

« Accouchement en structures de soins au Burundi : vers la compréhension d'un paradoxe sanitaire »

Médiatrice NKURUNZIZA, Centre de recherche en démographie et société- UCL

INTRODUCTION

Si la grossesse n'est pas une maladie, elle n'en comporte pas moins de risques pour la santé et la survie de la femme mais aussi pour l'enfant auquel elle donnera naissance. Selon l'OMS, «*Chaque année, on enregistre plus de 200 millions de grossesses et, dans à peu près 15 % des cas, la femme risque de souffrir de complications qui, faute de soins obstétricaux qualifiés, risquent d'entraîner un décès ou une pathologie grave*» (OMS, 1998). Ces risques existent dans le monde entier. Mais si dans les pays développés, ils n'entraînent que très rarement la mort ou une incapacité, et cela en raison du fait que chaque femme enceinte a accès à des soins pendant la grossesse et lors de l'accouchement, ce n'est toutefois pas le cas dans beaucoup de pays en développement. Les taux de mortalité maternelle sont ainsi plus élevés au Sud, et particulièrement en Afrique sub-saharienne où le niveau du recours aux soins obstétricaux est, en général, faible (Beninguisse, 2003). En effet, selon les estimations de l'OMS, à la fin des années 1990, moins de trois quarts des femmes bénéficiaient d'une consultation prénatale au cours de la grossesse (OMS, 1998). Pire, seulement moins de la moitié des femmes accouchent dans une structure de santé. Malheureusement, la rareté des données sinon leur inexistence, a pendant longtemps limité les recherches sur les niveaux et les déterminants du recours aux soins maternels en Afrique. Ce n'est que récemment (environ deux à trois décennies) que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) permettent de combler ce déficit. En nous référant donc aux rapports des dernières EDS¹, nous constatons effectivement la faiblesse du niveau de recours aux soins obstétricaux annoncée plus haut.

Au Burundi, l'utilisation des services obstétricaux modernes reste problématique. Si le niveau du recours à au moins une consultation prénatale (CPN) y semble globalement satisfaisant, il n'en est pas ainsi lorsqu'on s'intéresse au lieu d'accouchement. Ainsi, les données sur le niveau du recours aux soins obstétricaux révèlent un paradoxe en ce sens que, en 2002, environ 90% des femmes ont déclaré avoir fait au moins une CPN au cours de leur dernière grossesse, tandis que plus de 69% des accouchements ont eu lieu à domicile. Qui sont ces femmes qui recourent aux soins prénataux modernes mais qui accouchent en dehors des formations sanitaires ? Notre objectif ici est de rechercher les facteurs les plus déterminants de cette sous-utilisation des services de santé pendant l'accouchement.

¹ Nous nous sommes limitée aux données des rapports des dernières EDS (1996-2005) des pays d'Afrique sub-saharienne.

- *Pourquoi un accouchement dans une structure de santé ?*

La plupart des décès des mères surviennent autour de l'accouchement (Ikamari, 2004). Or, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, l'accouchement à domicile est encore très répandu en Afrique sub-saharienne et plus particulièrement au Burundi. Ces accouchements sont assistés par des personnes non qualifiées et incapables de gérer des complications (Koblinsky, 1999). L'accouchement assisté par un personnel qualifié présente des avantages : soins de qualité en respectant des règles d'hygiène, reconnaissance et prise en charge des complications afin de pouvoir sauver la vie de la femme et de l'enfant. Dans un pays à forte prévalence du VIH/SIDA comme le Burundi (3,2% de la population de 12 ans et plus en 2002²), un accouchement dans une structure de santé peut permettre de réduire au maximum le risque de contamination de la mère à l'enfant au cours du travail ou de l'accouchement.

Les déterminants du recours aux soins obstétricaux

Dans notre étude, nous n'allons pas nous intéresser au fonctionnement du système de santé burundais en matière de santé maternelle mais aux déterminants individuels du recours aux soins obstétricaux des femmes. Nous ne distinguons pas non plus les formations sanitaires privées des formations publiques.

- *Age de la femme à la grossesse* : En matière de santé, l'âge exerce une influence sur le recours aux soins. Dans le domaine de la santé maternelle, les jeunes femmes utilisent moins les services de maternité car, faute d'expérience, elles peuvent ignorer des symptômes de la grossesse (et par conséquent elles auront un recours tardif à la première CPN) (Gage, 1998) ou le début du processus d'enfantement. Or, la fécondité aux jeunes âges (moins de 20 ans) comporte un grand risque (faible poids de l'enfant à la naissance, fausse couche, complication lors de l'accouchement, risque de décès de la mère, ...) suite à l'immaturation physiologique de la mère (<18 ans) (Emina Be-Ofuriyua, 2005). Le risque de décès ou de morbidité est également observé chez les mères plus âgées ou chez leur enfant (par exemple le décès fœtal, la prématurité, la malformation congénitale, etc.). Compte tenu de leur expérience (ou celles des amies) en matière de maternité, les mères plus âgées sont susceptibles d'être conscientes des risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Néanmoins, l'effet de l'âge sur le choix du lieu d'accouchement n'est donc pas toujours vérifié (N. Chakraborty *et al*, 2003). Dans une étude réalisée dans le district de Teso (Kenya), Ikamari (2004, p.29) indique que les femmes âgées accouchent sans aucune assistance tandis que les jeunes préfèrent l'assistance des

² *Rapport national sur le développement humain au Burundi*, Bujumbura, 2003, p.35

http://www.bi.undp.org/documents/RNDH%20Burundi_2003.pdf (lu le 3 octobre 2008)

accoucheuses traditionnelles

- *Rang de la grossesse* : Généralement les primipares utilisent beaucoup plus les formations sanitaires que les multipares (Y. Celik et D. R. Hotchkiss, 2000, p.1798 et B. Banza, 1999, p.72). Il est probable que les premières soient plus inquiètes par rapport à leur état tandis que les multipares sont confiantes grâce à l'expérience accumulée dans le passé. Stephenson et Ong Tsui (2002) ont fait le même constat en Uttar Pradesh en Inde, Pebley *et al.*(1996) au Guatemala ainsi que Baya (1999) à Bobo Dioulasso (Burkina Faso) : l'utilisation des soins prénataux et des soins à l'accouchement diminue avec la parité. En effet, les femmes perçoivent des risques associés à la première grossesse et ont tendance à recourir plus aux services de santé maternelle (N. Chakraborty *et al.*, 2003, p.497). Quant aux multipares, elles éprouveraient également des problèmes de garde des enfants et ne pourraient pas se rendre dans des formations de santé.

