

# **Influence De La Religion Sur Le Recours Aux Soins De Sante Durant L'accouchement En Cote d'Ivoire**

***Madame Kone Korotoumou (PhD)***

Faculté de Sciences Economiques et de Gestion,  
Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Doi:10.19044/esj.2019.v15n5p14

[URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n5p14](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n5p14)

---

## **Résumé**

Cet article cherche à comprendre certains comportements à risques des femmes durant l'exercice de la maternité en Côte d'Ivoire. En effet, à l'aide des données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1994, 1998 et 2012 en Côte d'Ivoire, il ressort que près de 91% des femmes font au moins une visite prénatale durant la grossesse, mais seulement 44% font les quatre visites prénatales minimums préconisées par l'OMS. De plus, 40% soit 4 femmes sur 10 accouchent sans aucune assistance médicale, et ce dans un contexte où les risques maternels sont très élevés. La situation n'a pas évolué depuis 1994.

Malgré la forte prééminence des pratique religieuses dans le pays, il ressort un faible impact direct de la religion des mères dans l'adoption des comportements sanitaires sains chez les femmes durant la grossesse ou à l'accouchement en Côte d'Ivoire. L'impact de la religion se fait au travers d'autres variables. La méthodologie ainsi que les résultats obtenus dans ce manuscrit sont susceptibles d'intéresser le lecteur.

---

**Mots clés:** Accouchements, grossesses, médical, prénatales, religion.

## **Influence of Religion on the Use of Health Care During Delivery in Cote d'Ivoire**

***Madame Kone Korotoumou (PhD)***

Faculté de Sciences Economiques et de Gestion,  
Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

---

### **Abstract**

This article seeks to understand some of the risk behaviors of women during the maternity exercise in Côte d'Ivoire. Indeed, using data from the Demographic and Health Surveys (DHS) of 1994, 1998 and 2012 in Côte d'Ivoire, it appears that nearly 91% of women make at least one antenatal visit during pregnancy, but only 44% make the four minimum prenatal visits recommended by WHO. In addition, 40% or 4 women out of 10 give birth without any medical assistance, and this in a context where maternal risks are very high. The situation has not changed since 1994.

Despite the strong preeminence of religious practice in the country, there is little direct impact of the religion of mothers in adopting healthy health behaviors in women during pregnancy or childbirth in Côte d'Ivoire. The impact of religion is through other variables. The methodology and the results obtained in this manuscript are likely to interest the reader.

---

**Keywords:** Deliveries, medical, pregnancies, prenatal, religion.

### **INTRODUCTION**

Selon les statistiques de l'OMS de 2018<sup>1</sup>, chaque jour dans le meurt 830 femmes meurent durant la grossesse ou à l'accouchement. Environ 99% de ces décès se passent dans les pays en développement et notamment en Afrique au Sud du Sahara. Face à cette situation, de nombreux programmes ont orienté leurs actions sur la construction et le développement des services obstétricaux dans les pays africains. Cependant, force est de constater que les taux de fréquentation de ces centres pourtant théoriquement spécialisés, restent encore faibles. En effet, selon les statistiques de l'OMS de 2012, la fréquence du recours aux soins prénatals parmi les femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites prénatales est seulement de 45 % en Afrique contre 97% en Europe, 95% dans les Amériques et 42% en Asie du Sud-Est. La proportion

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/maternal-health/en/> (date de visite : 19 décembre 2018).

de femmes enceintes qui accouchent dans des centres de santé modernes est seulement de 46 % en Afrique contre 98% en Europe, 96% en Amérique et 48 % en Asie du Sud-Est (OMS, 2018).

La Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette situation sanitaire africaine peu attrayante. Selon l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2012, 91% des femmes ivoiriennes font au moins une visite prénatale durant la grossesse, mais seulement 44% font les quatre visites prénatales minimums initialement<sup>2</sup> préconisées par l'OMS (INS, 2012). Et même si 91% des femmes ont fait au moins une visite prénatale, seules un tiers de ces femmes (29,8%) ont fait leur première visite au premier trimestre de la grossesse. Plus d'un tiers d'entre elles ont été pour la première fois en consultation au second trimestre (34%) et pire, le troisième tiers des femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale l'ont effectué durant le dernier trimestre de la grossesse (24,6% entre le 6e et le 7e mois et 3,1% au 8e mois de la grossesse).

Ajouté à ces comportements à risque observés durant la grossesse, 40% des femmes (soit 4 femmes sur 10) accouchent sans aucune assistance médicale, dans un contexte où les risques maternels sont très élevés, comme dans la plupart des pays sous développés<sup>3</sup>

On retient en définitive qu'en Afrique, les décès maternels et infantiles sont élevés et les recours aux soins maternels modernes demeurent relativement faibles<sup>4</sup>, malgré l'existence de structures de santé. Cette situation quelque peu contradictoire nous amène à nous demander : « Existe-t-il réellement, une prise de conscience des risques encourus pendant la grossesse, en Côte d'Ivoire ? ». Rien qu'à l'analyse des expressions courantes dans les langues africaines et des rites culturels liés à l'accouchement dans presque toutes les régions de ce continent, nous sommes tentées, sans trop d'hésitations, de répondre par l'affirmative à cette question. Par exemple chez les Akans (les Adjoukrou, les Ebriés, les Attié, etc) au Sud de la Côte d'Ivoire,

---

<sup>2</sup> Suivant le nouveau modèle de l'OMS<sup>2</sup> pour les soins prénatals, le nombre de consultations prénatales passe de quatre à huit. Des données récentes indiquent que l'augmentation de la fréquence des consultations prénatales dans le système de santé pour les femmes et les adolescentes est associée à une probabilité plus faible de survenue de mort naissances, car ces consultations offrent plus d'occasions de détecter et de prendre en charge d'éventuels problèmes. Le fait de prévoir 8 consultations au lieu de 4 permet de ramener le taux de mortalité périnatale à 8 pour 1000 naissances. Ce nouveau modèle fait augmenter le nombre d'examen de la mère et du fœtus afin de détecter des problèmes, améliore la communication entre les prestataires de soins et les femmes enceintes et accroît la probabilité que la grossesse connaisse une issue positive. Il préconise qu'une première consultation ait lieu au cours des 12 premières semaines de grossesse et que les consultations suivantes soient prévues aux 20<sup>e</sup>, 26<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup>, 34<sup>e</sup>, 36<sup>e</sup>, 38<sup>e</sup>, et 40<sup>e</sup> semaines.

<sup>3</sup> Selon l'EDS 2012, "aujourd'hui en Côte d'Ivoire, les femmes courent un risque de 1 sur 32 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation" (INS 2012 :324). Et force est de constater qu'il n'ya aucune amélioration de la situation car même si l'EDS a considéré des intervalles de confiances différents entre les différentes périodes, il n'est pas normal que " le rapport de mortalité maternelle estimé à l'EDS-MICS 2011-2012 semble supérieur à celui estimé il y a sept ans lors de l'EIS de 2005 (614 % contre 543 %) ou il y a 18 ans lors de l'EDSCI-I 1994 (614 % contre 597 %)" (INS, 2012: 325).

<sup>4</sup> Comparées aux statistiques des pays développés.

lorsqu'une femme accouche, elle est dispensée, pendant 90 jours, de toute sorte de travaux et reste aux bons soins de ses proches (mère, tantes, cousines, beaux parents, etc.). A la fin des trois mois, on organise une cérémonie au cours de laquelle cette femme devra être parée de ses plus beaux habits et bijoux et faire le tour du village. Le sens donné à cette cérémonie appelée « Awoulaba » et qui perdure jusqu'aujourd'hui, est de féliciter la femme d'avoir réussi la grande épreuve qu'est l'enfantement. L'image qu'elle présente aux yeux de cette communauté est identique à celle de la « belle miraculée » choyée par tous. Cette période de 90 jours varie d'une région ou d'un pays à l'autre, mais le contenu reste semblable. Elle est de 45 jours chez les Malinké de Côte d'Ivoire et ailleurs. Ainsi, la perception des risques liés à l'enfantement est culturellement quasi identique partout en Afrique au Sud du Sahara, à l'instar des pays développés. Pire, le processus de l'enfantement est très souvent comparé à une lutte infernale contre la mort pour la femme. Un autre constat s'impose alors à nous : on est bien conscient des risques encourus pendant la grossesse, or les recours aux soins modernes, notamment pendant l'accouchement, sont relativement faibles et les décès maternels et infantiles très élevés. Outre les problèmes d'existence des structures il existe certainement des blocages ou du moins, il existe sans doute une logique particulière qui sous-tend le recours aux soins de santé des femmes enceintes en Côte d'Ivoire. Il serait opportun de comprendre cette logique qui guide les comportements préventifs de ces femmes – comportements qu'elles adoptent généralement pour protéger le fœtus contre toute maladie ou malformation – et les personnes qu'elles contactent pour leur assistance durant la grossesse ou à l'accouchement. Ce champ d'investigation est certes nécessaire mais très vaste. Néanmoins, nous nous proposons de le cerner sous l'angle de notre question de recherche que nous formulons comme suit :

La question que nous nous posons alors, question à laquelle nous voudrions apporter des éléments de réponse au cours de cette étude est : *« quelle est l'importance de la religion dans l'adoption des comportements sanitaires des femmes enceintes en Côte d'Ivoire ? »*. Nous visons, à travers cette recherche, à étudier, comment, dans un contexte de mutations sociales, politiques et culturelles, la religion -dont la pratique est fort dominante dans le pays- influence les comportements sanitaires des femmes ivoiriennes enceintes. Cet article comporte trois grandes parties : (1) la revue de la littérature, (2) la méthodologie et (3) les résultats.

