. Aussi est-il possible de formuler quelques recommandations.

### ***Au plan politique :***

Il faudrait envisager plus de campagnes de sensibilisation et de causeries éducatives en matière de SR aux femmes peu ouvertes à la modernité, lesquelles vivent surtout en milieu rural et dans le Grand Nord. Ces initiatives doivent mettre un accent particulier sur les bienfaits du suivi adéquat de la grossesse et de l'accouchement assisté en structures de soins tout en évitant de stigmatiser les pratiques locales. Comme l'indique l'OMS :

*« Il est important de reconnaître que toutes les pratiques traditionnelles ne sont pas forcément nuisibles à la santé. Dans le même ordre d'idées, toutes les pratiques ou mentalités modernes dans les domaines de la médecine et de la santé publique ne sont pas bénéfiques pour la santé des femmes. (...) Les initiatives à déployer pour susciter l'intérêt des communautés et les éduquer en ce qui concerne les questions de santé maternelle doivent être conçues en étant conscient du fait que la femme enceinte fait partie d'un réseau social et que son statut et ses relations au sein du réseau déterminent souvent sa capacité à réagir aux campagnes de santé publique. » (OMS, 2012 : 10 ; 33)*

C'est pourquoi l'adoption d'une approche communautaire peut s'avérer très concluante. Elle consisterait à passer par les leaders communautaires (chefs religieux ou

communautaires, chefs de famille, femmes âgées, matrones, etc.), les cercles d'amis et les radios communautaires pour transmettre les messages aux groupes cibles. Cependant :

*« Aussi bonne que soit la couverture des services fournis et aussi élevée que soit leur qualité, les femmes ne se déplaceront pas pour un dépistage périodique ou des consultations prénatales importantes, si elles n'en ont pas les moyens. Comme déjà examiné, les preuves disponibles laissent penser que les frais d'usager et le paiement direct ont conduit à un déclin général de l'utilisation des services de santé. Au Kenya et au Zimbabwe, par exemple, les études entreprises dans les années 90 ont révélé que l'introduction des frais d'usager s'est traduite par une chute de 30 à 50 % de la demande de services de santé maternelle. » (OMS, 2012 : 72).*

C'est dire qu'outre la prise en compte des représentations culturelles des femmes sur la maternité, l'amélioration de leurs conditions de vie est un préalable à l'amélioration des niveaux de recours aux centres de santé en cas d'accouchement. Une façon d'y parvenir consisterait à instaurer des systèmes d'exonération ou d'exemption des coûts directs pour les couches socioéconomiques les plus vulnérables. Cette initiative a porté ses fruits dans plusieurs pays africains. Au Niger, par exemple, l'utilisation des services de soins de santé maternelle et infantile a augmenté de 2 à 4 fois après la suppression des frais d'usager en 2006. Une autre façon d'y parvenir, si la première n'est pas envisageable, serait d'agir directement sur les caractéristiques socioéconomiques des femmes. Notre étude a montré que ce sont les femmes indigentes ou qui habitent des ménages pauvres qui sont les plus exposées à la survenue de l'accouchement à domicile. Même lorsqu'elles se sont affranchies des interdits et des prescriptions culturelles, ces femmes n'ont pas les moyens de s'offrir un recours médical lors de l'accouchement. Des programmes spécifiques à l'autonomisation financière des femmes pauvres peuvent ainsi permettre, en fournissant à ces dernières les ressources nécessaires à l'assouvissement de leurs besoins, d'agir indirectement sur les niveaux de recours aux soins de santé maternelle lors de l'accouchement. Il pourrait par exemple s'agir d'encourager et de soutenir les réseaux socioéconomiques créés par les femmes à l'instar des associations professionnelles, des tontines ou toute autre forme de regroupement capable de lever des fonds.

