

Contexte de soin, voisinage familial et santé de la mère et de l'enfant au Togo

ADJIWANOUN Vissého
Étudiant en Ph.D de Démographie
Université de Montréal

L'Afrique est un continent de contraste où cohabitent la modernité et la ruralité, où une jeunesse scolarisée et au parfum des progrès en matière de santé prend ses décisions dans un environnement dominé par la prégnance des adultes et des aînés, légataires des règles sociales passées. Ici, plus qu'ailleurs, l'influence de l'ainesse sur les décisions des jeunes et des femmes est prépondérante même si l'évolution de la société tend à réduire progressivement cette influence. Ceci étant, il semble tout naturel d'accorder une place centrale au milieu social (voisinage familiale ou communautaire) dans l'étude des facteurs influençant la santé de la mère et de l'enfant. Cependant, très peu d'études portant sur les populations africaines ont explicitement essayé d'isoler l'influence du voisinage de la famille ou de la communauté sur les comportements procréateurs (adoption de nouveaux comportements en termes d'utilisation de la contraception ou de la limitation ou espacement des naissances...) ou sanitaires (utilisations des services de santé, accouchement...) des femmes (Montgomery et Hewett, 2005). A la fois dans les collectes de données comme dans les analyses, tout est fait comme si l'individu vit isolé dans la société sans interaction avec son voisinage.

Aussi, bien que des progrès aient été réalisés dans la compréhension des déterminants de la santé maternelle et infantile avec notamment l'élaboration de deux cadres théoriques en vue de l'étude de la mortalité infantile (Mosley et Chen, 1984) et maternelle (McCarthy et Maine, 1992), la situation réelle ne semble pas avoir profité de ces succès. La mortalité maternelle et infantile demeurent à des niveaux très élevés en Afrique en comparaison de la situation dans d'autres parties du monde. En cela, s'ajoute l'émergence de la pandémie du sida qui a occulté les recherches dans le domaine de la santé maternelle et infantile. De nouveaux champs de recherche apparaissent, grandement dictés par la nécessité de mieux cerner cette pandémie et d'élaborer des mécanismes en vue de permettre aux politiques d'y faire face de manière plus appropriée¹. Ces nouveaux champs sont d'ailleurs au cœur de l'évolution de la matière démographique.

En effet, les freins à l'adoption des comportements protecteurs en matière de VIH/sida par les populations africaines (faibles recours aux préservatifs, niveau constant de la polygamie...) ont conduit les chercheurs à recourir à des méthodes largement utilisées en Occident dont notamment le recours au voisinage pour expliquer ces échecs. Ce faisant, ils ont permis de saisir plus en profondeur les facteurs limitant l'utilisation des préservatifs. Ainsi, ces applications ouvrent de nouvelles perspectives à la recherche dans le domaine de la santé maternelle et infantile en Afrique. Ces considérations et contributions élargissent certes notre compréhension des facteurs découlant de la demande pour cerner le bien-être des populations et surtout des femmes quant à l'utilisation des préservatifs, au recours aux soins obstétricaux modernes ou à la santé infantile, mais demeurent insuffisantes si les conditions de l'offre ne sont pas mieux documentées. Ainsi, une meilleure compréhension de la santé de la mère et de l'enfant n'est pas concevable sans un cadre plus élargi qui donne toute sa place à l'offre sanitaire et bien sûr aux politiques publiques. Dans ce domaine également, les études n'ont porté qu'une attention de second rang à l'offre de soin. Une parfaite prise en compte de l'offre sanitaire doit s'intéresser non seulement à l'accessibilité géographique et ou financière mais surtout à la qualité des services qui sont offerts. La diffusion de l'information en ce qui concerne la qualité des services au sein de la communauté est souvent gage de l'utilisation des services et par conséquent d'une meilleure santé des femmes et des enfants.