## **REVUE DE LA LITTERATURE**

### **1) Les recours aux soins : avant tout une question de perception ?**

#### **- Tout partirait de "comment est perçu l'Homme"?**

Nous distinguons deux groupes de définition de l'Homme.

Selon la première acception (exemple chez les Évhé du Togo), "l'Homme", est essentiellement esprit et cet esprit est protégé par un ou plusieurs dieux qui lui assurent sa santé, sa longévité, lui donnent des enfants, assurent la survie de ces enfants, etc., et réclame en retour d'être adoré.

Le second groupe est plutôt cartésien. Selon cette idéologie, l'Homme est simplement "un mammifère de l'ordre des primates, à locomotion bipède, doté de mains préhensibles, d'un langage articulé et d'un cerveau volumineux doué de la pensée abstraite et vivant en société structurée" (Petit Larousse 2019 : 584).

Il est clair qu'avec deux acceptions aussi opposées - l'une fortement abstraite, et l'autre cartésienne – les motifs du recours aux soins pourraient connaître des divergences.

### **- Une question de perception de la santé ou de la maladie:**

Pour les Évhé du Togo, il existe deux types de maladies : 1) les troubles affectant simplement la surface du corps et qui sont des maux externes et bien visibles (coupures et blessures, abcès, maladies épisodiques sans conséquence grave, etc.). Ce premier groupe est bien traité par la médecine moderne. 2) Les maladies persistantes dont les causes sont d'ordre social ou psychologique. Ces maladies sont perçues comme étant liées à un déséquilibre de la personne vis à vis des Dieux, des ancêtres ou du groupe lignager auquel il appartient. Pour eux (les Évhé du Togo), ce type de maladie échappe aux compétences des structures sanitaires modernes. Il faut plutôt se référer aux guérisseurs. Ainsi, la maladie ne pourrait être simplement réduite à l'aspect purement physique. Il faut aussi considérer la dimension socioculturelle (De Rosny, 1992n cité par Lovell, 1995 : 5). Pour soigner, il faut donc, certes traiter les symptômes -qui relèvent du physique-, mais aussi les causes qui sont plutôt d'ordre social (Adjamagbo et al., 1999 : 114).

Ce cas des Évhé du Togo n'est pas unique en son genre. Au cours de ses recherches, Caldwell et al., (1983) ont constaté dans une société du Karnataka en Inde, que la maladie est considérée souvent comme le résultat de l'invasion d'un esprit capricieux et la manifestation du mécontentement d'une divinité pour des péchés commis dans une vie antérieure. Partant, toute pratique destinée à soigner le malade sera considérée par les démons comme une attaque contre eux. Ils peuvent donc se mettre en colère et provoquer la mort du malade. De même, selon Cantrelle et Locoh (1990), les Goun et les Yorouba du Bénin et du Nigeria considéraient la variole comme la manifestation du châtement justement infligé par la divinité de la terre, Sagbatta, contre ceux qui lui font du tort.

On distingue donc, globalement, deux groupes de maladies en Afrique : les maladies « naturelles » (accidentelles) et les maladies « provoquées » (par les sorciers, les divinités, les démons, les esprits). Si le premier groupe relève

de la médecine moderne, le second groupe relève plutôt des compétences de la médecine traditionnelle qui seule peut être efficace. Cependant, les constituants de ces deux groupes (en termes de classement des maladies) dépendent des caractéristiques socioculturelles des peuples (l'ethnie, la religion, notamment les religions traditionnelles, le milieu de résidence, etc.) (Cantrelle et Locoh, 1990).

### **- Le poids de la perception des systèmes de soins existants:**

Dans une étude menée sur les "Perception et comportement de recours aux soins de santé dans les pays en voie de développement. Le cas de la République Démocratique du Congo" par Manzambi K.J en 2013<sup>5</sup>, neuf facteurs historiques ont été dégagés comme facteurs influant sur l'offre et l'utilisation actuelles des soins de santé à Kinshasa; dont l'implication des religieuses dans l'offre des soins et l'exclusion du tradipraticien du système des soins. En effet, en Afrique, "les perceptions déterminent en grande partie les motivations pour le recours aux soins et le type de médecine" (Adjamagbo et al., 1999 : 114). Si pour certains, la médecine des sociétés traditionnelles africaines est une médecine de totalité, par rapport à la médecine de l'isolement ou de spécialisation ou moderne (Akoto, 1993), il est très probable que ces personnes seront plus enclines à recourir à des guérisseurs ou tradipraticiens pour se faire suivre pendant la grossesse ou pour accoucher, ou pendant leur maladie. Pour d'autres au contraire, avec le développement de la science et des techniques médicales, la médecine moderne apparaît comme le moyen le plus rationnel et efficace pour non seulement prévenir mais aussi et surtout pour faire face aux éventuelles complications de grossesse ou d'accouchement (Howell-White, 1997 : 925 ) : dans ce cas leur premier choix en matière de recours aux soins serait la médecine dite moderne. Cependant, notons que face à une diversité possible de choix, les individus n'optent pas pour une politique d'exclusion en matière du type de recours aux soins. Ce que l'on observe généralement, c'est l'élaboration d'itinéraires thérapeutiques complexes.

On retient ainsi que c'est la perception que l'on a de sa constitution physique ou de son état de santé qui motive le recours aux soins. Cette perception peut dépendre de plusieurs facteurs dont la religion.

---

<sup>5</sup> Source : <https://orbi.uliege.be/handle/2268/144099>

## **2) Religion et recours aux soins de santé en général**

Les soins dans l'antiquité grecque étaient placés sous les auspices d'Asclépios, le dieu de la médecine qui devint Esculape chez les Romains. En grec ancien la **Therapneuma** signifie culte de la divinité et soin du corps, remède et marque d'égard; traduisant ainsi la liaison entre les soins et le sacré au plan sémantique. Le **Thérapeutès** est «celui qui prend soin». Il est à la fois serviteur d'un dieu et soucieux du corps (par exemple, le corps des malades venus en pèlerinage au lieu consacré).

Aussi bien avec les religions polythéistes que monothéistes, le lien entre religion et santé et recours thérapeutique n'a jamais été occulté. Par exemple, comme le souligne Dericquebourg Regis dans son article intitulé "Religion et santé: du lien général à la spécialisation"<sup>6</sup>, "Sans se réduire et de loin à une simple religion thérapeutique, le christianisme a toujours eu le souci des malades. ...Le pèlerinage de Lourdes et les messes pour les malades font partie du catholicisme...Pour René Laurentin...Il ne s'agirait pas d'un don extraordinaire mais d'une aptitude «ordinaire faisant normalement partie de la vie de toute communauté chrétienne».

Chez certains chrétiens protestants (évangélistes), seule la prière guérit. Il arrive que ces personnes refusent de recourir aux injections, aux transfusions sanguines, ou même parfois à toute forme de médication (autre que la prière), quel que soit l'état de gravité de la maladie.

De même selon Dericquebourg, dans certaines sociétés traditionnelles, notamment chez les Chamans ou chez les médiums, le traitement des patients passe par un contact avec le surnaturel et peut donc être considérée comme magico-religieuse. Les traditions asiatiques, bouddhisme et hindouisme, proposent une extinction des souffrances et développent une médecine liée à leurs croyances.

Même si selon la littérature l'on ne saurait occulter les croyances des recours aux soins en général, qu'en est-il des femmes enceintes?

## **3) Religion et recours aux soins prénataux ou à l'accouchement**

Selon Loux en 1977, "Dès qu'il s'agit de soins aux enfants, domaine intime du corps, de la vie et de la maladie, d'autant plus chargé de sens que reflété à travers l'anxiété des mères, le surnaturel occupe une place centrale." (Loux F., 1977: 45)<sup>7</sup>.

Plus généralement, certains auteurs s'accordent à dire que la religion, plus précisément l'Islam et le Christianisme, ont une influence sur le recours

---

<sup>6</sup> Tiré de <http://www.regis-dericquebourg.com/2009/03/23/religion-et-sante-du-lien-general-a-la-specialisation-2>: date de visite: 23 janvier 2019

<sup>7</sup> Pratiques médicales préventives et recours religieux. Les soins aux enfants en Haute Normandie. Françoise Loux, Archives des sciences sociales des religions. Année 1977. Pp 45-58.

aux soins (Akoto et al., 2002). En fait, comme souligné dans le paragraphe sur les perceptions des individus de la maladie ou de l'enfantement, les comportements préventifs pendant la grossesse et le lieu de l'accouchement (et les personnes choisies pour suivre l'accouchement) seront fortement liées à la perception que l'on a de comment on contracte une grossesse. Les perceptions que l'on a de la gestation ne sont pas forcément celles prônées par la médecine. Selon Chattou (1997 : 163), dans l'imaginaire symbolique maghrébin, fortement marqué par l'Islam, la natalité est considérée comme une bénédiction divine. La sexualité est même niée dans la représentation collective, dans le processus de reproduction. Seul Allah donne la vie, la mort, la maladie et la croissance. Cet univers symbolique n'est pas uniquement propre au Maghreb. Plusieurs ethnologues tels Tempels (1948), et Godelier (1982) l'ont décrit, dans d'autres sociétés (cités in Chattou Z., 1997 : 163).