- *Etat matrimonial de la femme* : Dans des sociétés où le mariage est presque universel et précoce, comme cela est encore le cas en Afrique, la procréation reste un domaine généralement réservé aux femmes mariées (Kaufman cité par Baya, 1993). Ainsi, les enfants nés hors mariage sont difficilement acceptés par la société. Selon Baya (1993), quel que soit le niveau d'instruction des filles, ces dernières auront toujours tendance à cacher leur grossesse. Par conséquent, elles n'auront pas recours à des soins de maternité par peur d'être vue et par crainte du manque d'intimité et de confidentialité de la part du personnel soignant (Gage, 1998, p. 33). Néanmoins, vu que cette étude porte sur des femmes qui ont eu recours à une CPN, il y a lieu de croire que les mères vivant seules (célibataires, veuves, divorcés et séparées) sont des femmes « affranchies » qui n'ont plus peur des critiques de l'entourage. Par contre, elles peuvent connaître des difficultés financières qui, comparativement à celles vivant en union, auront des répercussions sur leur santé voire celle de leur enfant. La décision du recours ou non aux soins de santé de la femme africaine dépend également de son entourage. Chez une femme mariée, le mari ou sa famille influence l'utilisation des services de soins, sachant qu'en Afrique et au Burundi en particulier, la famille du mari garde une parcelle de pouvoir sur les décisions du couple.

- *Niveau d'instruction de la femme* : De nombreux travaux montrent qu'il existe un lien entre l'instruction et le recours aux services de santé. A travers l'école, l'individu entre en contact avec des valeurs et des croyances nouvelles. Ce sont ces savoirs nouveaux qui amènent l'individu à ajuster son comportement de santé aux exigences de la modernité. Tout d'abord la perception de la maladie ou de la mort relève des croyances populaires en Afrique. Une femme instruite est capable de s'affranchir de ces croyances car elle est capable de mieux comprendre des informations relatives aux soins maternels, de développer aussi des nouveaux

comportements en matière d'hygiène. En plus, l'instruction est un facteur important de changement de la représentation des relations familiales car le pouvoir de décision ne revient plus aux « aînés sociaux » mais à la mère ou au couple. En plus du rôle important que joue l'école dans le processus de changement de comportement, l'instruction augmente également le niveau de vie, donc la capacité de payer des soins de santé.

- *Religion de la femme* : De même que l'école, la religion joue un rôle important dans le processus de socialisation. Elle exerce une forte influence sur le comportement des fidèles. En Afrique noire, la religion chrétienne a joué un rôle important en imposant de nouvelles valeurs, de nouvelles attitudes qui bousculent celles de l'univers culturel traditionnel. En matière d'accouchement par exemple, « *le christianisme a introduit [...], des différences qui persistent jusqu'à nos jours. Les premiers missionnaires chrétiens incitaient en effet leurs fidèles (parfois sous peine d'être excommuniées) à accoucher à la maternité ou au dispensaire (dont ils étaient souvent des constructeurs) et à abandonner ainsi tous les rites traditionnels entourant la naissance d'un enfant* » (Akoto, 1990). Fournier et Haddad (1995, p.299), à leur tour, citant des études qui ont été réalisées au Kenya et au Nigeria, indiquent par exemple, que des « *musulmans sont réticents à l'utilisation des services fournis par les missions catholiques et (...) ils ne s'y adressent qu'en cas d'extrême urgence* », car, dans ces sociétés, les musulmans et les adeptes des religions traditionnelles ont tendance à recourir à la médecine traditionnelle.

- *Milieu de résidence de la femme au moment de l'enquête* : Dans la plupart des études faites dans les pays en développement, on a l'habitude de distinguer deux types de milieux de résidence : celui urbain où se trouve la concentration des infrastructures socio-économiques et sanitaires ainsi qu'une proportion importante de la population instruite, et celui rural à prédominance d'illettrés et de défavorisés (en matière d'infrastructures). Outre ces inégalités d'équipement en termes d'infrastructures sanitaires, les inégalités de comportement de santé sont également expliquées par un effet d'entraînement. En effet, une femme urbaine, indépendamment de son niveau d'instruction, sera influencée par le comportement des femmes de son entourage, par la proximité d'une structure de santé et par la circulation de l'information. La femme rurale, par contre, est d'une part perpétuellement soumise aux décisions du mari et de sa famille qui peuvent être souvent favorables aux interventions traditionnelles moins coûteuses, d'autre part confrontée au problème d'inaccessibilité des formations sanitaires (longue distance à parcourir, insuffisance des moyens de transport, routes en mauvais état, ...).

La spécificité de l'enquête Socio-démographique et Santé de la Reproduction (ESD-SR) de 2002 au Burundi est qu'elle tient compte de l'une des conséquences de la guerre, c'est-à-dire le déplacement massif d'une partie de la population tant vers l'extérieur que vers l'intérieur du pays. Ce déplacement a eu comme conséquence la création de nombreux sites des déplacés de guerre à l'intérieur du pays. Dans cette étude, nous nous inscrivons dans cette logique afin de pouvoir vérifier le comportement des femmes déplacées par rapport aux urbaines et aux rurales. En effet, en plus de la pauvreté tant au niveau financier qu'au niveau des infrastructures que connaît le milieu rural burundais en général, la population déplacée vit dans des conditions de précarité à tous les points de vue, les femmes et les enfants étant les plus vulnérables (Burundi, UPP et APF, 1995).

- *Occupation de la femme* : Plusieurs études associent le travail rémunéré de la femme à une meilleure santé de la femme et de l'enfant mais cette relation n'a pas été toujours vérifiée (Hilfinger Messias *et al.*, 1997, p. 302). Dans le cas présent, nous ne nous intéresserons pas aux secteurs professionnels en tant que tels mais bien plutôt au type de travail qui permet ou non à la femme de recourir aux soins maternels. Les femmes salariées ont droit à un congé de maternité, sur présentation d'un certificat médical (Burundi, 1993, p. 17). Il nous paraît donc logique que les femmes salariées (dans le public comme dans le privé) se distinguent des autres en matière d'utilisation des services obstétricaux modernes. De même, les femmes qui travaillent pour leur propre compte (les indépendantes) ont des horaires de travail plus flexibles qui permettent à la femme de recourir aux soins. Par contre, au-delà des raisons financières, les tâches qui sont confiées à la femme africaine au foyer, généralement paysanne (entretien du ménage et des champs, la garde des enfants, petit commerce pour subvenir aux petits besoins du ménage, etc.) la confinent dans son foyer et elle n'a pas le temps de recourir aux soins chaque fois qu'elle en a besoin.