#### ***Au plan scientifique :***

Nous suggérons, à l'endroit des concepteurs des outils de collecte de l'EDS-MICS, que soient introduites des questions relatives aux perceptions des enquêtées sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que sur la prise en charge de ces derniers. Nous pensons qu'ainsi, les prochaines études sur l'accouchement à domicile pourront mieux capter la dimension phénoménologique du sujet, et le cas échéant, trianguler l'analyse par l'imbrication des approches quantitative et qualitative. Si un tel ajout n'est pas possible, nous invitons instamment la communauté scientifique à exploiter la piste d'une recherche purement qualitative sur la question. Le questionnaire de l'EDS-MICS devrait aussi renseigner sur les variables liées à l'offre de santé, notamment en matière de disponibilité, d'accessibilité géographique et de qualité des prestations de soins. Par exemple, des variables comme *le nombre de SONU par région, la distance du domicile par rapport au centre de santé le plus proche et les perceptions des enquêtées sur la qualité des services de soins ou du personnel de santé* seraient d'un apport considérable en termes de complétude de l'information.

## BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

### OUVRAGES

**BENINGUISSE G.** (2003), *Entre tradition et modernité : Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, ACADEMIA/BRUYLANT, Institut de Démographie, UCL, Louvain-La-Neuve, 297 p.

**DURKHEIM E.** (1895), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, Coll. « Quadrige Grands textes », 2007, 144 p.

### ARTICLES

**AKOTO E.** (1990), « Christianisme et inégalités en matière de mortalité des enfants en Afrique noire », in *Population* (French Edition), n°45, pp. 971-992.

**BORGHI et al.** (2008), « Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages », in *Studies in Health Services Organisation and Policy*, Belgium, n°25, pp. 25-52.

**DOZON J-P., SINDZINGRE N.** (1986), « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine », in *La Santé dans le Tiers-Monde*, Cahier n° XII, 1<sup>er</sup> Semestre 1986, édité par la Coopérative d'édition de la vie mutualité.

**RWENGE M. J-R, TCHAMGOUE-NGUEMALEU H.B.** (2011), « Facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises », in *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 15, n°3, pp. 87-99.

**STINSON W.** (1984), « Possibilités et limites du financement par les collectivités », in *Forum mondial de la santé*, n° 5, pp. 135-138.

### CHAPITRES D'OUVRAGES

**FOURNIER P. et HADDAD S.** (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in Hubert G. et Piché V. (eds), *la Sociologie des populations*, Montréal, AUPELF-UREF, pp. 289-325.

**VALLIN J., CASELLI J. et SURAULT P.** (2002), « Comportements, styles de vie et facteurs socioculturels de la mortalité. » in *Démographie : analyse et synthèse. Les Déterminants de la mortalité*, vol. III sous la direction de Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH, Editions de l'INED pp : 255-305.

**VICTORA C.G.** (2007), « Vers une plus grande équité en matière de santé maternelle et néonatale » in Gwatkin, D. R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries : An overview*, Health, Nutrition and Population, Banque mondiale, Washington, D.C., pp. 123-124.

### THESES ET MEMOIRES

**ADEDZI K. A.** (2010), *Pauvreté des ménages et accès aux soins obstétricaux au Togo*, Mémoire de DESS, IFORD, Yaoundé, 125 p.

**KONE B. M.** (2010), *Prise en charge non médicalisée de l'accouchement en Côte d'Ivoire*, Mémoire de MPD, IFORD, Yaoundé, 112 p.

**MADJANGA G. L.** (2010), *Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins entre la phase prénatale et l'accouchement au Cameroun*, Mémoire de MPD, IFORD, Yaoundé, 122 p.

**ONADJA Y.** (2008), *Déterminants et évolution des inégalités sociales de la prise en charge médicale de l'accouchement au Burkina Faso entre 1993 et 2003*, Mémoire de MPD, IFORD, Yaoundé, 126 p.

**RAKOTONDRABE F.P.** (2004), *Statut de la femme, prise de décision et santé de l'enfant à Madagascar*, Thèse de doctorat, IFORD, Yaoundé, 353 p.

**TSAPI C.** (2011), *Facteurs explicatifs du non recours à l'assistance médicale à l'accouchement selon le niveau de vie du ménage au Cameroun*, Mémoire de MPD, IFORD, Yaoundé, 114 p.