Ainsi, s'il existe une divinité qui donne l'enfant, la santé, la vie, la croissance et la mort, il ne reste peut-être qu'à implorer cette divinité, pour que la grossesse se déroule bien et que l'accouchement se passe dans les meilleures conditions possibles (Tempels, 1948, Godelier, 1982 in Chattou Z., 1997, op.cit). Les files d'attente, les frais de transport ou de médicament, sont inutiles. C'est probablement ce qui a amené les chercheurs à dire que l'Islam et le Christianisme ont apporté de nouvelles pratiques thérapeutique (guérison par la prière) en Afrique au Sud du Sahara (Janzen, 1985 et Constantin, 1988). Mais il est à souligner que le christianisme dans son ensemble paraît plus favorable au recours aux soins modernes que l'Islam (Akoto et al., 2002).

A l'issue de ce tour d'horizon nous pouvons retenir qu'il existe un lien entre religion et santé. Même si les religions sont parfois indexées d'être à la base de nombreuses guerres ayant entraîné morts et désolation, "une recherche documentaire a révélé que 80 % des études pertinentes ont montré une association positive entre l'implication religieuse et l'état de santé, alors que 15 % révélaient des associations neutres et 5 % des associations négatives" (John Guilfoyle et Natalie St Pierre-Hansen, 2012)<sup>8</sup>. Il n'est bien entendu pas question ici de remettre en cause le développement de la médecine et son rôle indéniable dans les préventions et prises en charges des patients, "mais simplement de suggérer que, dans la lutte contre la maladie, médecine et religion ont été plus souvent mêlées et associées qu'affrontées" (John Guilfoyle et Natalie St Pierre-Hansen, 2012)<sup>9</sup>

## **1. SOURCES DES DONNEES ET METHODES D'ANALYSE**

### **1.1. Sources de données et méthodologie des enquêtes**

Les données pour tenter d'expliquer la dynamique des « comportements sanitaires des femmes enceintes en Côte d'Ivoire selon la

---

<sup>8</sup> tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303664/>. Date de visite: 28 janvier 2019

<sup>9</sup> tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303664/>. Date de visite: 28 janvier 2019

croissance religieuse » sont principalement les données de l'enquête ivoirienne de fécondité de 1980-81, les deux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1994 et de 1998 ainsi que l'enquête de 2005 sur les indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire (EIS). Nous choisissons de restreindre cette analyse sur les comportements sanitaires des femmes enceintes seulement au dernier enfant né vivant par femme, au cours des trois dernières années avant les enquêtes. Ils sont en tout au nombre de 10233 enfants de 0 à 3 ans révolus, dont 3562 proviennent de l'EIF, 3343 de l'EDS de 1994, 1038 de l'EDS de 1998/99 et 2290 de l'EIS 2005. Les 10233 enfants sélectionnés pour l'étude sont nés de mères relativement jeunes : les âges moyens des mères étaient de 27 ans<sup>10</sup> aux trois enquêtes.

### **Calcul de l'indicateur de prise en charge de l'accouchement à l'accouchement :**

Pour le calcul de l'indicateur de suivi de l'accouchement, plusieurs méthodes s'offrent à nous. Par exemple nous aurions pu attribuer des scores aux modalités des variables «type de personnel ayant suivi l'accouchement » et « lieu de l'accouchement ». Les scores les plus élevés seraient alors attribués lorsque le type de personnel ou le lieu de l'accouchement se réfère au système de soins médical. Mais cette méthode a ses limites car elle ne pourra être appliquée qu'aux EDS et l'EIS, l'EIF n'ayant pas de variable sur le lieu de l'accouchement et également les déclarations sur le type de personnel ayant assisté l'accouchement étant quelque peu confuses. Nous allons donc, pour des besoins de comparaison, adopter une méthode simple, applicable aux 4 enquêtes et permettant en outre d'avoir une distribution équilibrée des échantillons entre ses différentes modalités. Et de toute manière, la plupart des accouchements médicalement assistés ont eu lieu dans des centres de soins médicaux tandis que les accouchements non assistés sont généralement survenus à domicile.

En définitive<sup>11</sup>, il s'agira de calculer un indicateur qui sera une valeur dichotomique prenant la valeur 0 pour les accouchements non assistés (assistance traditionnelle) par du personnel médical et 1, si l'accouchement a été assisté par du personnel médical formé (assistance moderne).

### **PRINCIPAUX RESULTATS**

#### **I). Analyses descriptives de l'évolution de la prise en charge des grossesses et accouchements en Côte d'Ivoire**

L'analyse des évolutions (voir tableaux 1 et 2 ci-dessous) montre une

---

<sup>10</sup> Les âges moyens des mères n'ont pas varié car ils étaient de 27,27 à l'EIF avec un intervalle de confiance allant de 27,02 à 27,52. En 1994, l'âge moyen des mères était de 27,27 également, avec un intervalle de confiance de allant de 27,03 à 27,53 ; et en 1998/99, il était de 27,48 et l'intervalle de confiance était compris entre 27,48 et 27,91.

<sup>11</sup> comme méthode de calcul adoptée ici

progression en dents de scie des proportions de prise en charge médicale des grossesses et des accouchements, entre 1980 et 2005, dans toutes les toutes les catégories de femmes considérées (selon la religion, le niveau d’instruction et le milieu de résidence), exception faite des femmes rurales<sup>12</sup>.

A l'aide d'analyses bivariées dans la section suivante, nous en saurons plus sur ces observations.

Tableau 1: Variation des pratiques sanitaires des mères durant la grossesse

Année de l'enquête	Nombre de CPN effectué				Total	
	pas de CPN	1 CPN	2 à 3 CPN	4 CPN et plus	%	Effectifs
1980	23,2	7,0	33,5	36,3	100	3562
1994	14,5	14,3	41,4	29,7	100	3322
1998	9,7	11,2	36,9	42,2	100	1028
2005	10,6	8,3	34,5	46,7	100	2290
<i>Variation entre 80 et 94</i>	-2,7	7,4	1,7	-1,3		
<i>Variation entre 94 et 1998</i>	-8,3	-5,4	-2,7	10,5		
<i>Variation entre 98 et 2005</i>	1,2	-3,7	-0,9	1,5		
Année de l'enquête	Qualité de la prise en charge de l'accouchement				Total	
	Ent Trad.	Quasi trad.	Quasi mod.	Très mod.	%	Effectifs
1994	14,5	47,5	23,4	14,5	100	3322
1998	9,7	39,6	26,3	24,4	100	1028
2005	10,6	38,2	30,7	20,6	100	2290
<i>Variation annuelle entre 94 et 98</i>	-8,3	-4,2	3,0	17,2***		
<i>Variation annuelle entre 98 et 2005</i>	1,3	-0,5	2,4	-2,3**		

Seuil de signification des moyennes intra-groupes : 10% \*, 5% \*\* et 1% \*\*\* (Test de student)

Source : données d'enquête EDS 1 et 2 et EIS 2005

## II.) Analyses bivariées de l'association des facteurs d'identification sociale sur la prise en charge de l'accouchement

### II.1) Milieu de résidence et prise en charge des grossesses et des accouchements

L'analyse du tableau 2 ci-dessous nous révèle que le milieu de résidence apparaît comme un déterminant important du recours aux soins. Les niveaux de recours aux soins modernes augmentent selon le degré de citadinité. En effet l'utilisation des services de santé est beaucoup plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Plus de 2/3 des accouchements en milieu urbain (Abidjan et autres villes) se font dans des centres de santé modernes. A l'inverse dans les quatre enquêtes, c'est près des 2/3 des accouchements qui se font à domicile en milieu rural. Dans le milieu urbain, la capitale se démarque nettement des autres villes. Les femmes abidjanaises ont les niveaux

12 Tandis que l'évolution des proportions de prises en charge médicales des grossesses se font de manière alternée (dents de scie) entre 1994 et 2005 à Abidjan et dans les autres villes, en milieu rural les niveaux s'améliorent plutôt de manière continue entre 1980 et 2005. La proportion des femmes rurales qui ont effectué un suivi médical adéquat de leur grossesse a varié de +10,8% entre 1994 et 1998 puis de +1,8% entre 1998 et 2005. De même la proportion des femmes qui n'ont eu aucun recours médical durant la dernière grossesse chez ces femmes rurales est passée de 34% en 1980 à 22% en 1994 puis à 18% en 1998 et 15% en 2005. Par contre, à Abidjan, les proportions de prise en charge médicale adéquate des grossesses ont diminué de 0,3% par an à Abidjan et 1,4% par an dans les autres villes, entre 1998 et 2005.

de recours aux soins modernes de loin les plus élevés, par rapport aux femmes des autres villes<sup>13</sup>. L'influence du milieu de résidence dans le recours aux soins obstétricaux est d'autant plus importante que la standardisation directe des données (confère chapitre « méthodologie ») relève un effet de structure dû à cette variable, entre 1998 et 2005.