- *Niveau de vie du ménage* : Des études montrent une relation entre le niveau du recours aux soins de santé et le niveau de vie du ménage (Fournier et Haddad, 1995, p. 301-303). Le niveau de vie influence le recours aux soins maternels par la capacité qu'a le ménage à subvenir aux besoins de santé de la femme. Ainsi, les femmes qui résident dans des ménages pauvres sont plus exposées au risque de ne pas recourir aux services de maternité car elles vivent dans des milieux défavorisés et ne jouissent pas d'autonomie financière et décisionnelle. Or, la politique de recouvrement des soins, recommandée par la Banque Mondiale et mise en place depuis l'Initiative de Bamako en 1987, a pour conséquence l'inaccessibilité des services de soins par les populations les plus démunies. Signalons aussi que le système de protection sociale et de couverture médicale est très peu développé en Afrique. Ce sont des agents du système public qui bénéficient souvent de cet avantage en Afrique en général et au Burundi en particulier. En matière de recours aux soins de maternité,

en plus de l'incapacité de payer les soins s'ajoutent l'incapacité de payer des frais de transport en cas de besoin ainsi que la préoccupation de garde des enfants et de la parturiente³.

Données et méthode

Source de données

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'Enquête Socio-Démographique et Santé de la Reproduction (ESD-SR) réalisée au Burundi en 2002. L'enquête a été organisée par le gouvernement burundais et financée par le FNUAP. C'est une grande enquête rétrospective à passage unique qui a touché environ 7119 ménages et 32805 personnes de tous sexes et de tous âges. La collecte des données s'est réalisée suivant un plan d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés (deux degrés dans les camps de déplacés, trois degrés dans les sous-collines rurales et dans les zones de dénombrement urbaines). « *La stratification combine le milieu (camps, rural ou urbain), et d'autres critères (la province pour les sous-collines rurales, le groupe de provinces et la période d'arrivée la plus massive des déplacés pour les camps, Bujumbura Mairie et les villes secondaires du Burundi pour les ZD urbaines)* » (Blayo et al., 2004, p.5). Trois types de coefficients de pondérations ont été calculés : le poids intra-provinces, le poids intra-milieus et le poids global. C'est ce dernier que nous utilisons dans notre étude pour pouvoir corriger l'inégalité de tirage des ménages dans les trois milieux de résidence.

Les données individuelles étaient collectées sur trois types de bulletins individuels à savoir le bulletin des enfants de moins de 14 ans, le bulletin des hommes de plus de 14 ans et le bulletin des femmes de plus de 14 ans. Le bulletin des femmes comprend une rubrique sur la santé de la reproduction notamment la contraception, les grossesses qu'a déjà connues une femme (la date et l'issue de chacune des grossesses, sexe et survie de la naissance vivante), le recours aux services de santé au cours de la dernière grossesse, au cours et après le dernier accouchement. Des questions sur les violences sexuelles faites à la femme ont été également posées.

Dans le souci de: (1) éviter les grossesses survenues avant la crise socio-politique (minimiser ainsi les effets liées à la guerre) ; (2) éviter que les femmes qui étaient enceintes au moment de l'enquête échappent à l'observation et (3) permettre d'expliquer des événements plus récents par des caractéristiques récentes, cette étude s'intéressera aux grossesses survenues entre 1999 et 2001 chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2002 (date de l'enquête) et qui

³ Dans certaines régions du Burundi, des femmes sont obligées de se rendre au moins une semaine avant dans un établissement de soins afin de pouvoir attendre la date de leur accouchement

ont fait au moins une CPN au cours de la dernière grossesse. Ainsi un échantillon de 1956 femmes a été retenu.

Méthode statistique

Le but étant de mesurer l'influence que chaque variable exerce sur la fréquentation aux services de maternité et compte tenu de la nature de la variable dépendante (dichotomique), nous avons eu recours à la régression logistique binaire à l'aide du logiciel SPSS (version 10 et 14). En effet, le modèle de régression logistique permet d'estimer la probabilité qu'une femme accouche ou non dans une formation sanitaire en fonction de la variable introduite dans le modèle (Desjardins, 2007, p. 36).

L'équation suivante de la régression logistique a été tirée de l'ouvrage de Beninguisse (2003, p.122) :

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

où **P** est la probabilité d'accoucher dans une formation sanitaire, **X_j** la valeur de chacune des variables explicatives, **β_j** le coefficient estimé pour le modèle. Il mesure l'effet de la variable explicative **j** sur la variable dépendante, **β₀** étant l'intercept, c'est-à-dire l'ordonnée à l'origine et où **E** représente la valeur des variables qui influencent la variable dépendante mais qui ne sont pas prises en compte dans le modèle.

Dans le cadre de ce travail, l'interprétation des résultats sera portée essentiellement sur une autre mesure d'association appelée « Odds Ratio » ou rapport de cotes ($\text{Exp}(\beta)$) sur base d'un seuil de signification de 5%. En effet, l'« Odds Ratio » ou « $\text{Exp}(\beta)$ » est :

« le facteur par lequel les chances que l'événement se produise changent lorsque la i-ième variable explicative augmente d'une unité. Si la valeur est supérieure à 1, les chances augmentent; si elle est inférieure à 1, les chances diminuent. Si la valeur est égale à 1, les chances restent inchangées » (selon le logiciel SPSS).

Autrement dit, l'interprétation des « Odds ratio » est faite par rapport à une modalité de référence qui prend la valeur 1. Un OR supérieur à 1 signifie que le « risque » (ou chance » qu'un événement étudié se produise dans la catégorie en question est supérieur à celui (celle) de la catégorie de référence. Si l'OR est inférieur à 1, le risque (chance » que la catégorie vive l'événement est inférieur à celui (celle) de la modalité de référence.

