

Les zones urbaines ont-elles toujours des avantages par rapport aux zones rurales en matière de discontinuité des soins prénatals en Afrique subsaharienne ?

Franklin Bouba Djourdebbé*, Adolphe Yemtim†

*Département de démographie, Université de Montréal (Canada), † Département de sociologie, Université de Ouagadougou (Burkina Faso)

E-mail: francklin.bouba@umontreal.ca

1. Contexte, justification et objectifs

Les questions liées à la santé maternelle demeurent préoccupantes aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement (Alam et al., 2015; Bauserman et al., 2015). La mortalité maternelle est classiquement due à plus de 70%, à cinq causes obstétricales majeures : les hémorragies (25%), les infections (15%), les avortements à risque (13%), les éclampsies (12%), les dystocies (8%) (Liu et al., 2015). La mortalité maternelle est en partie liée à des pathologies comme le paludisme ou le VIH/Sida (Buchmann et al., 2015; Kamuliwo et al., 2015). Chaque jour dans le monde, 800 femmes meurent pendant la grossesse ou l'accouchement. Bien qu'un certain nombre de pays aient réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990, l'Afrique subsaharienne demeure la région du monde où les risques liés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum sont les plus élevés, avec environ 510 décès pour 100 000 naissances vivantes (WHO, 2014). Au cours des dernières années, les pays africains au Sud du Sahara ont réduit leur mortalité maternelle de 41%. Sur les 44 pays pour lesquels les données relatives à l'OMD4 sont disponibles, un seul pays (Égypte) a atteint l'Objectif du Millénaire pour le développement 5 (OMD-5 qui consiste à réduire de deux tiers le taux de mortalité maternelle), 2 pays sont sur la voie de l'atteindre, 23 pays font des progrès dans l'atteinte de l'objectif, 9 pays ont fait suffisamment de progrès, alors que 9 autres pays n'ont pas fait de progrès du tout (UA, 2013).

L'Afrique subsaharienne est également la région du monde où les femmes fréquentent moins les services obstétricaux mis en place pour lutter contre la morbidité et la mortalité maternelles. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le recours aux soins prénatals est de 63% en Afrique subsaharienne contre 97% en Europe, 95% en Amérique du nord, 73% en Amérique Latine et Caraïbes et 65% en Asie (WHO, 2014). Entre 1990 et 2000, la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale ne s'est accrue que de 5% en Afrique subsaharienne contre 31% en Asie à l'exception de la Chine (UNICEF, 2001). Pourtant, la mortalité maternelle pourrait être sensiblement réduite si les femmes ont accès à des soins appropriés pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

En Afrique subsaharienne, une faible proportion des femmes qui effectuent au moins une visite prénatale, nombre d'entre elles n'y reviennent plus assurer la continuité des soins

prénatals (Beninguisse et Nikiema, 2005; Bouba Djourdebbé, 2010). Cela constitue une discontinuité des soins pendant la grossesse. La discontinuité des soins prénatals est un danger pour la santé maternelle, puisque chaque étape de la grossesse comporte son lot de risques avec une culmination à la fin de la grossesse, période à laquelle il est estimé que les deux tiers des décès maternels surviennent (AbouZahr et Boerma, 2005; Hill et al., 2007). Les soins prénatals doivent ainsi être reçus à un stade précoce et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement pour être efficaces (Beninguisse et Nikiema, 2005). L'OMS recommande, au moins 4 visites prénatales, à intervalles réguliers tout le long de la grossesse. Compte tenu de la pandémie du VIH/Sida, la discontinuité des soins pendant la grossesse contribuerait à compromettre la prévention de la transmission mère-enfant (Beninguisse et Nikiema, 2005). À défaut de pouvoir atteindre toutes les gestantes, parvenir à les fidéliser dès le premier contact avec le système de santé, pour une continuité de soins le long du processus d'enfantement constituerait une étape importante vers la réduction de la mortalité maternelle (Beninguisse et Nikiema, 2005; Bouba Djourdebbé, 2010).