En dépit du fait que vivre en milieu rural est moins favorable à des recours aux soins obstétricaux modernes, les femmes rurales semblent de plus en plus résolues à changer leurs pratiques, vu la hausse des niveaux de pratiques sanitaire modernes entre 1980 et 2005.

Tableau 2 : Pratiques sanitaires des mères durant la grossesse, selon les variables socioculturelles

Variables socioculturelles		Durée moyenne de la grossesse à la 1ère CPN			Nombre moyen de CPN				Nombre moyen d'injection	
		1994	1998	2005	1980	1994	1998	2005	1994	1998
<b>Religion</b>										
Chrétiens	Moyenne	<b>4,6</b>	<b>4,1</b>	<b>4,5</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	<b>4</b>	<b>3,8</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>
	N	1115	340	776	1005	1194	355	797	1198	355
	Ecart-type	1,7	1,7	1,6	1,9	1,8	1,9	1,9	0,9	1,1
Musulmans	Moyenne	<b>4,9</b>	<b>4,7</b>	<b>4,5</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>3</b>	<b>3,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>
	N	1043	422	831	1323	1249	464	944	1255	466
	Ecart-type	1,9	2,1	1,9	2,1	1,8	2,1	2,2	1	1
Autres	Moyenne	<b>5</b>	<b>4,4</b>	<b>4,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,2</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>
	N	679	171	333	1234	879	209	412	890	216
	Ecart-type	1,7	1,6	1,7	2,1	1,8	2,1	1,9	1,1	1,1
<b>Niveau d'instruction</b>										
Illettrée	Moyenne	<b>5,1</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>2,7</b>	<b>2,9</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>
	N	1783	532	1242	2870	2206	617	1444	2226	624
	Ecart-type	1,8	1,9	1,8	2,1	1,7	2	2	1	1
Primaire	Moyenne	<b>4,7</b>	<b>4,2</b>	<b>4,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>
	N	765	284	511	502	822	293	522	823	295
	Ecart-type	1,7	1,6	1,6	1,9	1,7	1,9	1,9	1	1,1
Secondaire et +	Moyenne	<b>3,9</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,9</b>	<b>4,1</b>	<b>4,9</b>	<b>5</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>
	N	289	117	188	190	294	118	191	294	118
	Ecart-type	1,7	1,7	1,6	1,6	2	1,9	2	0,8	1,2
<b>Milieu de résidence</b>										
Abidjan	Moyenne	<b>4,6</b>	<b>4,2</b>	<b>4,1</b>	<b>3,7</b>	<b>3,2</b>	<b>4</b>	<b>4,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>

13 Les pratiques sanitaires modernes sont nettement meilleures à Abidjan. Ensuite viennent les autres villes puis le milieu rural. Dans la capitale Abidjanaise, le taux de couverture en CPN est passé de 96% en 1980 à 98% en 2005. La situation est similaire dans la plupart des capitales de l'Afrique au sud du Sahara, les taux de couverture en CPN dans la capitale étant largement supérieur à la moyenne nationale : le taux de couverture en CPN s'élevait par exemple à 83% Bamako, 93% à Conakry et 96% à Ouagadougou en 1996 (OMS, 1996). Par contre en 1980, c'est seulement 34% des femmes en milieu rural ivoirien qui n'ont eu aucun recours médical durant la grossesse, 22% en 1994, 18% en 1998 et 15% en 2005. Ces proportions étaient respectivement de 87% au Mali, 80% au Niger, 52% en Guinée, 47% au Burkina Faso en 1996 (OMS, 1996). Ces résultats à l'échelle nationale sont corroborés par les résultats de l'enquête locale en santé de la reproduction à Niakara en Côte d'Ivoire, en 1998. On observait à Niakara en 1998, un grand écart entre les femmes de la ville et celles des villages : tandis que 54,5 % des femmes de la ville de Niakara avaient effectué plus de 4 CPN lors de leur dernière grossesse, moins de 25 % de celles des villages environnants en avaient fait autant.

	N	785	285	379	622	809	294	378	813	295
	Ecart-type	1,9	1,8	1,7	1,8	1,9	2	2,1	1	1,2
Autres villes	Moyenne	<b>4,7</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5</b>	<b>3,4</b>	<b>3,2</b>	<b>3,4</b>	<b>3,8</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>
	N	521	310	422	724	545	327	437	547	328
	Ecart-type	1,8	2,1	1,9	1,7	1,7	2	1,9	0,8	1,1
Rural	Moyenne	<b>5</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>2,3</b>	<b>2,2</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>
	N	1531	338	1140	2216	1968	407	1342	1983	414
	Ecart-type	1,7	1,7	1,7	2,1	1,8	2	2	1	1
Total	Moyenne	<b>4,8</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>2,8</b>	<b>2,6</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>
	N	2837	933	1941	3562	3322	1028	2157	3343	1037
	Ecart-type	1,8	1,9	1,7	2,1	1,8	2,1	2,1	1	1,1

Source : données d'enquête EDS 1 et 2 et EIS 2005

## II.2) Niveau d'instruction et prise en charge moderne de la grossesse et de l'accouchement :

L'association entre l'instruction et le recours aux soins médicaux se confirme à toutes les enquêtes (voir tableau 2). La prise en charge médicale des grossesses et des accouchements augmente avec le niveau d'instruction<sup>14</sup>. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par d'autres chercheurs (Zoungrana, 1993 ; Seynath, 1997 ; Jaffré et Prual, 1993 et 1994, Beninguissé, 2001, op.cit), sur l'analyse du lien entre l'instruction et le recours aux soins prénataux des femmes enceintes dans d'autres pays. De même, les données des EDS réalisées en Afrique au Sud du Sahara entre 1996 et 2000 montrent aussi que plus les femmes sont instruites, plus elles se font assister par du personnel médical formé à l'accouchement.

En outre, l'analyse des variations des pratiques sanitaires entre 1980 et 2005 indique que les femmes de niveau primaires ont été les plus sensibles aux différentes fluctuations conjoncturelles, tandis que les illettrées ont été les plus épargnées.

## II.3) Religion et prise en charge de la grossesse et de l'accouchement

Le fait d'être musulmane paraît associé à un recours plus important aux soins modernes que le fait d'être sans religion ou de pratiquer des religions traditionnelles ou autres. Mais le fait d'être chrétienne est bien plus favorable à l'utilisation de soins obstétricaux pendant la grossesse et à l'accouchement que le fait d'être musulmane.

Les religions dites traditionnelles encourageraient en toute logique, l'orientation vers des soins traditionnels offerts par des féticheurs, guérisseurs traditionnels et prêtres de cultes car comme le dit l'adage, "chacun prêche pour

<sup>14</sup> Par exemple le nombre moyen de CPN chez les femmes illettrées était de 3 en 2005 tandis qu'il était de 4 chez les femmes de niveau primaire et 5 chez celles de niveau secondaire et plus. De même, les femmes qui ont suivi de manière adéquate leur grossesse représentaient respectivement 16%, 29% et 55% des effectifs des échantillons des illettrées, des femmes de niveau primaire et de celles de niveau secondaire et plus, en 1998. Ainsi, plus les femmes sont instruites, plus la proportion de prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement augmente.

sa propre chapelle". C'est en cela que Mboussou et al. affirmaient en 2009, que dans le nouveau contexte d'émergence des églises dites éveillées en Afrique, les pasteurs revêtent "l'habit du tradipraticien, en empruntant son discours de persécution, où tout ce qui trouble la quiétude des humains est contenu dans un mauvais sort venant de l'extérieur, et que seul Dieu peut guérir" (Mboussou et al., 2009:769)<sup>15</sup>. On s'attendait donc à des pratiques sanitaires plutôt traditionnelles, de la part des femmes de ces religions traditionnelles. Par contre, pour ce qui est des deux grandes religions monothéistes, l'Islam et le Christianisme, une inquiétude se pose. En effet, l'Islam, ne semblent pas décourager le recours aux soins modernes car d'après plusieurs auteurs citant le Coran, le Prophète Mahomet a dit qu'il faut faire attention à la santé de la famille et prendre des mesures de précaution (Cheikh Mohammad Salih Al Munâjid, 2019; GUILLAUME Marie-Jeanne et el Kelima, 2014). "Quand un des membres de sa famille tombait malade, le Messager d'Allah s'occupait de lui et lui récitait al-Mi'wahatayn (les deux dernières sourates du Coran). Hadith rapporté par Muslim, no.2192"(Cheikh Mohammad Salih Al Munâjid, 2019)<sup>16</sup>.