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

### **ANNALES SCIENTIFIQUES**

**AKOTO E. et al.** (2002), *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Benin, Côte d'Ivoire et Mali)*, Yaoundé, Les cahiers de l'IFORD, n°27, 170 p.

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

### **RAPPORTS, COMMUNICATIONS ET DOCUMENTS DE SYNTHÈSE**

**INS et ICF. International.** (2012), *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*. Rapport principal, Calverton, Maryland, USA, 546 p.

**INS** (2010), *Rapport principal de la deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS 2)*, Volet Santé, 68 p.

**INS** (2008), *Conditions de vie des populations et profil de pauvreté au Cameroun en 2007*. Rapport principal de la troisième enquête auprès des ménages (ECAM 3), 139 p.

**KABORE M.** (2009), *Les facteurs de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement*, (Communication au « XXVI<sup>ème</sup> Congrès international de la population », Marrakech, 27 septembre au 2 octobre 2009), 26 p. + annexes.

**MINSANTE** (2011), *Rapport principal du Recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun*, 70 p.

**MINSANTE** (2010), *Analyse de la situation des ressources humaines au Cameroun*, 205 p.

**ONU** (2011), *Rapport mondial sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)*, 67 p.

**ONU** (2010), *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, 24 p.

**OMS** (2012), *Relever le défi de la Santé de la Femme en Afrique*. Rapport de la Commission de la Santé de la femme dans la Région africaine, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 94 p.

L'accouchement à domicile au Cameroun : disparités spatiales et éléments d'explication

Tableau 3 : Effets bruts et nets (Odds Ratio) des variables indépendantes sur la survenue de l'accouchement à domicile : niveau national