En guise de conclusion de cette section, à partir des données de l'ESD-SR de 2002 et de la littérature disponibles sur les déterminants de l'utilisation des soins de maternité, des caractéristiques renvoyant aux facteurs socio-démographiques, économiques et culturels ont

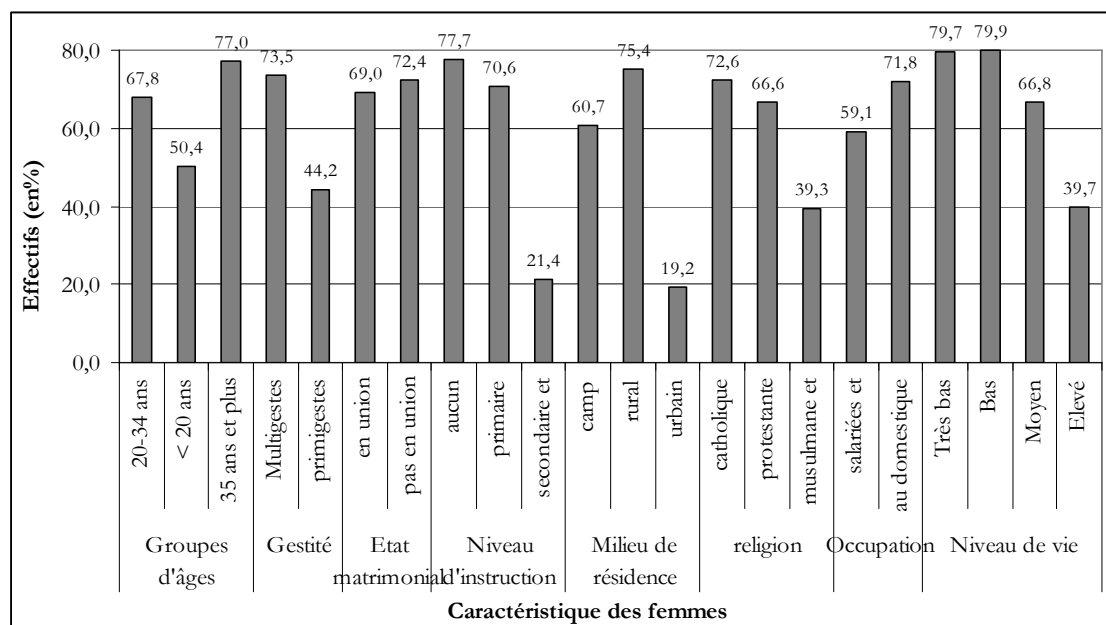
été retenues pour tester nos hypothèses. Le point suivant est consacré à l'identification, dans une approche multivariée, des facteurs liés à l'utilisation des soins pendant l'accouchement par les femmes ayant fait au moins une CPN au cours de la gestation.

Résultat de l'analyse

- *Caractéristiques des accouchées*

Ce sont les femmes plus âgées qui accouchent en dehors des formations sanitaires : 77% pour les femmes de 35 ans et plus, 67,8% pour les 20-24 ans et 50,4% pour les plus jeunes. Le niveau d'accouchement non assisté par un personnel médical est également plus élevé chez les multigestes (73,5%) par rapport aux primigestes (44,2%). La statistique du χ^2 montre que la relation entre l'accouchement en dehors des structures sanitaires par les femmes ayant fait au moins une CPN au cours de la grossesse et chacune des deux caractéristiques précédemment citées est très significative au seuil de 1%. Il n'y a pas, par contre, de différence de comportement des femmes en matière du choix du lieu d'accouchement selon que la femme vit en union ou non.

Figure 1 : Caractéristiques des mères qui utilisent les soins prénatals et qui accouchent en dehors des structures sanitaires au Burundi



Source : Confectionné par nous-même à partir des données de l'ESD-SR de 2002 au Burundi.

L'instruction de la femme est négativement associée à l'accouchement non assisté. Ainsi, alors que le niveau d'accouchement à domicile (ou ailleurs) est très élevé chez les femmes

sans instruction et celles de niveau primaire (respectivement 77,7% et 70,6%), chez les femmes de niveau secondaire ou plus, elle n'est que de 21,4%. Il existe également un écart de comportement entre les femmes urbaines et les autres. En effet, seuls 19,2% des femmes urbaines ont accouché en dehors des structures de santé tandis que le niveau est très élevé en milieu rural (75,7%) et dans les camps de déplacés de guerre (60,7%).

Quant à l'appartenance religieuse, les musulmanes et autres accouchent moins à domicile (39,3%) comparées aux protestantes (66,6%) et aux catholiques (72,6%). Ce sont également les femmes dont le travail reste dans la sphère domestique, comparées aux femmes salariées et aux indépendantes, qui accouchent en dehors des structures de santé, avec un niveau de recours estimé respectivement à 71,8% et 59,1%.

Enfin, même s'il n'existe pas d'écart entre les femmes d'un niveau de vie très bas et celles d'un niveau bas (79% dans les deux cas), plus le niveau de vie augmente plus le niveau d'accouchement non assisté diminue. Ainsi, ce niveau reste élevé chez les femmes de niveau de vie moyen (66,8%) et il est plus bas chez les femmes de niveau de vie élevé (39,4%).

La relation entre le recours à un accouchement à domicile et chacune de ces caractéristiques est très significative (au seuil critique de 1%) à l'exception de l'état matrimonial de la femme.

Facteurs associés à un accouchement en dehors des formations sanitaires par les femmes qui ont fait au moins une visite prénatale au cours de la dernière grossesse

En guise de rappel, le phénomène qui fait objet de cette étude est l'accouchement à domicile par les femmes burundaises qui ont fait au moins une CPN au cours de la gestation. Dans le souci de rendre facile la lecture et l'interprétation des résultats de notre modèle, nous mesurons les chances qu'une femme qui a fait au moins une CPN au cours de la grossesse accouche dans une structure sanitaire. Autrement dit notre variable à expliquer est une variable dichotomique qui prend la valeur 0 si la femme a accouché en dehors d'une formation sanitaire (à domicile ou ailleurs) et 1 si la femme a accouché dans une formation sanitaire.