Une femme musulmane a donc le droit de recourir aux soins de santé moderne si elle le désire, pour se faire suivre. Or on constate que les recours aux soins prénataux et à l'accouchement des femmes musulmanes sont les plus faibles, comparés à ceux des chrétiennes. Alors on se demande : il ressort certes de l'analyse de la prise en charge des grossesses et des accouchements, que les femmes de religion chrétienne sont plus nombreuses à adopter des pratiques sanitaires modernes durant la grossesse (faire des CPN, en faire assez, accoucher des mains de personnels médicaux formés) et l'accouchement, par rapport aux autres. Mais outre l'essence même de certaines religions notamment les religions traditionnelles qui prônent parfois fortement des pratiques anciennes et des coutumes, l'influence de la religion sur les comportements sanitaires des femmes ne serait-elle pas plutôt liée au niveau économique et à l'instruction, et non au seul fait de pratiquer une religion ou une autre. En d'autres termes, si les musulmanes ont un faible recours à l'appareil biomédical pendant la grossesse et l'accouchement, ne serait-il pas d'abord que ces femmes sont majoritairement non instruites, de faible niveau de vie et vivant dans des ménages étendus ? L'instruction, le niveau de vie des femmes (musulmanes) et la composition de leurs ménages n'auraient-ils pas annihilé les éventuels effets néfastes de la religion sur leur recours à l'appareil biomédical ?

---

<sup>15</sup> MBOUSSOU, M., MBADINGA S. et DOPE K.R. (2009). Religion et psychopathologie africaine, Dans L'information psychiatrique 2009/8 (Volume 85), pages 769 à 774, tiré de <https://www.caim.info/publications-de-Samuel-Mbadinga--93512.htm>, date de vite: 29 janvier 2019.

<sup>16</sup> Cheikh Mohammad Salih Al Munâjid, 40 Recommandations pour le Foyer Musulman, tiré de [https://www.aslim-taslam.net/article.php3?id\\_article=388](https://www.aslim-taslam.net/article.php3?id_article=388), date de visite: 29 Janvier 2019.

Pour trouver réponse à ces interrogations, nous allons croiser la variable « religion » avec les variables « milieu de résidence », « niveau d'instruction », « niveau de vie » et « composition du ménage » (voir tableau 3 ci-dessous). D'où le point suivant sur la différenciation des femmes selon les croyances religieuses et les catégories sociales suscitées.

## **II.4. Différenciation des femmes selon leur croyance religieuse et leur catégorie sociale**

### **II.4.1 Religion et milieu de résidence**

Globalement, aux différentes enquêtes les musulmanes sont plus nombreuses (en milieu urbain) que les autres<sup>17</sup>. Ainsi, malgré que les chrétiennes soient plus nombreuses à vivre en campagne, elles ont néanmoins les proportions les plus élevées en matière de recours aux soins modernes. N'est-ce donc pas plutôt le niveau de vie ou d'éducation qui influence les pratiques des femmes musulmanes car comme l'a relevé Mudubu (1996), en Afrique noire de manière générale, la religion sert en réalité à approcher d'autres variables telles que l'instruction, la profession, dans une moindre mesure la composition du ménage, ou autres?

### **II.4.2 Religion et niveau de vie de la femme**

Le niveau de vie (élevé) étant cité dans bon nombre d'études démographiques comme étant le facteur déterminant de l'adoption de comportements modernes en matière de procréation (Noumbissi et Sanderson, 1996) et plus particulièrement en matière de comportement sanitaire des femmes enceintes (Beninguissé, 2001 ; Akoto et al., 2002, Murray<sup>18</sup> et al., 2002 : 1), l'indicateur de niveau de vie ne saurait échapper à notre analyse.

Selon les données du tableau 3 ci-dessous, les femmes musulmanes ont les meilleurs niveaux de vie. En 1998, par exemple, les proportions de « riches » étaient de 25% chez les musulmanes, 20% chez les chrétiennes et 13% chez les « autres ». On s'attendrait donc à ce que les femmes musulmanes recourent d'avantage aux soins obstétricaux que les femmes chrétiennes car selon certains auteurs, le recours aux soins modernes s'accroîtrait avec les niveaux de vie des ménages (Beninguissé, 2001 ; Akoto et al., 2002). Pourtant ici c'est le phénomène inverse qu'on observe chez les femmes musulmanes. D'où le point suivant sur le dépouillement des femmes de l'étude selon leur religion et leur niveau d'instruction.

### **II.4.3 Religion et niveau d'instruction**

L'instruction expliquerait une part importante du problème car les

---

<sup>17</sup>En 1994 par exemple, les proportions des femmes rurales étaient de 59% chez les chrétiennes, 78% chez les « autres », tandis qu'elles ne représentaient que 46% des musulmanes.

<sup>18</sup> Les cadres en pointillés sont les aspects externes de l'étude. Les aspects qui ne seront pas analysés.

femmes chrétiennes, qui ont les taux les plus élevés de recours aux soins médicaux sont également, de loin, plus instruites (en proportion) que les musulmanes et les autres<sup>19</sup>.

Outre le facteur « instruction », une analyse des femmes selon le lien de parenté avec le chef de ménage et aussi selon la typologie des ménages pourraient également nous apporter des éléments de réponse supplémentaires concernant le recours plus intense des chrétiennes aux soins médicaux par rapport aux femmes de confession musulmane en Côte d'Ivoire.

#### **II.4.4 Religion et le fait d'être chef de ménage**

Le phénomène des femmes chefs de ménage, même s'il est en relative hausse avec le temps, demeure quasi rare dans les ménages musulmans. En 1980 par exemple, seulement 0,5% des ménages musulmans (soit 7 femmes sur 340) étaient dirigés par des les femmes elles-mêmes, tandis que 5,4% des ménages chrétiens soit (54 femmes sur 1005) étaient dirigés par la femme. En 1998, 4,8% des ménages chrétiens étaient dirigés par des femmes, contre 2,3% des ménages musulmans.

Les données du tableau 3 suivant indiquent que les femmes vivant dans des ménages dirigés par elles même ont les meilleures propensions de recours à l'appareils biomédical pendant la grossesse et l'accouchement. Et comme la proportion des femmes chrétiennes chefs de ménages est de très loin plus élevé que celle des musulmanes, ceci peut expliquer en partie, pourquoi les femmes chrétiennes font plus de CPN et accouchent plus sous assistance médicale que les autres. Le fait d'être chef de ménage pourrait implicitement signifier que la femme est seule ou première responsable dans le processus de prise de décision dans son ménage. Cette sorte d'émancipation de la femme semble concourir à de meilleurs recours aux soins médicaux (Yana, 1993).

#### **II.4.5 Religion et composition du ménage**

Les ménages musulmans sont généralement les ménages les plus étendus et les plus complexes, comparés aux ménages chrétiens. Par exemple en 1994, 33,5% des ménages des femmes musulmanes étaient des ménages de type polygamique et polynucléaire et seulement 11% des femmes de confession chrétienne provenaient de ce type de ménage. En 1998, ces proportions étaient de 29% chez les musulmanes et seulement le quart (8%) chez les chrétiennes (qui étaient issues de ménages polygamiques polynucléaires). Le fait d'appartenir à un ménage élargi ou à composition

---

<sup>19</sup> En 1994 par exemple, les femmes de confession chrétienne et sans niveau représentaient 44% de leur effectif total, tandis que les musulmanes sans niveau représentaient presque le double (83% de l'effectif total des musulmanes) et les femmes des religions « autres », 73% de leur effectif. De même, en 1998, tandis que les chrétiennes ayant atteint au moins le niveau secondaire des lycées et collèges représentaient 21% de l'effectif total des femmes chrétiennes, seulement 7% des musulmanes et 6% des « autres » avaient atteint ce niveau.

complexe peut compliquer le processus de prise de décision et donc freiner les recours aux soins médicaux (Yana, 1993).

Tableau 3 : Répartition des mères par religion et selon les caractéristiques d'identification sociale