Dans cet article, notre préoccupation essentielle est de comprendre les facteurs qui influencent la santé maternelle et infantile. Ces facteurs, nous venons de le voir peuvent être vus de trois niveaux : le cycle de vie de la femme, les facteurs communautaires dont le niveau d'éducation global du voisinage et l'offre sanitaire. Une variable capitale pour cerner à la fois la santé maternelle et celle de l'enfant est les

¹ *Il est vrai qu'une meilleure gestion des comportements en amont en ce qui a trait à l'utilisation des préservatifs et à une entrée sûre et sans risque en sexualité permet de faire des gains en matière de mortalité maternelle et infantile.*

conditions de la naissance. Une naissance intervenue dans une formation sanitaire avec des personnels de santé professionnels sécurisent à la fois la vie de la femme et de sa descendance. Aussi allons-nous de manière plus explicite examiner le rôle de chaque groupe de facteurs sur l'accouchement médicalisé (dans un service de santé par un personnel qualifié).

Contexte

Depuis les années 1990, la population togolaise subit de plein fouet les conséquences d'une situation de fragilité de l'économie conjuguée à une crise sociopolitique qui s'est installée dans la durée. En entraînant une détérioration progressive de la capacité d'intervention de l'Etat, non seulement ce contexte n'a pas favorisé une amélioration de l'offre de services (de SR), mais il contribue à remettre en question les acquis en matière de survie et de scolarisation des enfants, de progrès social. Le bien-être du nouveau-né et de la mère dépendent des consultations prénatales que cette dernière effectue. Mais, pour plusieurs femmes, recourir à un centre de santé pour des consultations prénatales est loin d'être un réflexe. Un peu plus d'une femme sur dix n'a pas eu recours à des consultations prénatales pour leurs dernières naissances (URD, 2003). D'après les résultats de la même étude, près de deux femmes sur cinq ont donné naissance à leur dernier enfant à domicile. En ce qui concerne la mortalité maternelle, on trouve que durant la période 1993-1998, pour 100 000 naissances, 478 femmes sont décédées suite à des complications survenues soit au moment de l'accouchement, soit au cours de la grossesse ou dans les deux mois suivant ces deux événements (EDST2, 1998)².

Si les grossesses n'arrivent pas jusqu'à leur terme, elles sont le plus souvent avortées. Ce phénomène constitue un véritable problème de santé publique dans la mesure où les avortements se pratiquent le plus souvent dans la clandestinité. Selon une étude menée en 2001 pour cerner la prévalence de ce phénomène auprès des femmes Loméennes, il ressort qu'un quart des femmes sexuellement actives ont déjà eu recours à l'avortement provoqué. Cette forte prévalence abortive se justifie probablement par le niveau bas de la pratique contraceptive. En effet, selon l'enquête démographique et de santé de 1988 (EDST1), seulement 3% des femmes enquêtées disent avoir utilisé une méthode contraceptive moderne. Dix ans plus tard, cette proportion n'a connu qu'une légère hausse se situant à 8%.

Données

Réalisée en 2003 à l'échelle nationale par l'Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé, l'enquête sur l'Analyse de la Situation en SR au Togo servira de cadre pour cette étude. Cette enquête a deux composantes. La première composante de l'enquête, spécifiquement orientée vers l'offre sanitaire, a consisté à faire un inventaire des produits et équipements disponibles dans les formations sanitaires ainsi qu'une interview auprès des praticiens de ces formations sanitaires. Un échantillon national³ représentatif de 130 formations sanitaires sur un total de 432 qui ont intégré la PF dans leurs prestations de services (soit 30%) a subi cette phase de collecte des données. Au sein des FS échantillonnées pour faire l'inventaire, tout le personnel de santé impliqué dans les prestations de services de SR a été considéré comme prestataire de services SR. Ceux présents le jour de la visite dans les FS ont été interviewés. Au total 400 prestataires de services ont été enquêtés.