Variables explicatives	Effets bruts						Effets nets						
	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
<b>Zone de résidence</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Grand Nord	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Centre/Sud/Est	0,106***	0,147***	0,318***	0,355***	0,492***	0,500***	0,506***	0,507***	0,508***	0,509***	0,514***	0,517***	0,512***
Nord-Ouest/Sud-Ouest	0,041***	0,017***	0,099***	0,095***	0,134***	0,138***	0,138***	0,130***	0,129***	0,127***	0,145***	0,145***	0,145***
Ouest/Littoral	0,013***	0,034***	0,194***	0,232***	0,308***	0,319***	0,323***	0,316***	0,317***	0,314***	0,319***	0,318***	0,313***
<b>Milieu de résidence</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Urbain	0,115***	0,137***	0,150***	0,155***	0,564***	0,574***	0,585***	0,610***	0,612***	0,606***	0,645***	0,652***	0,653***
Rural	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
<b>Groupe ethnique de la femme</b>	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sémites/Hamites/Soudanais	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Semi-bantous	0,018***		0,116***	0,122***	0,136***	0,135***	0,138***	0,184***	0,149***	0,148***	0,210***	0,211***	0,213***
Bantous	0,077***		0,307***	0,356***	0,464***	0,454***	0,460***	0,502***	0,504***	0,511***	0,583***	0,595**	0,610**
Pygmées	0,508***		1,533*	1,778*	1,926***	1,908***	1,933***	1,869**	1,873**	1,950***	2,133***	2,150***	2,173***
Autres ethnies	0,424***		0,836 (ns)	0,897 (ns)	1,074 (ns)	1,065 (ns)	1,067 (ns)	1,113 (ns)	1,114 (ns)	1,119 (ns)	1,087 (ns)	1,099 (ns)	1,115 (ns)
<b>Religion de la femme</b>	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Chrétienne	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Musulmane	3,441***		1,408***	1,704***	1,694***	1,678***	1,653***	1,652***	1,693***	1,539***	1,511***	1,528***	1,528***
Animiste	11,654***		4,738***	4,149***	4,131***	4,088***	4,040***	4,032***	4,047***	2,484***	2,446***	2,441***	2,441***
Sans religion	2,739***		2,066***	1,860**	1,785**	1,778**	1,769**	1,769**	1,751**	1,359 (ns)	1,372 (ns)	1,357 (ns)	1,357 (ns)
<b>Niveau de vie du ménage</b>	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Pauvre	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Moyen	0,164***		0,355***	0,349***	0,348***	0,371***	0,371***	0,373***	0,421***	0,421***	0,421***	0,421***	0,421***
Riche	0,032***		0,110***	0,106***	0,105***	0,115***	0,115***	0,116***	0,145***	0,146***	0,146***	0,146***	0,146***
<b>Taille du ménage</b>	***			**	**	*	*	*	Ns	*	Ns	Ns	Ns
Petite taille (moins de 5)	0,770***		0,934 (ns)	0,945 (ns)	0,926 (ns)	0,924 (ns)	0,994 (ns)	1,048 (ns)	1,039 (ns)	1,043 (ns)	1,043 (ns)	1,043 (ns)	1,043 (ns)
Taille moyenne (5-9)	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Grande taille (10 et plus)	1,450***		1,209**	1,198**	1,177*	1,180*	1,179*	1,162 (ns)	1,174*	1,169 (ns)	1,169 (ns)	1,169 (ns)	1,169 (ns)
<b>Sexe du CM</b>	***			Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
Masculin	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Féminin	0,353***		0,836 (ns)	0,853 (ns)	0,865 (ns)	0,846 (ns)	0,855 (ns)	0,853 (ns)	0,853 (ns)	0,853 (ns)	0,853 (ns)	0,853 (ns)	0,853 (ns)
<b>Degré de modernité</b>	***			***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Peu moderne	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Assez moderne	0,458***		0,774***	0,774***	0,765***	0,805***	0,804***	0,804***	0,807**	0,807**	0,807**	0,807**	0,807**
Moderne	0,061***		0,381***	0,383***	0,375***	0,388***	0,386***	0,386***	0,389***	0,389***	0,389***	0,389***	0,389***
<b>Etat matrimonial</b>	***			Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
En union	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Pas ou plus en union	0,349***		0,950 (ns)	1,020 (ns)	0,962 (ns)	0,983 (ns)	0,982 (ns)	0,982 (ns)	0,982 (ns)	0,982 (ns)	0,982 (ns)	0,982 (ns)	0,982 (ns)
<b>Expérience à la maternité</b>	***			**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Peu expérimentée	1,377***		0,804**	0,776**	0,783**	0,769**	0,769**	0,769**	0,769**	0,769**	0,769**	0,769**	0,769**
Assez expérimentée	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Expérimentée	1,515***		1,107 (ns)	1,054 (ns)	1,066 (ns)	1,087 (ns)	1,087 (ns)	1,087 (ns)	1,087 (ns)	1,087 (ns)	1,087 (ns)	1,087 (ns)	1,087 (ns)

L'accouchement à domicile au Cameroun : disparités spatiales et éléments d'explication

Nombre de CPN effectuées	***											***	***	***
Aucune CPN	45,613***											10,595***	10,669***	10,671***
1-3 CPN	3,293***											1,956***	1,965***	1,953***
4 CPN et plus	Réf											Réf	Réf	Réf
Opportunité de la grossesse	***											*	*	
Opportune	Réf											Réf	Réf	
Inopportune	0,629***											0,848*	0,848*	
Complications à l'accouchement	***													*
Oui	0,719***													0,838*
Non	Réf													Réf
<b>Khi-deux</b>	<b>3490,19</b>	<b>3670,46</b>	<b>3732,93</b>	<b>3971,93</b>	<b>3978,33</b>	<b>3980,98</b>	<b>4009,65</b>	<b>4009,80</b>	<b>4017,47</b>	<b>4409,00</b>	<b>4412,1</b>	<b>4415,46</b>		
	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***		
<b>Pseudo R2(%)</b>	<b>40,98</b>	<b>43,10</b>	<b>43,83</b>	<b>46,64</b>	<b>46,71</b>	<b>46,74</b>	<b>47,08</b>	<b>47,08</b>	<b>47,17</b>	<b>51,77</b>	<b>51,81</b>	<b>51,84</b>		

\*\*\*Significatif au seuil de 1% ; \*\*Significatif au seuil de 5% ; \*Significatif au seuil de 10% ; Ns : Non significatif ; Réf : Référence