CARACTERISTIQUES	EDS-1994			EDS-1998			EIS-2005		
	RELIGION			RELIGION			RELIGION		
LOCALITE	Chr.	Musul.	autres	Chr.	Musul.	autres	Chrétiens	Musulmans	Autres
Abidjan	24,8	32,1	12,7	33,2	28,7	19,9	18,4	20,6	7,6
Autres villes	15,9	21,5	9,7	30,7	39,4	16,7	14,9	28,9	10,2
Rural	59,3	46,4	77,6	36,1	31,9	63,4	66,7	50,5	82,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>NIVEAU D'INSTRUCTION</b>									
Sans niveau	44,2	83,4	73,0	35,2	78,2	62,0	45,7	84,6	70,2
Primaire	40,9	11,2	21,7	43,9	15,0	32,4	39,2	10,7	25,2
Secondaire et plus	14,9	5,4	5,3	20,8	6,9	5,6	15,1	4,7	4,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>ACTIVITE ECONOMIQUE</b>									
sans emploi	29,6	26,4	22,7	26,5	24,6	17,1	29,3	29,0	29,0
Secteur non agricole	37,9	46,5	22,5	46,5	51,4	34,7	40,3	42,5	21,0
Secteur agricole	32,4	27,1	54,8	27,0	24,0	48,1	30,5	28,5	50,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>ETAT MATRIMONIAL</b>									
Mariée	75,1	92,4	84,9	73,5	91,2	79,6	76,3	89,6	84,4
Div/sépa/	5,1	1,8	4,5	7,0	1,7	3,7	2,0	1,4	2,4
Célibataires	19,8	5,8	10,6	19,4	7,1	16,7	21,7	9,0	13,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>TYPLOGIE DU MENAGE</b>									
Mononucléaire Simple	12,2	21,4	11,9	12,4	24,6	10,2	3,8	5,8	4,7
Mononucléaire Elargie	18,5	14,4	19,0	25,4	17,3	18,5	29,5	34,5	34,1
Monoparental dépendant	39,2	14,4	30,1	38,6	17,6	30,1	40,8	19,4	28,7
Monoparental Simple	5,8	3,0	2,7	4,8	2,4	5,6	6,3	5,0	6,0
Polygamique Polynucléaire	24,2	46,7	36,3	18,9	38,1	35,6	19,5	35,3	26,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>NIVEAU DE VIE</b>									
Aisées	27,1	26,0	19,5	19,5	24,6	12,9	23,5	25,6	16,4
Intermédiaires aisées	26,4	19,6	29,8	31,1	23,3	40,5	29,6	21,7	36,4
Intermédiaires pauvres	24,9	28,3	25,9	24,7	24,4	28,6	24,9	21,5	23,0
Très pauvres	21,6	26,2	24,7	24,7	27,7	18,1	22,0	31,2	24,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>STATUT DE L'ENFANT</b>									
Désiré	57,2	71,7	64,6	59,3	72,2	66,2			
Non désiré	42,8	28,3	35,4	40,7	27,8	33,8			
Total	100	100	100	100	100	100			
<b>QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE</b>									
Entièrement Traditionnelle	6,8	16,2	22,8	4,2	9,1	20,6	3,3	12,7	18,5
Quasi traditionnelle	45,6	49,6	47,1	31,0	47,6	36,4	38,7	36,1	42,3
Quasi médicale	27,7	21,3	20,7	29,0	23,9	26,8	32,8	30,3	27,6
Médicale	19,8	12,9	9,4	35,8	19,4	16,3	25,2	20,9	11,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT</b>									
Traditionnelle	43,0	46,5	62,8	25,6	36,2	57,4	41,3	44,4	63,7
Moderne	57,0	53,5	37,2	74,4	63,8	42,6	58,7	55,6	36,3
total en %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Total effectif</b>	<b>1198</b>	<b>1255</b>	<b>890</b>	<b>355</b>	<b>467</b>	<b>216</b>	<b>819</b>	<b>1017</b>	<b>449</b>

Source : données d'enquête EDS 1 et 2 et EIS 2005

### **III. Analyse multivariée de l'effet des variables socioculturelles sur la prise en charge de l'accouchement**

#### ***III.1 La religion***

En milieu urbain ivoirien et également pour l'ensemble du pays, les femmes musulmanes et les femmes chrétiennes ont toujours plus de chances que les autres (des religions traditionnelles ou sans religion), de recourir aux soins médicaux dans l'exercice de leur maternité. Mais en milieu rural, les femmes musulmanes ont sensiblement les mêmes chances de recourir aux soins médicaux que les femmes animistes ou les femmes des autres religions (non chrétiennes), même si la relation n'est statistiquement pas significative.

Contrairement à ce qui s'observerait ailleurs, en Côte d'Ivoire, les chrétiennes ne sont pas plus avantagées que les musulmanes en matière de recours aux soins biomédicaux à l'accouchement en Côte d'Ivoire. En effet, certes à Abidjan les femmes chrétiennes ont plus de chances que les musulmanes de recourir à l'appareil biomédical pour accoucher. Mais pour l'ensemble du territoire ivoirien, les chrétiennes et les musulmanes ont sensiblement les mêmes chances de recourir à l'appareil biomédical durant l'accouchement, tandis que, contrairement à ce qui s'observe dans la littérature et à Abidjan, les chrétiennes résidant dans les autres villes du pays ont moins de chances de recourir aux soins médicaux que les musulmanes.

#### ***III.2 Analyse selon le milieu de résidence***

La propension à recourir à des soins obstétricaux modernes durant l'accouchement augmente avec le degré de citadinité : les femmes résidant à Abidjan ont les plus grandes propensions à se faire assister à l'accouchement par du personnel médical formé que les femmes vivant dans les petites villes. Et ces dernières ont plus de chance de se faire assister durant l'accouchement que les femmes du milieu rural<sup>20</sup>.

#### ***III.3 Le niveau d'instruction de la femme***

On constate un avantage systématique des femmes plus instruites par rapport aux autres, en matière de prise en charge médicalisée des accouchements, quel que soit le milieu de résidence. Le rôle de « facilitateurs » de l'instruction pour des recours plus accentués aux services biomédicaux à l'accouchement, se renforce avec la hausse des niveaux d'instruction et avec la hausse du niveau d'urbanisation.

#### ***III.4 Le rang de naissance, le niveau de vie et le statut de la grossesse***

La prise en charge médicale des accouchements diminue quand le rang de naissance augmente tandis qu'il augmente quand l'âge augmente.

---

<sup>20</sup> Les femmes abidjanaises ont 4 fois plus de chances de bénéficier des soins biomédicaux à l'accouchement et celles des autres villes, 3 fois plus de chance que celles du milieu rural.

En revanche, la structure du ménage, le niveau de vie et le statut de la grossesse n'ont aucun effet significatif sur les comportements sanitaires des femmes ivoiriennes durant l'accouchement. De même, contrairement à ce qu'on observait dans les analyses bivariées au chapitre précédent, « être célibataires » ou « exercer une activité non agricole » n'influencent guère la prise en charge de l'accouchement. Par contre l'exercice d'une activité agricole et les ruptures d'union sont moins favorables à l'utilisation des soins obstétricaux modernes que le fait d'être sans emploi ou d'être mariée (voir tableau 4 suivant).

Variables explicatives	Ensemble du pays (Ensemble 3 enquêtes)						
	Effets bruts	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6
	Exp (β)	Exp (β)	Exp (β)	Exp (β)	Exp (β)	Exp (β)	Exp (β)
<b>I. VARIABLES D'IDENTIFICATION SOCIALE</b>							
<b>I.1 Variables sociodémographiques</b>							
<b>Groupes d'âges des mères (N=6671)</b>							
- Moins de 20 ans (N=900)	®	®	®	®	®	®	®
- 20 à 24 ans (N=1754)	1,000	1,420***	1,194*	1,179	1,179	1,162	1,071
- 25-29 (N=1670)	0,917	1,831***	1,481***	1,439***	1,442***	1,423***	1,262*
- 30-34 ans (N=1173)	0,989	2,380***	1,748***	1,682***	1,696***	1,678***	1,435**
- 35 ans et plus (N=1174)	0,812**	2,261***	1,630***	1,557***	1,565***	1,552***	1,331*
<b>Rang de naissance (N=6671)</b>							
- 1 (N=1537)	1,957***	3,502***	1,873***	1,947***	1,970***	2,012***	1,595***
- 2-3 (N=2203)	1,271***	1,720***	1,083	1,082	1,088	1,096	0,948
- 4-5 (N= 1507)	1,088	1,214**	0,917	0,912	0,916	0,919	0,838*
- 6 et + (N=1424)	®	®	®	®	®	®	®
<b>I.2 Variables socioculturelles</b>							
<b>Localité (N=6671)</b>							
- Abidjan (N=1504)	7,771***		4,694***	4,722***	4,543***	4,590***	4,018***
- Autres villes (N= 1338)	5,211***		3,602***	3,607***	3,528***	3,543***	3,130***
- Rural (N=3829)	®		®	®	®	®	®
<b>Religion (N=6666)</b>							
- Chrétiennes (N=2372)	2,500***		1,575***	1,592***	1,583***	1,586***	1,323***
- Musulmanes (N=2739)	2,105***		1,302***	1,302***	1,274***	1,265***	1,253***
- Traditionnelles, autres, athées (N=1555)	®		®	®	®	®	®
<b>Niveau d'étude atteint (N=7845)</b>							
- Sans niveau (N=4403)	®		®	®	®	®	®
- Niveau primaire (N=1663)	2,026***		1,676***	1,664***	1,643***	1,652***	1,443***
- Secondaire et plus (N=605)	5,959***		3,076***	3,029***	2,969***	2,989***	2,305***
<b>I.3 Variable socioéconomique</b>							
<b>Activité économique (N=6661)</b>							
- Sans emploi (N=1801)	®		®	®	®	®	®
- Secteur non agricole (N=2571)	1,332***		1,195**	1,192**	1,193**	1,193**	1,080
- Secteur agricole (N=2289)	0,270***		0,580***	0,579***	0,579***	0,575***	0,613***
<b>I. CADRE DE VIE FAMILIAL</b>							
<b>Structure du ménage (N=6671)</b>							
Mononucléaire simple (N=813)	1,212**			0,870	0,882	0,880	0,919
Mononucléaire élargi (N=1531)	1,610***			1,250***	1,259***	1,258***	1,130
Monoparental simple (N=302)	1,401***			0,921	0,922	1,034	0,979
Monoparental dépendant (N=1866)	1,834***			1,070	1,071	1,155	1,065
Polygamique polynucléaire (N=2159)	®			®	®	®	®
<b>Niveau de vie du ménage (N=6365)</b>							