Malgré la production abondante sur le recours aux structures sanitaires pendant la grossesse, les déterminants de la discontinuité des soins sont encore mal connus et très peu étudiés. En raison d'importantes disparités entre les pays, à l'intérieur d'un même pays et entre les zones urbaines et rurales en termes de santé maternelle, on peut postuler qu'il y ait des différences importantes entre les zones urbaines et rurales en matière de discontinuité des soins pendant la grossesse, de même qu'il pourrait exister des zones urbaines plus exposées à la discontinuité liée à l'hétérogénéité spatiale observée dans de nombreuses villes subsahariennes. L'objectif général de cette communication est de contribuer à améliorer les connaissances sur la santé maternelle, afin de mettre à la disposition des décideurs des données probantes permettant de guider les politiques de santé, afin de réduire la morbidité chez les gestantes, et par là même la mortalité maternelle.

2. Sources des données et méthodes

L'étude porte sur les données de dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées entre 2006 et 2015 dans 34 pays subsahariens (Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, République Démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé, Sénégal, Sierra Léone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Ouganda, Zambie et Zimbabwe). Les données EDS ont l'avantage d'être comparables entre les pays, et sont gracieusement accessibles. Ces données disposent des informations permettant d'analyser les différences entre les zones urbaines et rurales en matière de discontinuité des soins pendant la grossesse. Il s'agit notamment du nombre de visites prénatales, de l'âge de la femme, de la parité, du niveau d'éducation de la femme, de l'opportunité de la grossesse, etc. Les données EDS comportent également des variables sur la possession des biens par le ménage et le confort de l'habitat, ainsi que celles sur la prise de taille, du poids, de la tension artérielle, le test d'urine, le prélèvement du sang et la vaccination antitétanique.

La discontinuité des soins prénatals (variable dépendante) est saisie par le nombre de visites prénatales (il faudrait que la femme ait effectué au moins une consultation prénatale relative à son dernier enfant). La variable indépendante d'intérêt est le milieu de résidence de la femme (urbain, rural). Les variables de contrôle de l'étude sont l'âge de la femme, la parité, l'opportunité de la grossesse, la durée de la gestation à la première consultation prénatale, le niveau d'éducation de la femme, le niveau de vie du ménage, et la qualité des services prénatals. La prise en compte de ces variables de contrôle reconnues dans la littérature comme ayant un effet sur la santé maternelle, permet de tenir compte des biais dans l'estimation des effets du milieu de résidence de la femme, sur la discontinuité des soins pendant la grossesse (Bouba Djourdebbé, 2010).

L'âge de la femme est regroupé en trois modalités : 15-24 ans, 25-34 ans, et 35-49 ans. La parité comprend également trois modalités : les primipares, les multipares et les grandes multipares. L'opportunité de la grossesse est une variable dichotomique (opportune et inopportune). La durée de la gestation à la première consultation prénatale est une variable dichotomique distinguant les femmes ayant effectué la première consultation prénatale dans le premier trimestre de la grossesse de celles ayant effectué la première consultation prénatale au-delà du premier trimestre. Le niveau d'éducation de la femme est regroupé en trois catégories : sans niveau, primaire, secondaire ou plus.

L'indicateur de niveau de vie est construit à partir de la possession des biens par le ménage, et du confort de l'habitat (Kobiane, 2004). Les modalités des variables utilisées dans la construction de l'indicateur de niveau de vie sont pondérées selon une échelle croissante en fonction de leur valeur économique. Une analyse en composantes principales est ensuite effectuée sur les variables pondérées. La première composante (qui explique la plus grande part de la variance) est enfin retenue comme indicateur de niveau de vie. Elle est découpée en trois niveaux : bas, moyen et élevé.