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS 2011

Tableau 4 : Effets bruts et nets (Odds Ratio) des variables indépendantes sur la survenue de l'accouchement à domicile : niveau urbain

Variables explicatives	Effets bruts					Effets nets						
	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
<b>Zone de résidence</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Grand Nord	40,418***	8,181***	7,882***	5,071***	4,651***	4,650***	4,814***	4,836***	4,859***	4,963***	4,967***	4,904***
Centre/Sud/Est	5,812***	3,397***	3,586***	3,622***	3,590***	3,589***	3,821***	3,867***	3,895***	3,839***	3,865***	3,856***
Nord-Ouest/Sud-Ouest	1,176 (ns)	1,284 (ns)	1,474 (ns)	0,960 (ns)	0,945 (ns)	0,945 (ns)	0,914 (ns)	0,934 (ns)	0,935 (ns)	0,928 (ns)	0,932 (ns)	0,914 (ns)
Ouest/Littoral	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
<b>Groupe ethnique de la femme</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sémites/Hamites/Soudanais	33,436***	8,388***	6,964***	4,785***	4,641***	4,637***	4,366***	4,316***	4,328***	3,122***	3,134***	3,167***
Semi-bantous	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Bantous	3,234***	2,090**	2,285***	2,577***	2,380***	2,382***	2,551***	2,595***	2,608***	2,413***	2,431***	2,518***
Pygmées	25,470***	13,692***	15,122***	14,816***	14,147***	14,167***	12,329***	12,251***	12,462***	10,205***	10,299***	10,748***
Autres ethnies	2,255 (ns)	1,463 (ns)	1,423 (ns)	1,534 (ns)	1,441 (ns)	1,440 (ns)	1,356 (ns)	1,327 (ns)	1,344 (ns)	1,168 (ns)	1,183 (ns)	1,206 (ns)
<b>Religion de la femme</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Chrétienne	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Musulmane	6,133***		1,821***	2,785***	2,699***	2,698***	2,478***	2,481***	2,497***	2,615***	2,575***	2,634***
Animiste/Sans religion	2,714***		2,698**	1,944***	1,650 (ns)	1,649 (ns)	1,517 (ns)	1,525 (ns)	1,531 (ns)	0,873 (ns)	0,862 (ns)	0,872 (ns)
<b>Niveau de vie du ménage</b>	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Pauvre	15,069***			7,582***	8,378***	8,379***	7,303***	7,339***	7,244***	6,146***	6,080***	5,937***
Moyen	7,104***			4,454***	4,796**	4,798**	4,530***	4,552***	4,542***	4,125***	4,125***	4,121***
Riche	Réf			Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
<b>Taille du ménage</b>	***			***	***	***	***	***	***	**	**	**
Petite taille (moins de 5)	0,890 (ns)			1,122 (ns)	1,122 (ns)	1,124 (ns)	1,120 (ns)	1,148 (ns)	1,275 (ns)	1,269 (ns)	1,270 (ns)	
Taille moyenne (5-9)	Réf			Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Grande taille (10 et plus)	2,275***			1,655***	1,654***	1,629***	1,653***	1,646***	1,553**	1,569**	1,550**	

L'accouchement à domicile au Cameroun : disparités spatiales et éléments d'explication