Tableau : Facteurs associés au recours aux services de maternité par les femmes qui ont fait au moins une CPN

Variables	Modalités	Effets bruts	Effets nets
Age à la grossesse	20-34 ans	1	1
	<20 ans	2,042***	0,866°
	35 ans et plus	0,631***	0,890°
Rang de la grossesse	Multigestes	1	1
	Primigestes	3,514***	4,383***
Etat matrimonial	En union	1	1
	Pas en union	0,845°	0,349***
Niveau d'instruction de la femme	Aucun	1	1
	Primaire	1,458**	1,378**
	Secondaire et plus	12,808***	3,049**
Milieu de résidence	Camps	1	1
	Rural	0,499**	0,470**
	Urbain	6,456***	3,582***
Religion	Catholique	1	1
	Protestante	1,320**	1,311°
	Musulmane et autres	4,056***	1,366°
Occupation de la femme	Salariées et indépendantes	1	1
	Femmes au foyer	0,569***	0,623**
Niveau de vie du ménage	Très bas	1	1
	Bas	0,983°	0,920°
	Moyen	1,947***	1,740**
	Elevé	5,966***	2,201**

*** significatif au seuil de 1%, ** significatif au seuil de 5% et ° Pas significatif

Si, en effet brut, l'âge de la femme influence le choix du lieu d'accouchement par les femmes qui ont fait au moins une CPN pendant la dernière grossesse, cette relation n'est plus significative en contrôlant l'effet des autres variables. Par contre, l'écart de comportement entre les primigestes et les multigestes reste très significatif. Ainsi, la chance d'accoucher dans une structure de santé est 4,383 fois plus élevée chez les primigestes par rapport aux multigestes.

En ce qui concerne l'état matrimonial, il n'existe aucun lien entre cette variable et le lieu d'accouchement en effet brut. En revanche, en présence des autres variables, nous remarquons une différence de choix du lieu d'accouchement entre les femmes mariées et les non mariées. Avec les femmes vivant en union comme catégorie de référence, ce sont les femmes non mariées qui présentent un risque élevé de non assistance à l'accouchement (2,865 fois celui des mariées). Outre les raisons culturelles, nous pouvons citer également une raison économique. Ici nous postulons que les femmes célibataires ainsi que les veuves et les divorcées connaissent davantage des difficultés de payer les frais liés à la maternité.

Le niveau d'instruction, le milieu de résidence, l'occupation de la femme et le niveau de vie des ménages sont également des variables déterminantes du choix du lieu d'accouchement. En effet, plus le niveau d'instruction de la femme augmente, plus la chance d'être assisté par un personnel qualifié pendant l'accouchement augmente. L'accouchement dans une formation sanitaire par les femmes de niveau primaire et celles de niveau au moins secondaire est respectivement 1,378 fois et 3,049 fois celui des femmes sans instruction toutes choses égales par ailleurs.

Quant au milieu de résidence, les résultats ne correspondent pas totalement à nos prédictions : les femmes rurales, comparées aux déplacées de guerre, accouchent moins dans des structures de santé. Avec les déplacées de guerre comme catégorie de référence, la chance d'accoucher dans un service de maternité moderne est 2,128 fois plus faible en milieu rural et 3,582 fois plus élevée en milieu urbain, toutes choses égales par ailleurs. Autrement dit, ce sont les femmes rurales qui fréquentent le moins les services de maternité même quand la grossesse a fait objet d'un suivi médical. Une question se pose alors : qu'est-ce qui explique cette différence de comportement entre les femmes rurales et les déplacées de guerre alors qu'elles ne se distinguent pas en matière de visite prénatale ?

Nous ne saurions capable d'expliquer ce résultat inattendu que par une hypothèse: les déplacés de guerre bénéficient d'une assistance humanitaire, y compris des soins en santé de la reproduction tandis que les femmes rurales sont confrontées aux problèmes d'accessibilité (géographique et financière) aux services de santé dotés de maternité. Par ailleurs, l'analyse des raisons d'accouchement à domicile selon le milieu de résidence indique que plus de 30,6% des femmes rurales ont évoqué le manque des services de maternité proches soit un écart de 10,6% par rapport aux camps de déplacés.

Si, en effet brut, la religion de la femme influence son choix du lieu d'accouchement, cette relation disparaît en présence des autres variables. En effet, 60,6% des non chrétiennes (c'est-à-dire les musulmanes et autres) vivent en milieu urbain. En contrôlant l'effet du milieu de

résidence, l'appartenance religieuse perd son influence sur le choix d'un accouchement en structure de santé par les femmes qui ont fait au moins une visite médicale au cours de la gestation.

Par contre, l'occupation de la femme à l'enquête garde son influence en effet brut tout comme en effet net. Avec les femmes salariées et indépendantes comme catégorie de référence, la chance que les femmes au foyer soient assistées à l'accouchement par le personnel médical est 1,605 fois plus faible toutes choses égales.

Le niveau de vie influence positivement le choix d'un accouchement assisté par le personnel qualifié. En effet, aucune différence de comportement n'est observée entre les femmes des ménages très pauvres (catégorie de référence) et les pauvres. Par contre, la chance d'accoucher en formation sanitaire est 1,740 et 2,201 fois plus élevée respectivement chez les femmes de niveau de vie moyen et celles ayant un niveau de vie élevé et cela au seuil de 5%.