La qualité des services prénatals est captée par un indicateur composite intégrant la prise de la taille, du poids, de la tension artérielle, le test d'urine, le prélèvement du sang et la vaccination antitétanique. Ces composantes font partie des caractéristiques du système de santé et du minimum du standard médical à offrir à une femme pendant la grossesse (Bouba Djourdebbé, 2010). La qualité des services est considérée comme étant bonne lorsqu'une gestante, au cours de la visite prénatale relative à son dernier enfant, a été soumise à une prise de la taille, du poids, de la tension artérielle, de l'urine, du sang, a reçu au moins une dose de vaccination antitétanique, les comprimés de fer, la prévention contre le paludisme et l'éducation sanitaire sur les signes de complications de la grossesse. La qualité des services est considérée comme étant moyenne lorsque la prestation ne recouvre pas les éléments des soins cités. Enfin, la qualité des services est considérée comme étant mauvaise lorsqu'aucun élément des soins n'a été presté.

Des analyses multivariées basées sur modèles logit ordonné sont effectuées pour estimer les effets du milieu de résidence de la femme sur la discontinuité des soins pendant la grossesse en contrôlant les variables démographiques et socio-économiques pour chaque pays.

3. Résultats attendus

On s'attend à ce que les résultats de l'étude aboutissent à dégager trois grands groupes des pays en matière de discontinuité des soins prénatals en Afrique subsaharienne. Le premier groupe des pays (la majorité) est celui où on enregistre des différences importantes entre les zones urbaines et rurales en matière de discontinuité des soins prénatals, avec des avantages pour les zones urbaines. Le deuxième groupe de pays (nombre non négligeable) concerne ceux où on n'observe pas des différences statistiquement significatives entre les zones urbaines et rurales en termes de discontinuité des soins prénatals. Enfin, le troisième groupe des pays (nombre limité) est celui où on observe des situations atypiques, où la discontinuité des soins prénatals est plus importante en zones urbaines comparées aux zones rurales.

4. Références

- ABOUZAHAR, C. et BOERMA, T. 2005. «Health information systems: the foundations of public health», *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 8: 578-583.
- ALAM, N., HAJZADEH, M., DUMONT, A. et al. 2015. «Inequalities in Maternal Health Care Utilization in Sub-Saharan African Countries: A Multiyear and Multi-Country Analysis», *PloS one*, DOI: 10.1371/journal.pone.0120922.
- BAUSERMAN, M., LOKANGAKA, A., THORSTEN, V. et al. 2015. «Risk factors for maternal death and trends in maternal mortality in low-and middle-income countries: a prospective longitudinal cohort analysis», *Reproductive Health*, S5, DOI: 10.1186/1742-4755-12-S2-S5.
- BENINGUISSE, G. et NIKIEMA, B. 2005. La discontinuité des soins obstétricaux en Afrique Centrale et de l'Ouest. Niveaux, schémas et facteurs associés. Yaoundé, IFORD/Université de Montréal, 8 p.
- BOUBA DJOURDEBBÉ, F. 2010. *La déperdition des soins prénatals au Tchad*, EUE, 124 p.
- BUCHMANN, E. J., MNYANI, C. N., FRANK, K. A. et al. 2015. «Declining maternal mortality in the face of persistently high HIV prevalence in a middle-income country», *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122, 2: 220-227.
- HILL, K., THOMAS, K., ABOUZAHAR, C. et al. 2007. «Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data», *The Lancet*, 370, 9595: 1311-1319.
- KAMULIWO, M., KIRK, K. E., CHANDA, E. et al. 2015. «Spatial patterns and determinants of malaria infection during pregnancy in Zambia», *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 109, 8: 514-521.
- KOBIANE, J.-F. 2004. «Habitat et biens d'équipement comme indicateurs de niveau de vie des ménages: bilan méthodologique et application à l'analyse de la relation pauvreté-scolarisations», *African Population Studies Supplement A*, 19, 2: 265-283.
- LIU, L., OZA, S., HOGAN, D. et al. 2015. «Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis», *The Lancet*, 385, 9966: 430-440.
- UA. 2013. Rapport annuel sur la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. Addis Ababa, Union Africaine, 57 p.
- UNICEF. 2001. Maternal care. New York, UNICEF, 17 p.
- WHO. 2014. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva, WHO, 56 p.