La seconde composante, plus orientée vers la demande sanitaire, a consisté en une enquête par sondage dans les ménages. Ce volet a touché un échantillon national de 2717 ménages. La collecte des données a été faite auprès d'un échantillon représentatif de 7288 femmes de 12 ans et plus réparties sur toute l'étendue du territoire.

² Taux largement au dessus de l'objectif 3 de la CIPD :

- Comblent l'écart entre les taux de mortalité maternelle des pays en développement et des pays développés. Tenter de parvenir à un taux de moins de 60 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

³ *Pour assurer la représentativité de tous les types de FS de la pyramide sanitaire dans chacune des 6 régions du pays, tous les centres de référence (CHU, CHR et CHP) ont été systématiquement tirés. Pour les autres types de FS, c'est un tirage aléatoire qui a été effectué.*

Méthodes

Telles qu'elles sont définies, les préoccupations de cet article mettent en œuvre deux activités méthodologiques fortement articulées : D'abord, élaborer une variable synthétique d'appréciation de la qualité de l'offre de services en matière de santé maternelle et infantile à partir de l'analyse en composante principale. Ce faisant, le contexte qualitatif de l'offre de soin sera cerné. Ensuite, le voisinage de chaque individu sera approximé par la grappe dans laquelle se trouve son ménage (Montgomery et Hewett, 2005). Etant donné que chaque individu est encastré dans une grappe et que chaque grappe l'est dans un district sanitaire, nous allons recourir à un modèle multiniveau pour mesurer l'impact des variables explicatives sur la variable dépendante. En clair, ce modèle est résumé par l'équation suivante (d=district sanitaire, g=grappe et i=individu) :

$$Y_{dgi} = \beta_0 + Z_d\alpha + X_{dgi}\beta + \bar{X}_{dg}\gamma + \bar{Y}_{dg}\delta + f_{dg} + \varepsilon_{dgi}$$

Où :

Y_{dgi} = valeur de l'outcome pour l'individu i dans la grappe g et dans le district d ;

X_{dgi} = Caractéristiques individuelles de la femme ;

\bar{X}_{dg} = Interaction exogène, moyenne des caractéristiques individuelles dans la grappe ;

\bar{Y}_{dg} = Interaction endogène, moyenne de l'outcome dans la grappe ;

f_{dg} = variables de groupes non observées ;

Z_d = qualité de la formation sanitaire

ε_{dgi} = Termes d'erreurs

La procédure d'estimation sera basée sur celle de Bloom et al. (2008).

Variables

- Variables à expliquer

La variable dépendante est une variable binaire qui prend la valeur 1 si la naissance a eu lieu dans une formation sanitaire avec l'aide d'un agent spécialisé et 0 dans le cas contraire. Etant donné que nous recourons à une enquête transversale, nous nous astreignons à n'utiliser que les naissances qui ont eu lieu au cours de l'année en question afin que les variables explicatives du moment soient celles existantes au moment de la naissance.

- Variables explicatives

o Variables relevant de l'offre : Z_d

Comme dit plus haut, l'équipement dans les formations sanitaires et la qualification du personnel de ces formations sanitaires seront utilisés pour la construction de la variable « qualité de la formation sanitaire ». Cinq niveaux seront ainsi définis allant de la meilleure qualité à la plus mauvaise.

o Variables du voisinage : $\bar{X}_{dg}, \bar{Y}_{dg}, f_{dg}$

Le niveau moyen par grappe de chaque variable du niveau individuel servira pour cerner l'environnement. Ainsi, si nous tenons compte de la variable niveau d'éducation au niveau individuel, son penchant qui cerne le voisinage sera le niveau d'éducation moyen du voisinage. Rappelons que la règle de Graham et Hahn (2005) permettra de tester si le contexte influence davantage le comportement en matière de recours au soin.

o Variables individuelles de la femme : X_{dgi}

Enfin, une série de variables individuelles sont analysés dans le modèle. Il s'agit de l'âge de la femme, du milieu de résidence, du statut matrimonial, de la religion de la femme, de l'activité de la femme et de celle de son conjoint,