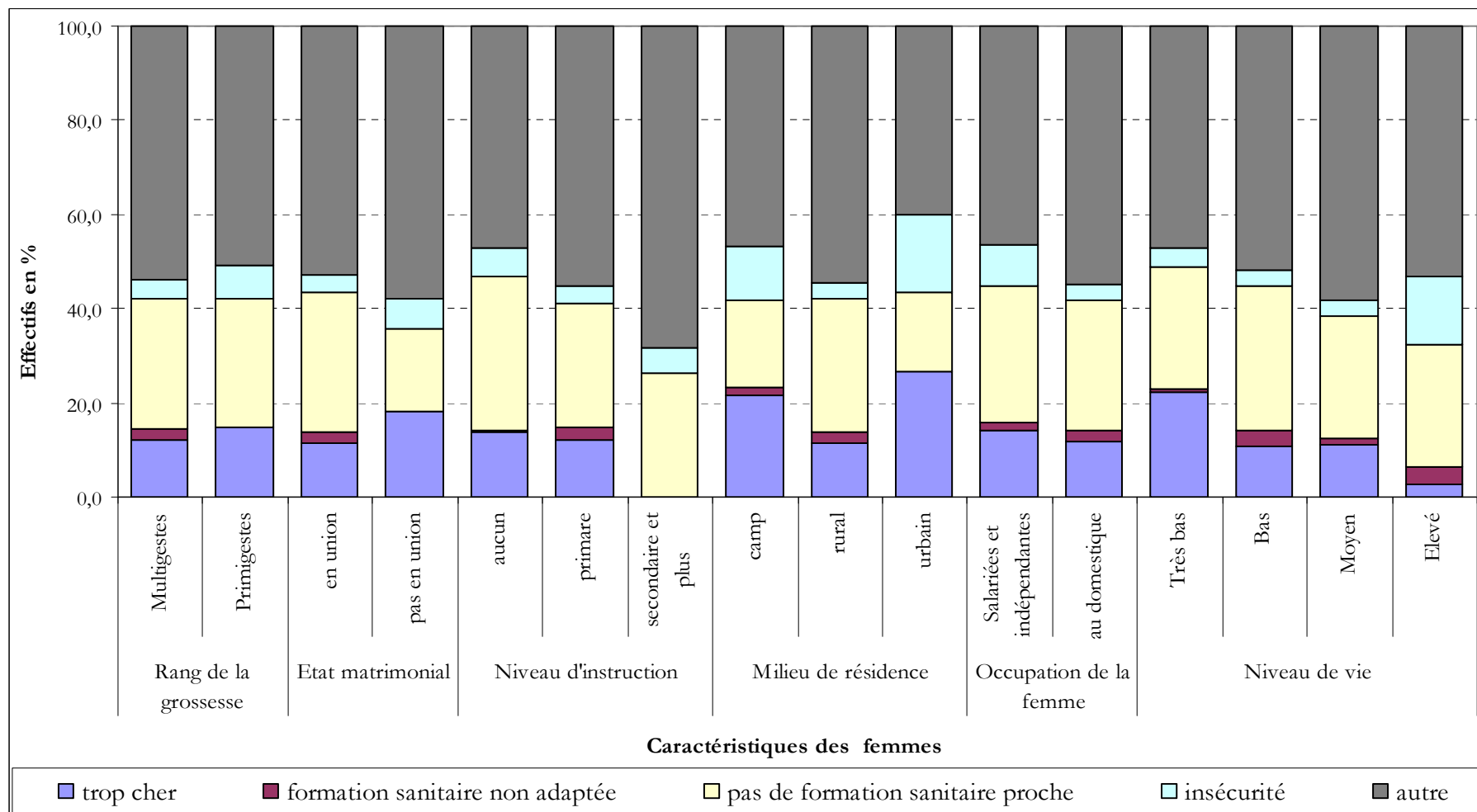
Discussion

Globalement, les résultats de la régression logistique résumés dans le tableau ci-dessus montrent que, à l'exception de l'âge de la femme à la grossesse et la religion, toutes les autres variables retenues dans notre modèle sont très déterminantes d'un accouchement dans une structure de santé par les femmes qui ont déclaré avoir effectué au moins une visite prénatale au cours de leur dernière grossesse. Ainsi, si l'on tient compte de l'influence qu'exerce chacune des variables explicatives sélectionnées sur le choix du lieu d'accouchement, nous constatons que ce sont les multigestes, les femmes non mariées, les femmes rurales, les mères au foyer, les femmes appartenant dans des ménages de niveau de vie bas et très bas qui accouchent le plus en dehors des formations sanitaires malgré la visite médicale effectuée pendant la grossesse.

C'est ainsi que, partant de l'hypothèse que les visites prénatales exercent un impact positif sur le choix d'un accouchement assisté par le personnel médical qualifié, car les femmes sont censées connaître les risques liés à un accouchement à domicile, nous avons cherché à comprendre les raisons du non recours aux services de maternité par ces mêmes femmes. Soulignons que sur les 1956 femmes qui ont déclaré avoir fait au moins une CPN au cours de la gestation, 68,9% (soit 1348 femmes) ont déclaré avoir accouché en dehors des formations sanitaires.

Ainsi, nous avons croisé la variable « raison d'un accouchement à domicile » avec chacune des variables significativement déterminantes du choix du lieu d'accouchement (cf. figure 2), par les femmes ayant effectué au moins une visite prénatale.

Figure 2: Raison d'un accouchement à domicile pour des femmes ayant fait au moins une CPN



Source : Confectionnée par nous –mêmes à partir des données de l’ESD-SR de 2002 au Burundi

Au-delà de toute attente, ce n'est ni le coût des soins, ni le manque de formations sanitaires qui sont évoqués comme principales causes de non recours aux services de maternité pendant l'accouchement. En effet, quelle que soit la caractéristique de la femme, il existe d'autres raisons, malheureusement non spécifiées dans les données dont nous disposons. Dans cette modalité « autres raisons », les effectifs sont partout élevés comparativement aux autres modalités. Ces effectifs varient entre 68,4% chez les femmes de niveau d'études au moins secondaire et 40% des femmes vivant en milieu urbain au moment de l'enquête.

Le classement des raisons d'un accouchement en dehors des établissements sanitaires nous révèle que, quelle que soit la catégorie de femmes, après la modalité « autres », c'est le manque de formation sanitaire qui est la deuxième raison évoquée (entre 32,7% des femmes sans instruction et 16,7% des urbaines). A l'exception des femmes de niveau secondaire et plus (0%) et celles de niveau de vie élevé (2,6%), c'est le coût des soins qui est la troisième raison d'accouchement à domicile, la fourchette s'étendant entre 26,7% des urbaines et 10,7% des femmes de niveau de vie très bas. Qu'en est-il du milieu urbain ?

Il semble étonnant de voir qu'un tel effectif des femmes urbaines ait accouché à domicile par manque de moyen financier. Or, le croisement de cette variable avec le niveau de vie du ménage nous révèle que les ménages urbains ont au moins un niveau de vie moyen. Toutefois, ne perdons pas de vue la manière dont nous avons calculé cet indicateur de niveau de vie : nous l'avons calculé sur base des biens dont dispose le ménage. Nous n'avons donc aucune information ni sur le revenu du ménage ni ses dépenses. En effet, suite à la guerre, de nombreuses personnes se sont déplacées vers l'extérieur du pays et d'autres sont regroupées dans des sites à l'intérieur du pays. Mais de nombreuses familles urbaines ont vu leur taille augmenter car elles étaient obligées d'héberger des parentés qui ont fui l'insécurité dans leur localité. D'autres familles encore sont obligées de venir en aide aux leurs qui sont dans les camps des déplacés, ce qui a contribué à la détérioration de la situation économiques des ménages urbains.