Sexe du CM	**	Ns										
Masculin	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	
Féminin	0,686**	0,992 (ns)	0,990 (ns)	1,060 (ns)	1,052 (ns)	1,044 (ns)	1,044 (ns)	1,044 (ns)	1,044 (ns)	1,046 (ns)	1,046 (ns)	
Degré de modernité	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	
Peu moderne	1,167 (ns)		1,025 (ns)	1,025 (ns)	1,034 (ns)	1,026 (ns)	1,025 (ns)	1,025 (ns)	1,025 (ns)	1,005 (ns)	1,005 (ns)	
Assez moderne	Réf		Réf									
Moderne	0,100***		0,224***	0,229***	0,229***	0,207***	0,207***	0,208***	0,208***	0,206***	0,206***	
Etat matrimonial	***			Ns								
En union	Réf			Réf								
Pas ou plus en union	0,533***			0,803 (ns)	0,825 (ns)	0,773 (ns)	0,779 (ns)	0,779 (ns)	0,786 (ns)	0,786 (ns)	0,786 (ns)	
Expérience à la maternité	***				Ns							
Peu expérimentée	1,472**				0,933 (ns)	0,941 (ns)	0,944 (ns)	0,944 (ns)	0,910 (ns)	0,910 (ns)	0,910 (ns)	
Assez expérimentée	Réf				Réf							
Expérimentée	1,352**				1,052 (ns)	1,021 (ns)	1,026 (ns)	1,048 (ns)	1,048 (ns)	1,048 (ns)	1,048 (ns)	
Nombre de CPN effectuées	***						***	***	***	***	***	
Aucune CPN	30,792***						11,725***	11,742***	11,557***	11,557***	11,557***	
1-3 CPN	4,072***						1,921***	1,920***	1,895***	1,895***	1,895***	
4 CPN et plus	Réf						Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	
Opportunité de la grossesse	***							Ns	Ns	Ns	Ns	
Opportune	Réf							Réf	Réf	Réf	Réf	
Inopportune	0,816 (ns)							0,905 (ns)	0,901 (ns)	0,901 (ns)	0,901 (ns)	
Complications à l'accouchement	***										Ns	
Oui	0,688***										0,799 (ns)	
Non	Réf										Réf	
<b>Khi-deux</b>		<b>563,52</b>	<b>580,89</b>	<b>693,46</b>	<b>702,98</b>	<b>702,98</b>	<b>727,33</b>	<b>728,23</b>	<b>728,52</b>	<b>826,12</b>	<b>826,48</b>	<b>828,04</b>
		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>Pseudo R2(%)</b>		<b>27,20</b>	<b>28,04</b>	<b>33,48</b>	<b>33,94</b>	<b>33,94</b>	<b>35,11</b>	<b>35,16</b>	<b>35,17</b>	<b>39,88</b>	<b>39,90</b>	<b>39,97</b>

\*\*\*Significatif au seuil de 1% ; \*\*Significatif au seuil de 5% ; \*Significatif au seuil de 10% ; Ns : Non significatif ; Réf : Référence

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS 2011

Tableau 5 : Effets bruts et nets (Odds Ratio) des variables indépendantes sur la survenue de l'accouchement à domicile : niveau rural

Variables explicatives	Effets bruts					Effets nets						
	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
<b>Zone de résidence</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Grand Nord	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Centre/Sud/Est	0,148***	0,269***	0,311***	0,433***	0,430***	0,445***	0,444***	0,444***	0,444***	0,446***	0,448***	0,437***
Nord-Ouest/Sud-Ouest	0,015***	0,093***	0,085***	0,129***	0,129***	0,130***	0,121***	0,121***	0,118***	0,145***	0,146***	0,144***
Ouest/Littoral	0,034***	0,188***	0,224***	0,344***	0,347***	0,357***	0,362***	0,362***	0,359***	0,360***	0,358***	0,348***
<b>Groupe ethnique de la femme</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sémites/Hamites/Soudanais	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Semi-bantous	0,018***	0,115***	0,115***	0,107***	0,108***	0,113***	0,119***	0,119***	0,118***	0,171***	0,173***	0,176***
Bantous	0,084***	0,349***	0,376***	0,457***	0,455***	0,455***	0,500***	0,500***	0,509***	0,563**	0,583**	0,605*

*L'accouchement à domicile au Cameroun : disparités spatiales et éléments d'explication*