- Aisées (N=1489)	1,358***				1,122	1,121	1,077
- Intermédiaires aisées (N=1688)	0,696***				0,841**	0,841**	0,913
- Intermédiaires pauvres (N=1598)	0,722***				0,900	0,898	0,904
- Très pauvres (N=1590)	®				®	®	®
<b>Etat matrimonial (N=6671)</b>							
- mariées (N=5593)	®					®	®
-veuves/divorcées/séparées (N=206)	0,953					0,653**	0,669**
-célibataires (N=872)	1,380***					0,811*	0,875
<b>III. VARIABLES INTERMÉDIAIRES (VI)</b>							
<b>Prise en charge de la grossesse (N=6640)</b>							
-Entièrement tradi. (N=825)	0,017***						0,041***
-Quasi traditionnelle (N=2860)	0,280***						0,446***
- Quasi médicale (N=1752)	0,469***						0,691***
-Très médicale (N=1203)	®						®
<b>N</b>		6300	6300	6300	6300	6300	6300
<b>Khi2</b>		147,462	1549,294	1566,896	1580,246	1587,406	2161,383
<b>Pouvoir prédictif total</b>		56,0	71,4	71,4	71,4	71,4	73,6
<b>Sig</b>		***	***	***	***	***	***

Tableau 4 : Régressions logistiques (pas à pas) de la prise en charge de l'accouchement pour l'ensemble du pays et pour l'ensemble des trois enquêtes EDS 1 et 2 et EIS-2005

Source : données d'enquête EDS 1 et 2 et EIS 2005

Note : Seuil de signification des coefficients de régression : \* 10% , \*\* 5% et \*\*\* 1% (Test de Fisher).

## DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS :

On constate que l'Islam favorise la polygamie. Cela pourrait en partie expliquer la dimension étendue des ménages des femmes de confession musulmane. Egalement, les ménages musulmans dans le contexte ivoirien ont la particularité de développer des économies familiales (entreprises familiales notamment dans le transport ou le commerce). Dans ces ménages (composés en général de plusieurs sous ménages), le regroupement des membres de la famille autour d'un seul chef est parfois de rigueur. Ceci permet au chef de ménage, premier responsable de l'entreprise familiale, de faciliter le contrôle et le suivi à la fois des membres de la famille et aussi employés dans l'entreprise. Ce regroupement a aussi un but économique ; celui de nourrir, blanchir et éduquer les « employés-familles », tout en réduisant les éventuelles charges de salaires et en évitant les détournements abusifs de fonds par des agents. Or nous avons relevé dans l'analyse descriptive de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement selon la typologie des ménages, que les ménages étendus (les ménages polygamiques et polynucléaires) étaient ceux qui avaient les plus faibles recours aux soins modernes, alors l'explication des comportements sanitaires des femmes musulmanes peut également se trouver dans la typologie de la plupart des ménages dont proviennent ces femmes musulmanes.

En définitive, pour répondre à notre question sur l'influence propre de la religion sur les comportements sanitaires, on retient que même si la pratique d'une religion musulmane ou non peut avoir une contribution dans le non recours à la médecine moderne durant la grossesse et à l'accouchement, cette

contribution pourrait être fortement diminuée si les femmes musulmanes étaient instruites comme les femmes de confession religieuse chrétiennes<sup>21</sup>. Elle pourrait également l'être si les ménages dont provenaient ces femmes musulmanes étaient dirigés par elles même ou si ces ménages étaient peu étendus ou monogamiques. L'écart entre les femmes chrétiennes et les femmes musulmanes, les premières ayant les plus grandes propensions à recourir à des soins modernes trouverait donc une part de son explication dans la « polygamie », la « complexité ou taille élevée du ménage » et le faible niveau de « scolarisation » dans les familles musulmanes ivoiriennes. Ainsi, en Afrique noire de manière générale, et en Côte d'Ivoire en particulier, la religion sert en réalité à approcher d'autres variables telles que l'instruction, la profession, dans une moindre mesure la composition du ménage, ou autres. Son influence sur les comportements sanitaires semble passer par ces variables. De même, selon les études menées au Cameroun et au Sénégal par Akoto en 1991, l'effet de la religion sur la mortalité des enfants disparaissait complètement en introduisant dans les modèles, les caractéristiques socio-économiques de leur mère.

Le milieu de résidence est le facteur explicatif le plus prépondérant (de tous les autres facteurs d'identification social et du cadre de vie familial). Il met en exergue l'importance de l'accès physique aux soins dans la prise en charge de l'accouchement (Beninguissé, 2001, Akoto et al., 2002). Pour paraphraser Yana, les différences de recours aux soins entre femmes citadines et rurales sont dues en partie aux profits que les individus tirent des infrastructures sanitaires et du relatif affranchissement de la tutelle lignagère (Yana, 1993 : 289). La fréquence des accouchements à domicile est ainsi très élevée en milieu rural, où les véritables problèmes sont l'accès aux structures sanitaires ainsi que les conditions socioéconomiques des femmes (niveau de vie plus bas). En effet, les femmes rurales trouvent des avantages à accoucher à domicile aux mains de personnels non formés (accoucheuses traditionnelles, les guérisseurs, amis et parents) car, selon elles, dans ce système traditionnel de soins, les coûts des soins sont plus abordables, les personnels à portée de main (accessibilité économique et géographique), l'accouchement se passe dans un cadre plus convivial et intime et l'on respecte les coutumes de protection et de purification de la mère et du bébé, sans oublier qu'aucune layette n'y est exigée (Béninguissé, 2001 ; Petit-Jean, 1999 ; Adjamagbo et al, 1999 : 127). En ville, même si la situation des accouchements assistés par du personnel médical est relativement meilleure, il n'en demeure pas moins que la proportion d'accouchements à domicile reste élevée. Certains de ces

---

21 En d'autres termes, si les musulmanes et autres ont un faible recours à l'appareil biomédical pendant la grossesse et l'accouchement, c'est d'abord que ces femmes sont majoritairement non instruites et de faible niveau d'instruction. L'instruction et le niveau de vie des femmes auraient pu annihiler les éventuels effets néfastes de la religion sur le recours à l'appareil biomédical.

accouchements à domicile en milieu urbain sont certainement survenus accidentellement, dûs à des problèmes de délais de recours aux services de santé, mais la proportion des accouchements volontairement dirigés par une matrone n'est pas négligeable.

Le pouvoir robuste et irréductible de l'instruction dans la prise en charge des accouchements relève du fait que, outre son pouvoir accumulateur de ressources financières par le biais de l'obtention d'un emploi rémunéré, l'instruction permet à la mère d'acquérir les réflexes favorables au recours aux services de santé et facilite aussi les échanges avec les prestataires de soins. Selon Harouna (1996, op cit) : « les mères instruites sont matériellement et socialement plus proches des services modernes de santé que leurs congénères non instruites ». L'instruction a donc un rôle moteur très important dans la modification du statut social des individus (la femme ou les membres de son entourage). Il permet de briser le rapport de dépendance des femmes aux traditions, rehausse les pouvoirs de décision des femmes au sein de leurs familles, vis à vis des belles-mères et des aînés. Il permet également de briser le barrage constitué par le handicap de la langue, les femmes non instruites pouvant ne pas comprendre la langue officielle et également langue de travail des prestataires, dans certaines formations sanitaires, tandis que les prestataires ou leurs assistants peuvent avoir des difficultés à comprendre ou traduire certaines langues, surtout les langues parlées dans les ethnies minoritaires. L'importance de l'instruction<sup>2</sup> tant soulignée dans la littérature comme facteur important dans les recours aux soins de santé moderne représente en fait « la rupture avec un grand nombre de *modus vivendis* traditionnel »<sup>22</sup>, néfaste pour la survie des mères et des enfants. D'ailleurs, la thèse socioculturelle de la transition de la santé « *health transition* » de Caldwell et coauteurs<sup>23</sup> (1990) est basée essentiellement sur l'instruction. Il est à préciser que l'importance de l'instruction dans le recours aux soins s'observe également dans les pays développés. Par exemple une étude récente menée en 2015 par le Gouvernement belge montre qu'en « comparaison avec le groupe social le plus favorisé, les personnes de niveau socio-économique plus défavorisé (mesuré sur la base du niveau d'éducation ou du droit à l'intervention majorée) sont en moins bonne santé (espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité infantile, obésité), affichent des comportements plus défavorables à la santé (en termes de régime alimentaire, de tabagisme, d'activité physique), ont de moins bonnes connaissances en

---

22 Caldwell, J.C, Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data » *population Studies*, 33 (3), 1979, pp : 395-413.