La quatrième raison évoquée est l'insécurité car le pays était en guerre depuis 1993. Ainsi, les effectifs varient entre 16,7% en milieu urbain et autour de 3% chez les multigestes, les femmes en union, celles de niveau primaire, les femmes rurales, les femmes dont le travail reste dans la sphère domestique, les femmes appartenant à un ménage très pauvre et un ménage moyen. Quant au manque de formation sanitaire adapté, les effectifs ne dépassent pas 3,9% (chez les femmes de niveau de vie très élevé).

L'analyse des données relatives à l'absence d'assistance à l'accouchement nous laisse sur notre soif. Au regard du questionnaire, il était recommandé aux enquêtrices de demander à l'enquêtée de bien préciser la (les) « autre(s) » raison(s) d'un accouchement à domicile. Malheureusement, cela n'a pas été encodé dans la base des données.

Dans le contexte burundais, il nous a été impossible de trouver les raisons profondes de ce phénomène. Toutefois, certaines études (Erny, 1988) ont montré qu'en Afrique subsaharienne en général et dans les sociétés d'Afrique centrale en particulier, il existe des rites et pratiques liés à la représentation que la société se fait de la grossesse et de l'accouchement: tabous et interdits liés à la grossesse, choix du lieu et de l'assistance pendant l'accouchement, etc. Or, dans les services de maternité moderne, on ne respecte pas toutes ces pratiques (discrétions, restitutions des restes, des messages de félicitation, assistance par ses proches parents pendant l'accouchement, etc.).

Cependant, deux questions du questionnaire nous permettent de décrypter s'il n'existe pas des raisons culturelles derrière ce faible recours aux services de maternité pendant l'accouchement. Il s'agit de la question de savoir qui a assisté la femme pendant l'accouchement à domicile et si ou non une accoucheuse traditionnelle avait conseillé à la femme d'aller accoucher dans une formation sanitaire.

En effet, dans la plupart des pays en développement, ce sont des accoucheuses traditionnelles qui le plus souvent jouent le rôle de sages-femmes. Ainsi, 61% des femmes qui ont accouché en dehors des structures de santé ont déclaré avoir été assistées par une accoucheuse traditionnelle. Il sied de rappeler que ces femmes ont fait au moins une visite prénatale au cours de leur dernière grossesse. Dans un pays où l'accès aux services de maternité n'est pas facile, surtout en milieu rural, c'est l'accoucheuse traditionnelle, proche de la communauté, qui est facile à contacter. L'accoucheuse traditionnelle jouerait également un rôle important en prodiguant des conseils aux femmes avant et après l'accouchement. Aussi, dans de telles situations, son travail serait donc d'exhorter la femme d'aller accoucher dans une formation sanitaire. Or, dans le cas présent, seuls environ 45% des femmes qui ont accouché à domicile ont été conseillées par une accoucheuse traditionnelle de recourir aux services d'une structure de santé.

Pourtant, depuis 1985, le Ministère ayant la promotion de la femme dans ses attributions avait initié un projet de « formation des Accoucheuses Traditionnelles » (FAT). Ce projet avait pour mission le perfectionnement du métier des accoucheuses traditionnelles en mettant l'accent sur les conditions d'hygiène, sensibiliser les femmes sur certains risques liés à un accouchement tel qu'il était pratiqué à l'époque et travailler pour la promotion de la condition de la femme burundaise (MFPPF, 1988, p.8). Une question se pose: pourquoi, 17 ans après le lancement du projet, les accoucheuses traditionnelles ne participent pas à la sensibilisation des femmes sur les risques liés à un accouchement en dehors des structures de santé ? Nous ne pouvons répondre à cette question que par des hypothèses :

- L'accoucheuse traditionnelle tire profit de son métier : malgré cette formation, les accoucheuses traditionnelles ne sont pas rémunérées et elles n'appartiennent à aucune institution. Ainsi, elles bénéficient des présents (en nature ou en espèce) en guise de reconnaissance du service rendu à la parturiente.
- Les avantages ne sont que matériels ; ils sont également symboliques : l'accoucheuse traditionnelle a une place de choix dans la société burundaise. L'accoucheuse dont l'intervention a bien réussi reçoit des honneurs de toute la famille voire de son entourage tant dans la vie de tous les jours que lors des cérémonies festives. On lui doit toujours du respect.

Dans ce cas, le personnel médical devient le concurrent de l'accoucheuse traditionnelle et si tous les accouchements sont assistés par les professionnels, l'accoucheuse risquerait de perdre ces avantages. Soulignons que les accoucheuses traditionnelles ne sont quasi-présentes qu'en milieu rural où elles assistent à plus de 46% des femmes. Par ailleurs, il *«est aussi prouvé que la formation ne change pas substantiellement les systèmes de croyance des AT [accoucheuses traditionnelles] et aura donc peu d'impacts sur les pratiques enracinées dans ces croyances »* (Bergström et Goodburn, 2001, p.88 citant Goodburn et al, 1995).

Malgré les conseils reçus pendant la visite prénatale, nous faisons donc l'hypothèse que les femmes burundaises restent attachées à certaines valeurs culturelles et seule une enquête qualitative nous permettrait de révéler ce qui est caché derrière la modalité « autre ». Il importe aussi de signaler que seuls 1,9% des femmes rurales ont dépassé l'école primaire. Egalement, une étude sur la qualité des soins et l'accueil réservés à ces femmes « paysannes, non instruites, pauvres, etc. » serait d'une grande utilité pour pouvoir comprendre ce qui guide le choix d'un accouchement en dehors des structures de santé.

Conclusion

L'objectif principal de cette étude était d'analyser, au niveau individuel, les facteurs associés à la non-utilisation des services de maternité par les femmes qui ont déclaré avoir effectué au moins une CPN au cours de la dernière grossesse. Nous sommes partie du constat selon lequel les femmes Burundaises recourent plus aux soins prénataux, au moins une fois au cours de la gestation, mais qu'elles utilisent moins les services de soins pendant l'accouchement.

Un passage en revue de la littérature nous a permis de sélectionner, définir et opérationnaliser certains concepts utilisés dans la présente étude. A l'aide des travaux relativement récents, nous avons exposé les mécanismes d'action de chaque variable sur l'utilisation des services obstétricaux et nous dégagions une hypothèse à vérifier.