Pygmées	0,447***	1,561 (ns)	1,678*	1,612 (ns)	1,614 (ns)	1,598 (ns)	1,590 (ns)	1,590 (ns)	1,671*	1,854*	1,873*	1,890*
Autres ethnies	0,549***	1,095 (ns)	1,133 (ns)	1,249 (ns)	1,264 (ns)	1,263 (ns)	1,336 (ns)	1,336 (ns)	1,338 (ns)	1,265 (ns)	1,283 (ns)	1,311 (ns)
<b>Religion de la femme</b>	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Chrétienne	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
Musulmane	2,511***		1,248**	1,374**	1,379**	1,351***	1,394***	1,394***	1,441***	1,214 (ns)	1,192 (ns)	1,202 (ns)
Animiste/Sans religion	4,178***		3,372***	2,976***	2,954***	2,911***	3,004***	3,004***	3,002***	1,978***	1,974***	1,946***
<b>Niveau de vie du ménage</b>	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Pauvre	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
Moyen	0,119***		0,292***	0,290***	0,288***	0,303***	0,303***	0,303***	0,303***	0,346***	0,344***	0,344***
Riche	0,049***		0,128***	0,126***	0,123***	0,132***	0,132***	0,131***	0,131***	0,164***	0,165***	0,165***
<b>Taille du ménage</b>	***		Ns									
Petite taille (moins de 5)	0,964 (ns)		0,871 (ns)	0,894 (ns)	0,873 (ns)	0,873 (ns)	0,955 (ns)	0,992 (ns)	0,982 (ns)	0,982 (ns)	0,987 (ns)	0,987 (ns)
Taille moyenne (5-9)	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
Grande taille (10 et plus)	1,208**		1,081 (ns)	1,067 (ns)	1,063 (ns)	1,063 (ns)	1,066 (ns)	1,069 (ns)	1,077 (ns)	1,077 (ns)	1,076 (ns)	1,076 (ns)
<b>Sexe du CM</b>	***		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Masculin	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
Féminin	0,333***		0,728**	0,736**	0,736**	0,716**	0,723**	0,723**	0,720**	0,720**	0,718**	0,718**
<b>Degré de modernité</b>	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Peu moderne	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
Assez moderne	0,525***		0,704***	0,704***	0,697***	0,752***	0,752***	0,748***	0,748***	0,748***	0,747***	0,747***
Moderne	0,175***		0,617*	0,617*	0,613*	0,683 (ns)	0,676 (ns)	0,676 (ns)	0,686 (ns)	0,686 (ns)	0,686 (ns)	0,686 (ns)
<b>État matrimonial</b>	***		Ns									
En union	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
Pas ou plus en union	0,346***		0,998 (ns)	1,087 (ns)	1,035 (ns)	1,073 (ns)	1,066 (ns)					
<b>Expérience à la maternité</b>	***		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Peu expérimentée	1,107 (ns)		0,759**	0,721**	0,730**	0,730**	0,719**	0,719**	0,719**	0,719**	0,719**	0,719**
Assez expérimentée	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
Expérimentée	1,305***		1,115 (ns)	1,062 (ns)	1,078 (ns)	1,105 (ns)						
<b>Nombre de CPN effectuées</b>	***		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Aucune CPN	31,767***		10,668***	10,782***	10,821***	10,821***	10,821***	10,821***	10,821***	10,821***	10,821***	10,821***
1-3 CPN	2,421***		1,992***	2,004***	1,996***	1,996***	1,996***	1,996***	1,996***	1,996***	1,996***	1,996***
4 CPN et plus	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
<b>Opportunité de la grossesse</b>	***		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Opportune	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
Inopportune	0,616***		0,809*	0,811*	0,811*	0,811*	0,811*	0,811*	0,811*	0,811*	0,811*	0,811*
<b>Complications à l'accouchement</b>	***		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Oui	0,816***		0,812*	0,812*	0,812*	0,812*	0,812*	0,812*	0,812*	0,812*	0,812*	0,812*
Non	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>									
<b>Khi-deux</b>		1783,88	1827,31	1980,82	1983,25	1988,43	2002,75	2002,75	2010,8	2306,89	2310,27	2313,47
		***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>Pseudo R2(%)</b>		34,91	35,76	38,77	38,81	38,91	39,19	39,19	39,35	45,15	45,21	45,28

\*\*\*Significatif au seuil de 1% ; \*\*Significatif au seuil de 5% ; \*Significatif au seuil de 10% ; Ns : Non significatif ; Réf : Référence

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS 2011