23 Caldwell J.C., Caldwell P., Gajanayake I., Orubuloye I.O., Pieris I., Reddy P.H, 1990, "Cultural, social and behaviour determinants of health and their mechanisms: a report on related research programs" in Caldwell J., Findley S., Caldwell P., Santow G., Cosford W., Braid J. and Broers-Freeman D., 1990, What we know about health transition. The cultural, social and behavioural determinants of health, *health transition*. vol2, N°2, pp: 534-541.

matière de santé, participent moins au dépistage du cancer, sont moins bien suivies lorsqu'elles souffrent de diabète et doivent plus souvent reporter des soins pour raisons financières» (Vrijens F. et al, 2015, page 56).

## **CONCLUSION**

L'assistance à l'accouchement devrait être beaucoup plus stricte et intégrer l'utilisation systématique des soins obstétricaux modernes, afin de palier à toute complication ou urgence éventuelle, nécessitant des soins intensifs ou appropriés, y compris le recours à des gestes salvateurs, le cas échéant, comme le transfert vers des hôpitaux de référence. Car en donnant la vie, la femme peut risquer la sienne. Mais lorsqu'elle bénéficie de soins qualifiés et attentifs durant l'accouchement durant ses suites de couches, cela permettrait d'éviter la plupart des issues fatales et les séquelles invalidantes comme la tragédie des fistules obstétricale par exemple, et aussi de mettre fin à bien des souffrances. La religion, contrairement à ce qui s'observe ailleurs, n'est nullement un facteur de différenciation des comportements sanitaires en Côte d'Ivoire. Cette variable sert plutôt à en approcher d'autres comme l'instruction, la composition du ménage, etc. Ainsi, les obstacles liés à l'attachement aux valeurs et pratiques sanitaires traditionnelles pourraient être surmontés grâce aux effets bénéfiques de l'amélioration du niveau d'instruction, le développement socio-sanitaire des zones rurales afin de réduire les problèmes d'accessibilité physiques, etc., tous ces facteurs contribuant à l'acceptation et à la fréquentation des infrastructures sanitaires modernes.

## **PISTE DE RECHERCHE :**

L'existence d'inégalités en matière de santé et de recours aux soins est une réalité constante qui est reconnue de longue date. Tenter d'y remédier est une priorité tant pour l'OMS (WHO, 2008) que pour l'Union européenne (European Commission/EAHC, 2007). Pour évaluer les avancées dans la lutte contre les inégalités socio-économiques de santé, il est important de pouvoir les mesurer et les surveiller (Braveman PA, 2003). Mesurer les inégalités de santé implique de définir les différents groupes sociaux et de quantifier l'inégalité et cela pourrait constituer une bonne piste de recherche future avec les données du prochain recensement général de la population de 2019 en Côte d'Ivoire. Toute fois dans le contexte africain il serait judicieux de mener cette analyse ou une partie de l'analyse selon le milieu de résidence vu les disparités entre milieu rural et milieu urbain.

## **References:**

1. ADJAMABGO, A. et al. (1999). Santé maternelle et infantile en milieu Akan (Côte d'Ivoire). pp 109-129, In ADJAMAGBO, A., GUILLAUME A., NGUESSAN K. (1999). Santé de la mère et de

- l'enfant. Exemples Africains. Colloques et séminaires, éditions IRD, 165 p.
2. AKOTO, E. M., KOUAME, A. et LAMLEM, S. L. (2002). Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali). Les cahiers de l'Iford n°27, Iford, Cameroun, 165p.
  3. BENINGUISSE, G. (2001). Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. Thèse de doctorat, Institut de Démographie de l'UCL, Louvain-la-Neuve, 313p.
  4. BRAVEMAN, PA. (2003). Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *Journal of Health Population and Nutrition*, 31(3):181-92.
  5. CALDWELL, J. et al. (1983). The social component of mortality decline : an investigation in South India employing alternative methodologies. In *Population Studies* n°37, pp : 185-205.
  6. CALDWELL, J. C. et al. (1990). Cultural, social and behaviour determinants of health and their mechanisms: a report on related research programs. In CALDWELL, J. & al. (1990). What we know about health transition. The cultural, social and behavioural determinants of health, health transition. vol2, N°2, pp: 534-541.
  7. CANTRELLE, P. et LOCOH T. (1990). Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest. Les dossiers du Ceped n°10, Paris.
  8. CHATTOU, Z. (1997). Conception d'enfants et puissances invisibles : un cas symbolique. Cas de la société des Bni Iznacen (Nord-Est du Maroc). In Institut de Recherches et d'études sur le Monde Arabe et Musulman, 1997, Conception, naissance et petite enfance au Maghreb, Cahiers de l'IREMAM, 9/10, Aix-en-Provence, pp : 163-170.
  9. CONSTANTIN, F. (1988). Charisma and the Crisis of Power in East Africa. In Cruise O'Brien and Coulon (ed.), "Charisma and Brotherhood in African Islam", O-Clarendon Press.
  10. EUROPEAN COMMISSION/EAHC (Executive Agency for Health and Consumer). (2007). Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013.
  11. FEINSTEIN, JS. (1993). The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature. *The Milkbank Quarterly* 71 :279-94.
  12. GERARD, H. et PICHE, V. (1995). La sociologie des populations. AUPELF-UREF, Université de Montréal.
  13. HAROUNA, S. (1998). Incidence du comportement des mères en matière de soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger. Cahier de L'IFORD, n°22, Yaoundé, 1998, 123p.

14. HARPER, S., LYNCH, J. (2010). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. Bethesda, MD : National
15. HOWELL-WHITE, S. (1997). *Choosing a birth attendant : the influence of woman's childbirth definition*. *Social Science and Medicine*, volume 45, n°6, pp: 925-936.
16. INS (2012), *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS), Côte d'Ivoire, 435 p. Tiré de <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR272/FR272.pdf> (Visité le 29/01/2019)*.
17. JAFFRE, Y. et PRUAL, A. (1993) *Le corps des sages femmes », entre identités professionnelle et sociale*. *Sci Soc Santé*,11 (2), pp :63-80.
18. JAFFRÉ, Y. and PRUAL, A. (1994). *Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behavior and health care constraints*. *Soc Sci Med*,38 (8), pp :1069-1073.
19. JANZEN, J. (1985). *Changing Concepts of African Therapeutics : An Historical Perspective*. In Du toit&Abdalla (ed.) *African Healing Strategies*, pp.61-82, NY, Trado-Medic Books.
20. KOFI KOUADIO, A. et ANONGBA D. S. (1998). *Les accouchements à domicile à propos de 1 000 cas colligés à la formation sanitaire d'Abobo Sud*. Thèse n°2077 UFR Sciences Médicales, Université de Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire), tiré du site [www.payson.tulane.edu/resar/](http://www.payson.tulane.edu/resar/) (date de dernière visite : 23/06/2018).
21. KOUAME, A. et RWENGE, M. (1996). *Structures de la production et comportements procréateurs en Côte d'Ivoire*. *Les dossiers du Ceped* n° 36, 31pages.
22. LE PETIT LAROUSSE 2019, Larousse, Paris: 584.
23. LOUX, F. (1977). *Pratiques médicales préventives et recours religieux. Les soins aux enfants en Haute Normandie*. *Archives des sciences sociales des religions*. Pp 45-58.
24. LOVELL, Nadia, 1995, "Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-Est Togo", *les dossiers du Ceped* n°33, Paris, 20p.
25. MACKENBACH, J. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*. Expert Report. EU.
26. MACKENBACH, JP, KUNST, AE. (1997). *Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe*. *Soc. Sci. Med.* 44(6):757-71.
27. MANZAMBI, K. J. (2013). *Perception et comportement de recours aux soins de santé dans les pays en voie de développement. Le cas de la République Démocratique du Congo*. Ed. du Céfal, collection Santé

- Publique et Développement n°1, 176 pages, Liège, Belgique.
28. MUDUBU, K. L. (1996). Mortalité infantile et juvénile au Togo : Contribution des facteurs socio-économiques et culturels. Cahier de l'IFORD, n°11, Yaoundé, 85p.
  29. NOUMBISSI, A., SANDERSON, J.P. (1996). Qui de l'homme et de la femme décide réellement dans le domaine de la fécondité ? Les normes et les stratégies du couple camerounais en matière de fécondité. Séminaire International sur Femmes et gestion des ressources Etat des connaissances et perspectives pour la recherche et l'action, Yaoundé, 5-7 février 1996.
  30. SEYNATH, A. (1997). Analyse différentielle des soins de santé prénataux en Mauritanie. In : / Association Maghrébine pour l'Etude de la Population, Alger (DZ) : AMEP, pp : 1109-1125.
  31. VRIJENS, F. et al. (2015). La performance du système de santé belge - Rapport 2015, 88p.
  32. WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva.
  33. WHO (2018). Maternal Health, disponible sur <https://www.who.int/maternal-health/en/> (date de visite : 19 décembre 2018).
  34. YANA, S.D. (1995). A la recherche des modèles culturels de la fécondité au Cameroun: une étude exploratoire auprès des Bamiléké et Bèti de la ville et de la campagne. LLN, l'Harmattan
  35. ZOUNGRANA, C. M. (1993). Les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali). Collection thèses et Mémoires sur le sahel n°32, Université de Montréal, Montréal, 214 p.