L'analyse de régression logistique nous a également permis de dégager des inégalités sociales sous-jacentes. En effet, certaines caractéristiques socioculturelles, démographiques et économiques prédisposent la femme à faire certains choix en matière de soins maternels.

En définitive, les résultats de l'analyse multivariée nous ont révélé qu'une visite prénatale ne modifie pas le comportement des femmes en termes du choix du lieu d'accouchement. En vérifiant les raisons principales de cette sous-utilisation des services obstétricaux, nous avons remarqué que le principal facteur ne serait pas le niveau de pauvreté des populations (même si celui-ci semble de prime à bord est un déterminant très important), comme le laisse sous-entendre la politique de gratuité des accouchements en formation sanitaire publique adoptée par le gouvernement burundais depuis le 1 mai 2006. Il existe d'autres raisons qui expliquent le choix d'un accouchement à domicile que seule une enquête qualitative approfondie permettrait de révéler.

Bibliographie

1. Akoto, E., « Christianisme et inégalités en matière de mortalité des enfants en Afrique noire », *Population*, n°6, 1990
2. Baya, B., *Les déterminants de la mortalité des enfants au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso*, Montréal, Thèse, 1993
3. Baya, B., « Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso », *Les dossiers du CEPED*, n°48, 1998
4. Baya, B., « Etudes de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso : Le cas de Bobo Dioulasso », *Adjamagbo et al., Santé de la mère et de l'enfant : exemples, africains*, Paris, IRD, 1999
5. Barbieri, M., « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde », *Les dossiers du CEPED*, n°18, 1991
6. Beninguisse, G., *Entre tradition et modernité : fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia, 2003
7. Bergström, S. et E. Goodburn, « Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle », in V. De Brouwere et W. Van Lerberhe, « Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique », *Studies in HSO&P*, 18, 2001
8. BLAYO, C., et al., *Situation démographique et sociale du Burundi. Résultats de l'enquête socio-démographique et de santé de la reproduction ESDSR Burundi 2002*
9. Burundi, UPP et APF, *Etude de la situation de la femme sinistrée au Burundi. Rapport final*, Bujumbura, 1995
10. Burundi, *Code de travail. Décret-loi n°1-037 du 07 juillet 93*, (document trouvé le 31 mars 2007 sur le site www.droit-afrique.com)
11. Burundi, *Rapport national sur le développement humain au Burundi : 2003, le VIH/SIDA et le développement humain au Burundi* (document trouvé le 4 /4/2007 sur http://www.bi.undp.org/documents/RNDH%20Burundi_2003.pdf)
12. Celik, Y. et D. Hotchkiss, « The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey », *Social, science and medicine*, 50, 2000

13. Chakraborty N. *et al.*, “Determinants of the use of maternal health services in rural Banglades”, *Health Promotion International*, vol. 18. no. 4, 2003, pp. 327-337
14. Collver, A. *et al.* , « Factors influencing the use of maternal health services », *Social, Science and Medecine*, vol. 1, 1967
15. Hilfinger Messias D. *et al.*, “Defining and Redefining Work: Implications for Women's Health”, *Gender and Society*, Vol. 11, No. 3, 1997
16. Desjardins, J., « L’analyse de régression logistique », *Tutorials in Quantitatives Methods for Psychology*, vol. 1, 2007
17. Elo, I. T., “Utilization of maternal health-care services in Peru: the role of women’s education”, *Health transition Review*, vol. 2, n° 1, 1992
18. Emina Be-Ofuriyua, J., *Situation résidentielle, scolarisation et mortalité des enfants selon la légitimité de leur naissance : une analyse du Cameroun, de la Centrafrique et de la République Démocratique du Congo*, Louvain-la-Neuve, Thèse, 2005
19. Erny, P., *Les premiers pas dans la vie de l’enfant d’Afrique noire. Naissance et première enfance*, Paris, L’Harmattan, 1988
20. Fournier, P. et S. Haddad, « Les facteurs associés à l’utilisation des services de santé dans les pays en développement », in H. Gérard et V. Piché, *La sociologie des populations*, Montréal, PUM, 1995
21. Gage, A. J., « Premarital Childbearing, Unwanted Fertility and Maternity Care in Kenya and Namibia », *Population Studies*, Vol. 52, n° 1, 1998
22. Ikamari, D. E., “Maternal health care utilisation in Teso District”, *African Journal of Health Sciences*, Volume 11, n°1-2, 2004
23. Koblinsky, M. A., Campbell O. et J. Heichelheim, « Soins à l’accouchement: options efficaces pour une maternité sans risque » in *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77 (5), pp. 399-406.
24. Ministère de la famille et de la promotion féminine (MFPF), *Politique sectorielle*, Bujumbura, Janvier 1988
25. Nankwanga, A., *Factors influencing utilisation of postnatal services in Mulago and Mengo hospitals*, Kampala, Uganda, Minithesis for a Master of Science Physiotherapy, 2004

26. OMS, « Le dossier mère-enfant: guide pour une maternité sans risque », Genève, 1994 cité dans « Journée mondiale de la santé : maternité sans risques. Améliorer la qualité de service de santé maternelle », JMS 98.08, 7 avril 1998. http://www.who.int/docstore/world-health-day/fr/pages1998/jms98_08.html (document consulté le 19/02/2007)
27. Ouattara, O., « L'assurance maladie sociale dans les pays francophones d'Afrique au Sud du Sahara Situation et reforme en cours » (document trouvé le 4/4/2007 sur http://www.shi-conference.de/downl/2_Disc_Dr%20Oumar%20Outtara_LAssurance%20Maladie_fr.pdf)
28. *Rapport national sur le développement humain au Burundi*, Bujumbura, 2003
http://www.bi.undp.org/documents/RNDH%20Burundi_2003.pdf (lu le 3 octobre 2008)
29. Ridde, V., « L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé », *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion paper*, Washington, 2004
30. Stephenson R. et A. Ong, Tsui, « Contextual Influences on reproductive Health service Use in Uttar Pradesh, india », *studies in Family Planning*, vol. 33, n°4, 2002, pp. 309-320
31. WHO, "Burundi, Health Sector Needs Assessment", (non daté), (consulté le 21/03/2007 <http://www.who.int/hac/donorinfo/cap/burundi.pdf>).